



**KKTC
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK
ANABİLİM DALI**

**AİLELERİN ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI
İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE TUTUMLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Peyman HASOY**

Lefkoşa- 2010



**KKTC
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK
ANABİLİM DALI**

**AİLELERİN ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI
İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE TUTUMLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Peyman HASOY**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Mehmet ÇAKICI**

Lefkoşa - 2010

ÖZET
AİLELERİN ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN DAVRANIŞ BOZUKLUKLARINA
YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİ VE TUTUMLARI İLE İLGİLİ NİTEL BİR
ARAŞTIRMA

Peyman HASOY

Yüksek Lisans, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Mehmet ÇAKICI

2010, 149 sayfa

Çocuklardaki davranış bozukluklarının erken dönemde tanımlanması bugünün uyumsuz çocuklarının yarının ruhsal sorunlu erişkinleri olabilme tehlikesinin önüne geçilmesi açısından çok önemlidir. Bu nedenle çocukların ilk olarak yetiştirilmeye başladıkları aile ortamının önleyici bir etken oluşturabilmesi açısından ailelerin davranış bozuklukları konusunda doğru ve yeterli bilgilere sahip olması gerekmektedir. Buna bağlı olarak araştırmanın amacı ailelerin çocuklarda görülen davranış bozuklukları konusunda bilgi düzeylerini ve tutumlarını ortaya çıkarmaktır.

Araştırmada nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. KKTC'nin Girne ilçesinde bulunan 4-12 yaş grubunda çocuğu olan 47 anne ve 10 babadan oluşan 57 aile ile görüşülmüştür. Araştırma verileri 15 Nisan 2009 - 20 Mayıs 2009 tarihleri arasında ailelerle bire bir yapılan görüşmeler yoluyla toplanmıştır. Araştırmada yarı yapılan görüşme formu kullanılmıştır. Görüşme formunda sosyodemografik ve davranış bozuklukları ile ilgili sorular yer almıştır.

Yapılan araştırmada elde edilen bulgular davranış bozuklukları yönünden ailelerin yeterli bilgiye sahip olmadıkları, davranış bozukluklarını tanımlamakta ve çeşitlerini saymakta zorluk yaşadıkları bununla birlikte normal çocukluk davranışları ile bozuklukları ayırt edemeyerek tedavi sürecinde doğru bir yol izleyemedikleri ortaya çıkmıştır. Bunun yanında bu bozuklukların giderilmesinde bir uzman

yardımına ihtiyaç duyulduğunun farkında olduklarını ancak ailelerin çocuklardaki bozuklukları genellikle normal davranışlar olarak algıladıklarını ve kendilerinin çözebileceğini düşündüklerini göstermiştir.

Çocuklarda görülen davranış bozuklukları konusunda çocukların ruh sağlığı açısından ailelerin yeterli bilgiye sahip olmadığı ve ailelerin yeterli bilgilere sahip olabilmeleri için kapsamlı bir eğitim ve bilinçlendirme programlarına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

ABSTRACT

A Qualitative Research About information level and attitudes of families With Children About Behavioral Disorders

Peyman HASOY

Master, Guidance and Psychological Counseling Basic Science Department

Thesis Adviser: Assoc. Prof. Mehmet ÇAKICI

2010, page 147

Early identification of children with behavioral disorders incompatible with today's children are tomorrow's adults are mentally ill to be able to prevent the danger is very important. Therefore it is very important to be well informed about the behavioural disorders of the families where the children are raised in. The aim of this research is to find out how well families are informed and attitudes about behavioural disorders of children

Qualitative method has been used in this research. This research is formed from interviewing 47 mothers and 10 fathers, a total of 57 families, who have children between the ages of 4-12 age group in the Kyrenia district. Research data has been collected between the dates 15 April 2009 and 20 May 2009 with direct face to face interviews with the families. Semi-structured interview form has been used during this research. Sosyodemographic and behavioral disorders related questions were included in the form of interview.

According to the findings obtained from this research, families have little and insufficient knowledge about behavioral disorders of children. Although they have indicated their awareness of the necessity of professional help for the treatment of these disorders, they also pointed out that they are not totally aware how family attitude may affect the development of these disorders.

Findings suggests that families have little knowledge about behavioral disorders in children mental health and that families need comprehensive educational programmes in order to have enough and sufficient knowledge of behavioral disorders.

ÖNSÖZ

Davranış bozuklukları büyük küçük ayrımı yapmaksızın her yaşta ortaya çıkabilecek davranışlardır. Ancak bu davranışların temelinde çocukluk yaşantıları yer almaktadır. Bu da çocukların hayatlarında büyük önem taşıyan ailelerin, davranış bozukluklarına yönelik bilgilerinin önemini artırmaktadır.

Son dönemlerde okullarda davranışsal açıdan olumsuzluklar gözlenmektedir. Bu olumsuz davranışların neler oldukları, nedenleri ve ailelerin bu konudaki bilgisinin hangi düzeyde olduğuna yönelik Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde kapsamlı bir araştırma yapılmamıştır. Bu yönde yapacağım araştırmanın ailelerin, çocuklarının davranışlarını daha iyi anlamaları ve kişilik gelişimine daha iyi yardımcı olmaları açısından bir ışık tutacağını düşünüyorum.

Araştırmanın ilk bölümünde problem, amaç, önem, sınırlılıklar, kavram ve tanımlar, yer almaktadır. Araştırmanın ikinci bölümünde kavramsal çerçeve ile ilgili araştırmalar, davranış bozukluklarının tanımı, nedenleri, çeşitleri ve kuramsal açıdan davranış bozuklukları, üçüncü bölümünde anne baba tutumları dördüncü bölümde yurt içinde ve yurt dışında yapılan araştırmalar, beşinci bölümde araştırmanın yöntemi altıncı bölümde görüşme sonuçlarının değerlendirildiği bulgular, yorumlar ve tartışma kısmı yer almaktadır. Araştırmanın yedinci bölümü ise sonuçlar ve önerilerden oluşmaktadır.

Bu araştırmayı gerçekleştirmemde bilgi ve yardımlarını esirgemeyen bana her zaman yol gösterip, destek veren değerli süpervizyonum ve sayın danışmanım Doç. Dr. Mehmet ÇAKICI'ya çok teşekkür ederim. Bunun yanında ailelerle görüşmelerimi sağlayan yeğenim Serkan Mutluoğlu'na, araştırmam süresince yanımda olarak bana manevi destekte bulunan aileme ve araştırmama katılan tüm ailelere katkıda bulunduklarından ötürü çok teşekkür ederim.

Peyman HASOY

KKTC-2010

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

JÜRİ ÜYELERİNİN İMZALARI	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii

BÖLÜM I

GİRİŞ	1
I.1. Problem Durumu.....	1
I.2. Problem Cümlesi.....	2
I.3. Araştırmanın Alt Problemleri	3
I.4. Araştırmanın Amacı ve Önemi	3
I.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
I.6. Kavram ve Tanımlar	5
I.7. Kısaltmalar	6

BÖLÜM II.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE İLE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	7
II.1. Davranış Bozuklukları	7
II.1.1. Tanımı	7
II.1.2. Davranış Bozukluğu Ölçütleri	9
II.1.3 Kuramcılara Açısından Davranış Bozuklukları	11
II.1.3.1. Psikodinamik Yaklaşım	12
II.1.3.2. Sosyal Öğrenme Yaklaşımı	13
II.1.3.3. Varoluşçu İnsancıl Yaklaşımlar	15
VI.1.4. Davranış Bozukluklarının Nedenleri	15

II.5. Başlıca Davranış Bozuklukları	20
II.5.1. Enüresis	20
II.2.1.1. Enüresis Nedir	21
II.2.1.1. Enüresisin Nedenleri	22
II.2.1.3. Enüresisin Tedavisi	23
II.5.2. Parmak Emme	25
II.2.2.1. Parmak Emme Nedir	25
II.2.2.2. Parmak Emme Nedenleri	26
II.2.2.3. Parmak Emme Tedavisi	26
II.5.3. Tırnak Yeme	27
II.5.3.1. Tırnak Yemenin Tedavi	27
II.5.3.2. Tırnak Yemenin Nedenleri	28
II.5.3.3. Tırnak Yemenin Tedavi	29
II.5.4. Enkoprisis (Altına Yapma)	31
II.5.4.1. Enkoprisis Nedir	31
II.5.4.2. Enkoprisis'in Nedenleri	32
II.5.4.3. Enkoprisis'in Tedavisi	32
II.5.5. Saldırganlık	33
II.5.5.1. Saldırganlık Nedir	33
II.5.5.2. Saldırganlığın Nedenleri	34
II.5.5.3. Saldırganlığın Tedavisi	36
II.5.6. Okul korkusu	37
II.5.6.1. Okul Korkusu Nedir	37
II.5.6.2. Okul Korkusunun Nedenleri	38
II.2.5.3. Okul Korkusunun Tedavisi	39
II.5.7. Tikler	39
II.5.7.1. Tik Nedir	39
II.5.7.2. Tiklerin Nedenleri	41
II.5.7.3. Tiklerin Tedavisi	41
II.5.8. Kekemelik.....	43
II.5.8.1. Kekemelik nedir.....	43
II.2.8.2. Kekemelik Nedenleri	44

II.2.8.3. Kekemelik Tedavisi	45
II.5.9. Yalan Söyleme	46
II.5.9.1. Yalan Söyleme Nedir	46
II.5.9.2 Yalan Söyleme Nedenleri	47
II.5.9.3 Yalan Söyleme Tedavisi	48
II.2.10. Çalma-Hırsızlık Yapma	49
II.2.13.1. Çalma-Hırsızlık Yapma Nedir	49
II.2.13.2.Çalma-Hırsızlık Yapma Nedenleri	49
II.2.13. Çalma-Hırsızlık Yapmanın Tedavisi	50
II.5.11.Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu	51
II.5.11.1.D.E.H.B. Nedir	51
II.5.11.2. D.E.H.B Nedenleri	54
II.5.11.3. D.E.H.B Tedavisi	55

BÖLÜM III

ANNE BABA TUTUMLARI	56
III.1. Anne Baba Tutumlarının Davranış Bozuklukları	
Üzerindeki Etkisi	56

BÖLÜM IV

İLGİLİ ÇALIŞMA VE ARAŞTIRMALAR	63
IV.1. K.K.T.C.'de Yapılan Araştırmalar	63
IV.2.Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar.....	63

BÖLÜM V

YÖNTEM	68
V.1. Araştırmanın Yöntemi	68
V.2. Araştırmanın Evreni	69
V.3. Örneklem	69
V.4. Verilerin Toplanması	70
V.4.1. Verilerin Analizi	71
V.4.2. Geçerlilik Ve Güvenirlik	71

V.4.2.1. Geçerlilik	71
V.4.2.2. Güvenirlik	72

BÖLÜM VI

BULGULAR	73
VI.1. Bulgular	73

BÖLÜM VII

VII .1.TARTIŞMA	107
VII .2.SONUÇLAR	117
VII .3.ÖNERİLER	118

KAYNAKÇA

EKLER

EK-1 : Ailelere Sorulan Görüşme Soruları	133
---	------------

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo-1 : Araştırma Grubunun Cinsiyete Göre Dağılımı.....	73
Tablo-2 : Araştırma Grubunun Yaş'a Göre Dağılımı	73
Tablo-3 : Araştırma Grubunun Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı	74
Tablo-4 : Araştırma Grubunun Gelir Düzeyine Göre Dağılımı	74
Tablo-5 : Araştırma Grubunun Medeni Durumuna Göre Dağılımı	75
Tablo-6 : Araştırma Grubunun Çocuklarının Yaşlarına Göre Dağılımı	75
Tablo-7 : Davranış Bozukluklarının Ne Olduğuna Yönelik Görüşler	76
Tablo-8 : Davranış Bozukluğu Çeşitlerinin Neler Olduğuna Yönelik Görüşler	77
Tablo-9 : Davranış Bozuklukluğu Çeşitlerinin devamı.....	78
Tablo-10 : Enüresis'in(Altını Islatma) Nedenlerine Yönelik Görüşler	80
Tablo-11 : Çocuğun Altını Islatması Durumunda Ne Yapılması Gerektiğine Yönelik Görüşler	81
Tablo-12 : Parmak Emmenin Nedenlerinin Ne Olduğuna Yönelik Görüşler	82
Tablo-13 : Parmak Emmenin Ortadan Kaldırılması İçin Yapılması Gerekenlere Yönelik Görüşler	83
Tablo-14 : Tırnak Yeme Davranışının Altında Yatan Nedenlerin Ne Olduğuna Yönelik Görüşler	84
Tablo-15 : Tırnak Yeme Davranışının Tedavisine Ne Gibi Yöntemlerin Etkili Olabileceğine Yönelik Görüşler	85
Tablo-16 : Altına Yapma(Enkopresis) Davranışının Nedenlerinin Ne Olduğuna Yönelik Görüşler	86
Tablo-17 : Çocukların Sürekli Altına Yapması Durumunda Bu Davranışın Tedavisi İçin Ne Yapılması Gerektiğine Yönelik Görüşler.....	87
Tablo-18 : Saldırganlığın Nedenlerinin Ne Olduğuna Yönelik Görüşler.....	88
Tablo-19 : Saldırganlık Davranışlara Son Verilmesi İçin Ne Yapılması Gerektiğine Yönelik Görüşler	89
Tablo-20 : Okul Korkularının Nedenlerinin Ne Olduğuna Yönelik Görüşler.....	90
Tablo-21 : Okul Korkularını Ortadan Kaldırmaya Yönelik Görüşler	91

Tablo-22: Tikler'in Nedenlerinin Ne Olduğuna Yönelik Görüşler	92
Tablo-23: Tik'lerin Olası Çözümlerinin Ne Olduğuna Yönelik Görüşler	93
Tablo-24: Kekemeliğin Oluşmasındaki Nedenin Ne Olduğuna Yönelik Görüşler.....	94
Tablo-25: Çocukların Kekelemeden Konuşabilmesi İçin Ne Yapılması Gerektiğine Yönelik Görüşler	95
Tablo-26: Çocukların Yalan Söyleme Nedenlerine Yönelik Görüşler	96
Tablo-27: Çalma- Hırsızlık Yapma Davranışının Nedenlerinin Ne Olduğu Konusundaki Görüşler	97
Tablo-28: Yalan Söyleme Davranışını Önlemek İçin Ne Yapılması Gerektiğine Yönelik Görüşler	98
Tablo-29: Çocuğu Çalma Davranışından Vazgeçirmek Konusunda Ne Yapılabileceğine Yönelik Görüşler..	99
Tablo-30: D.E.H.B. Nedenlerinin Ne Olduğuna Yönelik Görüşler	100
Tablo-31 : D.E.H.B. Nasıl Tedavi Edilebileceğine Yönelik Görüşler	101
Tablo-32: Araştırmada Yer Alan Davranış Problemlerinden Hangisinin Veya Hangilerinin Daha Kolay Çözümlenebileceğine Yönelik Görüşler	102
Tablo-33: Davranış Problemlerinden Hangisinin Veya Hangilerinin Neden Daha Kolay Çözümlenebileceğine Yönelik Görüşler	103
Tabl-34: Davranış Problemlerinden Hangisinin Veya Hangilerinin Daha Zor Olduğuna Yönelik Görüşler	104
Tablo-35: Bu Saydığımız Davranış Problemlerinden Hangisinin Veya Hangilerinin Neden Daha Zor Çözümlenebileceğine Yönelik Görüşler	105
Tablo-36: Çocuklarda Bu Davranış Bozukluklarından Birisi Ortaya Çıkarsa İlk Olarak Kime Veya Nereye Başvurulduğuna Yönelik Görüşler	106
Tablo-37: Davranış Bozukluklarının Tedavisinde Bir Uzman Yardımına İhtiyaç Olup Olmadığına Yönelik Görüşler	106

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil-1: Araştırmanın Yönteminde İzlenen Yol	68
---	----

BÖLÜM I.

1. GİRİŞ

Bu bölümde araştırmanın konusunu oluşturan problem durumu, araştırmanın amacı, araştırmanın önemi, problem cümlesi ve alt problemler, araştırmanın sınırlılıkları ve araştırmada geçen terimler tanımlanarak, kullanılan kısaltmalar açıklanmıştır.

1.1.Problem Durumu

Her birey bebeklikten başlayarak yaşamının sonuna kadar hızla bir gelişim gösterir. Bununla beraber kalıtım, aile ve çevrenin etkisiyle şekillenen birey kendine öz ve eşi benzeri olmayan bir varlıktır.

Çocukların davranışları yönünden dengeli yetişmeleri, sağlıklı ve başarılı bir toplumun temelini oluşturur. Büyümekte ve gelişmekte olan çocuk bir yandan çevresine uyum sağlamak için devamlı çaba harcarken, bir yandan da gelişmenin ve uyum sağlamanın getirdiği yeni sorunlarla karşılaşmaktadır (Köknel 1981; Hakbilen 1984).

Bu davranışlar her yaş ve gelişim basamağında yeni değişme ve gelişmelere bağlı olarak kısa süreli gelip geçici olabilir. Ancak herhangi bir gelişim basamağında normal olarak nitelendirilen bir davranışın diğer bir basamağa uzayıp gitmesi ve çocukta yerleşmesi normal olarak nitelendirilemez ve önemli davranış bozukluklarına neden olur. Yaş ilerledikçe bu davranışlar çevreye ve topluma uyum bozukluğu haline dönüşebilir. Hatta türlü suçlara neden olabilir. Şu halde çocukluk çağında rastlanılan davranış bozuklukları çocuğun gelecek yaşamını olumsuz yönde etkileyebilir (Yörükoğlu 1979; Eripek 1982).

Bugünün uyumsuz çocuklarının yarının ruhsal sorunlu erişkinleri olabileceği düşünüldüğünde, çocuklardaki ruhsal sorunların öncelikle ilkokul çağı gibi erken bir dönemde tanımlanmasının önemi kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. Çocuk ruh sağlığına yönelik olarak aile ve toplumun eğitilmesi, risk gruplarının belirlenmesi, sorunların erken dönemde saptanması ve toplumun bilinçlenmesinde sağlık çalışanları büyük sorumluluklar taşımaktadır (Yıldız ve Kavaklı 1995; Öy, 1995).

İnsan yaşamı üzerinde, doğumdan önce başlayan ve ilk gelişim yıllarından ömrünün sonuna kadar etkisini sürdüren bir kurum olarak aile, fizyolojik olduğu kadar ekonomik toplumsal yönleriyle de kişiyi, ruhsal gelişimi, oluşumu ve davranışları açısından biçimlendirip yönlendirir. Aile özellikle okul öncesi dönemde çocuğun yaşamında etkin bir toplumsallaştırma kurumudur. Ailenin çocuğa karşı istekli veya isteksiz oluşu, gerek ruhsal-kültürel gerekse toplumsal-ekonomik yönden çocukta beklentileri, çocuğun yaşantısını, ilk izlenimini ve çevresiyle duygusal iletişimini önemli ölçüde etkileyecektir. Ailenin kişi üzerindeki etkisinin ne denli kalıcı bir biçimlendirici gücü bulunduğu da düşünülürse aile kavramının önemi daha da belirgenleşir (Yavuzer, 2001).

Küçük yaşlardan itibaren bireyin ruh sağlığı bozulmakta ve uyum yeteneği sınırlı hale gelmektedir. Bu durum çocuklukta fazla ciddiye alınmadığında, ergenlik ve genç yetişkinlik yıllarında bireyin bağımsızlık ihtiyacı arttıkça ve gelişim görevleri karmaşılaştıkça çeşitli uyum güçlükleri ve ruhsal bozukluklar daha ciddi boyutlara ulaşmaktadır (Kılççı, 2000). Buna bağlı olarak çocukların ruhsal ve toplumsal açıdan sağlıklı bireyler olarak yetişebilmesi, yaşamlarında büyük önem taşıyan ailelerin bu konuda bilgili ve bilinçli davranmasına bağlıdır.

1.2. Problem Cümlesi

Ailelerin, Çocuklarda görülen davranış bozukluklarının neler olduğu, nedenleri ve başa çıkma yolları yönünden bilgileri ve tutumları nelerdir?

1.3. Alt Problemler

Anne babaların görüşlerine göre çocuklardaki davranış bozuklukları ile ilgili bilgi ve tutumları belirlemek amacı ile yapılan araştırmanın genel amacına bağlı olarak aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1. Aileler davranış bozukluğunun ne olduğunu tanımlayabiliyorlar mı?
2. Aileler davranış bozukluklarının çeşitlerini sayabiliyorlar mı?
3. Aileler çocuklardaki davranış bozukluklarının nedenlerini biliyorlar mı?
4. Ailelerin davranış bozuklukları ile başa çıkma yöntemleri nelerdir?
5. Ailelerin başa çıkmakta zorlandıkları davranış bozuklukları nelerdir?
Ailelerin başa çıkmakta zorlanmalarının nedenleri nelerdir?
6. Ailelerin kolayca başa çıkabildikleri davranış bozuklukları nelerdir? Aileler neden bu davranış bozukluklarını kolay görüyorlar ?
7. Aileler çocuklarında davranış bozukluğu ile karşılaştıklarında ilk olarak nereye başvuruyorlar?
8. Aileler davranış bozuklukları ile başa çıkmak için bir uzman yardımına ihtiyaç duyuyorlar mı?

1.4. Araştırmanın Önemi Ve Amacı

İlkokul çağında özellikle ilk yıllarda öğretmen öğrenci ilişkisinin sağlıklı kurulması, öğretmenlerin çocuk ruh sağlığının önemini ve bunun eğitimdeki yerini bilmesi ruh sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Çocukların bireysel farklılıklarının göz ardı edilmesi, ilgi ve düzeylerine uymayan beklentilerle karşı karşıya bırakılması, uygun ve düzenli rehberliğin yapılamaması, yanlış disiplin ve eğitim uygulamaları çocuktaki uyumsuzlukların belirlenmesindeki önemli etkenlerdir (Dökmen, 2003).

Unutulmamalıdır ki, çocukta davranım bozukluğu geliştikten sonra, ailenin bu bozukluğu giderebilmesi için harcayacağı çaba, emek ve zaman, koruyucu tedbirler için harcayacağı enerjiden çok daha fazla olacaktır (Erden ve Kargı, 2005).

Sonraki dönemlerde zorlukların azaltılabilmesi için, çocuğun davranış bozukluğu önlenabilir düzeyde iken ailelerin desteklenmesi esastır. Önlemek iyileştirmekten daha iyidir demeden önce söylenebilecek çok şey var. Mesela bu çocukların çevreleri tarafından dışlanma veya ebeveynleri tarafından kötü davranışlara maruz kalma ihtimali yüksektir. İleri dönemde okuldan kaçma, alkolizm, ilaç bağımlılığı, çocuk suçları, erişkin suçları, anti sosyal kişilik, boşanma, kişiler arası sorunlar ve kötü fiziksel sağlık gibi sorunlarla karşılaşma ihtimalleri yüksektir (Kazdin, 1987; Farrington, 1978).

Bu araştırmanın amacı, çocukların göstermiş oldukları davranış bozukluklarının türleri, nedenleri ve tedavi yöntemleri yönünden ailelerin bu konudaki tutumları ile bilgi düzeylerinin araştırılmasıdır.

1.5. Sınırlılıklar

- * Araştırma Girne ilçesinde bulunan 57 aile ile sınırlıdır.
- * Araştırma 4-12 yaş grubunda çocuğu olan aileler ile sınırlıdır.
- * Ailelerin bilgi düzeylerinin araştırıldığı davranış bozukluğu çeşitleri, kekemelik, altını ıslatma(enürezis), altına yapma(enkoprezis), yalan söyleme, saldırganlık, d.e.h.b., tik, parmak emme, tırnak yeme, hırsızlık-çalma ve okul korkusu ile sınırlıdır.
- * Bu araştırma 2008-2009 öğretim yılına ilişkin bilgi ve bulgularla sınırlıdır.

1.6. Tanımlar

Davranış: Bireyin gözlenebilen eylemleridir.

Davranış bozukluğu: Başkalarının temel haklarına saldırıldığı ya da yaşa uygun başlıca toplumsal değerlerin ya da kuralların hiçe sayıldığı, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak görülen bir davranış örüntüsüdür (DSM-IV, 1994).

Çocuk: Yaşları 2 ile 12 arasında olan çocukları içermektedir. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi'ne göre 0-18 yaş arası tüm bireyler çocuk olarak kabul edilmektedir.

Anne baba tutumu: Anne babanın çocuğa karşı gösterdiği olumlu veya olumsuz davranış şekillerine denir.

Kekemelik: Kekemelik, yaşına ve lehçesine uygun gelişimsel olarak çıkartması beklenen konuşma seslerini çıkartamaması, konuşmanın olağan akıcılığında ve zamanlama örüntüsünde bozukluk olması durumudur (DSM-IV, 1994).

Yalan: Bir hatayı gizlemek amacıyla gerçeğe uygun olmayan sözlerin söylenmesidir.

Enüresis (altını ıslatma): Enüresis, tekrarlayıcı nitelik taşıyan istem dışı idrar kaçırmaya olarak tanımlanabilir (Öztürk, 1994).

Okul korkusu: Çocuklarda okula gitmek istememe ve gitmeme durumu (Öztürk, 1969).

Tik: Bir kas grubunda yinelenen, istemsiz hareketlerle belirtilen bir bozukluktur (Öztürk, 1969).

Parmak emme: Bebeklerin başparmaklarını ya da diğer parmaklarını emmeleridir.

Saldırganlık: Sözel veya fiziksel bir güç harcayarak genellikle bir hedefe (kişiye ya da nesneye) yönelten bir eylem olup, öfke, hiddet veya düşmanlık benzeri duyguların motor karşılığıdır (Başoğlu, 1998).

D.E.H.B. : Çocukların olağan canlılığın çok ötesinde bir hareketlilik göstermesidir.

Enkoprezis (altına yapma): Çocuk kakasını tutma ve bırakma işlevini kontrol edebileceği yaşa gelmiş olmasına rağmen istemli ya da istem dışı olarak kakasını uygun olmayan yerlerde bırakma (Yörükoğlu, 2003; Öztürk, 2004).

Tırnak yeme : Tırnak yeme davranışı tırnağı/tırnak etini dişi ile koparma veya kemirme eylemi için kullanılan bir terimdir (Chapman, 1965; Ankay, 1998).

Çalma-hırsızlık : Çalma, çocuğun kendine ait olmayan bir eşyayı izinsiz olarak alıp ona sahip olmasıdır.

I.7. Kısaltmalar

ABB	: Ayrılık Bulantı Bozukluğu
APA	: American Psychiatric Association (DSM-IV)
D.E.H.B.	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
MD	: Majör Depresyon
UB	: Uyum Bozukluğu

BÖLÜM II

ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN RUHSAL DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI

II.1. Davranış Bozukluğu Tanımı

Bazı psikologların tanımına göre, başkalarını üzen ve yardım için çare aratan davranışlara normal dışı davranışlar denir. Bunun yanında aşağıda farklı görüşlere yer verilmiştir.

Davranış bozukluğu günümüzde, gelişmiş ülkelerde en önemli sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. Ancak hangi davranışın normal, hangi davranışın anormal olduğu konusunda yapılan çalışmalarda net bir bilgiye ulaşılamamıştır. Psikologlar ve psikiyatrlar birbirleriyle teşhis koymada çelişkiye düşmüşlerdir (Zubin, 1967).

Davranım bozukluğu, başkalarının temel haklarının ya da yaşa uygun başlıca toplumsal değer ve kuralların hiçe sayıldığı yineleyici ve sürekli bir davranış örüntüsüdür (DSM-IV, 1994).

Davranış bozuklukları çocuğun çeşitli ruhsal ve bedensel nedenlere bağlı iç çalışmalarını davranışlarına aktarması sonucu ortaya çıkar. Hırçınlık, sinirlilik, saldırganlık, inatçılık, yalan, çalma, küfür gibi davranışlar davranış bozukluklarına girer. Çocuk, gelişim basamaklarında birtakım doğal zorluklarla karşılaşır. Bu zorluklar ana-babanın desteğiyle çözümlenecek düzeydedir. Fakat çocuk bu desteği bulamaz ya da ana-baba tutumu yanlış olursa, bunlara tepki olarak çocukta duygusal düzeyde bozukluklar görülebilir ve olağan sorunlar büyür. Bu olumsuz tepkilere uyum ve davranış bozuklukları diyebiliriz (Ayık, 2004).

Başka bir deyişle, bu çocukların çevreleriyle ilişkileri sürekli olarak gergin ve sürdürmelidir. Sürekli hırçınlık, sinirlilik, geçimsizlik, kavgacılık, okuldan kaçma,

çalma, yangın çıkarma, sürekli başkaldırma ve kuralları çiğneme gibi belirtiler bu kümede toplanır (Yörükoğlu, 1998).

“Uyumsuz çocuklar” kendi benliği ile ve çevresiyle dengeli ve etkili ilişki kurma, geliştirme ve sürdürmede güçlük çeken, bu yüzden gelişimleri aksayan ve çevresindekilerin olağan ilişkileriyle düzeltilemeyen davranış kalıplarına sahip olan çocuklardır (Çağlar, 1981).

Çocuk davranış bozukluğu hastalıklarının tanımı; evde ve/veya okulda günlük ilişkileri belirgin şekilde zedeleyen şekilde anti sosyal davranış biçimi ya da ebeveynler ve öğretmenler tarafından baş edilemez bulunan davranış biçimi sergileyen çocuklar için kullanılır. Davranışlar dirençli yapıdadır. Yalan söylemeyi, çalmayı, sinirliliği, öfke nöbetlerini ve karşı olma davranışlarını içerir (Kann ve Hanna, 2000).

Çocuklar her yeni gelişim dönemine geçtiklerinde yeni beceriler kazanırlar. Çocuğun edindiği her yeni beceri beraberinde çözülmesi gereken bir sorunu da getirir. Gelişim dönemlerinde karşılaşılan sorunlar olağan ve geçicidir, ancak çocuk bu dönemlerde çevresindeki yetişkinlerin yanlış tutumlarına maruz kalırsa veya sorunlarını çözerken engellemelerle karşılaşarsa, dönemsel (olağan) diye nitelenen bu sorunların çözümü yeni gelişim dönemlerine ve çocuğun ileriki yaşlarına ertelenir. Bu durumlarda ortaya çıkan sorunlar uyum ve davranış bozuklukları olarak adlandırılır (Kulaksızoğlu, 2000).

Davranım bozukluklarının temel özelliği, başkalarının temel haklarının veya yaşa uygun toplumsal norm ve kuralların sürekli ve tekrarlayıcı bir biçimde saldırıya uğratılmasıdır. İnsanlara ve hayvanlara yönelik saldırgan davranışlar, güvenliği tehdit, hırsızlık, kuralların ciddi biçimde ihlal edilmesi gibi davranışlar davranım bozukluğu kapsamına girmektedir. Davranım bozukluğu gösteren bireyler genellikle saldırgan davranışlar içindedirler ve dolayısıyla başkalarına sürekli olarak zarar verirler. Tehdit, hakaret, kavga çıkarma gibi. Yaralama ve öldürme gibi eylemler gerçekleştirebilirler. Başkalarına ve hayvanlara eziyet edebilirler. Zorla cinsel

eylemde bulunabilirler. Başkalarının mülkiyetine saldırı, daha çok yangın çıkarma, otomobiline, eşyalarına zarar verme şeklinde olabilir. Kuralların ihlali daha çok okul ve aile ile ilgilidir. Örneğin: okuldan kaçma, evden kaçma, geceyi anne-babadan izinsiz dışarıda geçirme vb (Erden ve Kargı, 2005).

II.2. Davranış Bozukluğu Ölçütleri

Bir çocukta davranış bozukluğu olduğunun söylenebilmesi için aşağıda sıralanan belirtilerin en az üç tanesini altı ay süreyle göstermesi gerekir (DSM-III, 1980).

- a) Birden çok kez fark ettirmeden (olaydan zarar görenle karşı karşıya gelmeksizin) çalmıştır.
- b) Ana-babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçmıştır.
- c) Çoğu kez yalan söyler.
- d) İsteyerek yangın çıkarmıştır.
- e) Çoğu kez okuldan kaçır.
- f) Başkasının malına (evine, arabasına, eşyasına) zarar verir.
- g) Aykırı cinsel eylemlerde bulunur.
- h) Birden çok kavgada bıçak, çakı gibi kesici aletle saldırır.
- i) Çoğu kez kavga dövüş başlatır.
- j) Olaydan zarar görenle karşı karşıya gelerek, çalar, gasp eder (örneğin; silahla tehdit ederek saldırıp çalma, çanta kapıp kaçma, göz korkutarak alma).
- k) Hayvanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranışlarda bulunur.

Davranışın hangi sıklıkla ve güçte olduğunun da göz önünde bulundurulması gerekir. örneğin çocuklar için bazı durumlarda korkular kaçınılmaz olmaktadır. Bu nedenle çocuklardaki korkular tek başlarına problem olarak görülmemektedir. Ancak vardan yoktan, her şeyden korkan bir çocuk, yaşı küçük de olsa normal olarak nitelendirilemez. Bir çocuk temizliğe titiz olabilir. Ancak bu çocuk, mikrop

korkusuyla bir yere dokundukça, elini defalarca yıkıyorsa, üstü tozlandıkça huylanıp giysisi değiştiriyoorsa, temizliğe titizliği problem durumuna ulaşmış demektir (Yörüköğlu, 1978). Konu bu yönüyle değerlendirildiğinde, problem davranışlar ile normal davranış arasındaki fark görülebilir (Dunn, 1963; Enç, 1976).

Bunun yanında, çocuğun gelişim dönemine bağlı olarak yaşadığı olağan sorunlarla, uyum bozukluğu olarak kabul edilen davranışlar arasındaki ayırımı yapabilmek için, çocuğun içinde bulunduğu gelişim döneminin özelliklerini bilmek gerekir. Yani hangi yaşta karşılaştığı sorunların normal, kısa süreli ve geçici olduğunun tespit edebilmesi için bu konularda bilinçli ve bilgili olunması gerekmektedir. Bir anne baba açısından, gelişim dönemlerini ve her dönemin kendine özgü özellik ve çatışmalarını bilmesi, karşısındaki çocuğun davranışlarını yaşına ve içinde bulunduğu gelişim döneminin özelliklerine göre değerlendirebilmesi açısından hayati önem taşımaktadır.

Konunun bir başka boyutuda bir gelişim basamağında normal olarak nitelendirilen bir davranışın diğer bir gelişim basamağında normal olarak nitelendirilemeyeceği olgusudur. Örneğin, çocuklarda 4-5 yaşlarına değin yatağı ıslatma yaygın olarak görülmektedir. Bu nedenle 3 yaşındaki bir çocuk ara sıra altını ıslatması hoşgörüle karşılanabilir. Bununla birlikte 10 yaşındaki bir çocuk, ortada hiçbir fizyolojik neden yokken altını ıslatması yada 3 yaşındaki bir çocuğun bunu sık sık tekrarlaması hoşgörüle karşılanamaz (Ross, 1981).

Çocukta ortaya çıkan sorunları, uyumsuzlukları davranış bozukluğu olarak ele almadan önce, bunların nicelik ve niteliğinin iyice tanınması gerekmektedir. Bunların başında çocuğun gelişme dönemleri ve gelişme özelliklerinin tanınması gerekir. Herhangi bir yaş, dönem ve çağ için olağan olan bir belirti ya da bulgu, başka bir yaş, dönem ya da çağ için bir sorun yaratabilir. Bir başka örnek: bir-iki yaşına kadar doğru dürüst yürüyememek, iki-üç yaşına kadar konuşamamak önemsenmeyecek bir durumken, bu yaşlardan sonra önemli bir sorun oluşturur. Oyun döneminde her söylenene karşı çıkan, ara sıra yalan söyleyen bir çocuğun durumunu

doğal karşılamak, önemsememek gerekirken, bu durumun okul döneminde de sürdürülmesi önem taşır (Yörükoğlu, 1979).

Yaş ve cinsiyet rolleri temel etkenlerdir. Belirli davranışlar daha ileri bir yaş seviyesi ya da karşıt cins için uygunluk göstermeyebilir. Örneğin; parmak emme, öfke nöbetleri, altını ıslatma, küfürli konuşma gibi davranışların gösterilebilmesi için beklenen yaş düzeyi ya da cinsiyet söz konusudur. Bunların her biri, belli bir gelişim döneminde normal olarak kabul edilen, ancak o dönem bittiğinde hala varlığını sürdürdüğü takdirde ebeveyni alarma geçiren davranışlardır. Buna ek olarak; bu davranışların çoğu bir cinsiyet için diğerine göre daha fazla kabul edilebilir şeklinde düşünülmektedir (Lockhart ve Keys, 1998).

Conners (1970), ana okulu dönemindeki normal çocuklardan oluşan seçkisiz bir örneklem üzerinde gerçekleştirdiği araştırmada, önceden listelediği 73 problem davranışı bu çocuklarda denemiştir. Sonuçta çocuklar arasında bu davranışlara yüksek oranlarda rastlanmıştır. Örneğin çocukların %65'inde "tedirginlik", %65'inde "tutuk yeme", %24'ünde "korkulu düş görme" ve %20'sinde "tutuk yeme ya da parmak emme" gibi çeşitli problem davranışlar bulunmuştur. Ancak conners'in araştırma sonuçlarına ilişkin olarak verilen problem davranışların büyük bir bölümü okul öncesi dönemi olarak tanımlanan belli bir gelişim basamağının tipik özelliklerini yansıtmaktadır. Bu da gelişim döneminin özellikleri ile davranış bozukluklarının ayırt edilemeyerek karıştırıldığını göstermektedir.

III.3. Kuramcılar Açısından Davranış Bozuklukları

Çocuklardaki problem davranışların nedenlerini açıklamaya çalışan kuramcılar, psikodinamik ve sosyal öğrenme kuramı olmak üzere iki ana grup altında toplanmıştır (Laslett, 1978).

II.3.1. Psikodinamik Yaklaşım

Bunlardan **Winnicott, Klein ve Bowlby (1953)**, çocuklardaki problem davranışları, çocukların başkalarına en fazla bağımlı olduğu 0-2 yaşlarında, çevresiyle, özellikle anneleriyle ilişkilerindeki başarısızlıkların sonuçları olarak açıklamaktadırlar. Bu yaşlarda anneyle çocuk arasındaki ilişkilerde karşılaşılan engel ve yoksunluklar çocukta kaygı durumu yaratır. Bu durum çocuğu çeşitli problem davranışlara yatkın kılar.

Winnicott'a göre, her çocuk “varlığını sürdürme” (being of continuity) gelişim süreci içerisindedir. Bu süreç biyolojik olduğu kadar, anneyle ilişkiler içerisinde, psikolojiktir de. Annenin çocuğa sevgi göstermesi, onunla ilgilenmesi, gereksinimlerini karşılaması, çocuğun varlığını sürdürme sürecini tamamlamasını kolaylaştırmaktadır. Annenin tersi tutumları ve yoksunluğu ise aynı işleyişi bu kez zorlaştırmaktadır. Sonuçta çocukta kaygı duyguları kolaylıkla yeşerebilmektedir.

Ericson (1968) ise, daha önceki yaklaşımlardan farklı olarak konunun biyolojik ve psikolojik boyutu yanında sosyal boyutunu da ele almıştır. Erikson çocuktaki problem davranışları, insanın kendisinin bilincinde olması olarak tanımlanabilecek, “benlik kimliği” kavramıyla açıklamaktadır.

Erikson’a göre benlik kimliğinin gelişimi, çeşitli kritik gelişim evrelerinden geçilerek tamamlanır. Bu anlamda ilk ve en önemli kritik gelişim evresi, çocuğun sürekli ve yoğun bakıma gereksinim duyduğu bebeklik dönemidir. Çocuğun bu dönemde gereksinimlerinin yeterince karşılanması, kendisine güven duymasına, dolayısıyla benlik kimliğinin sağlıklı gelişimine yardımcı olmaktadır. Tersî durumlarda ise bebekte güvensizlik duyguları ve buna paralel olarak benlik kimliğinin sağlıklı gelişiminde çeşitli sorunlar kaçınılmaz olmaktadır (Laslett, 1978).

Karen Horney, Ericson’dan farklı bir yaklaşımla çocuklardaki problem davranışları “temel kaygı” kavramıyla açıklanmaktadır. Temel kaygı,

çocuğun düşman bulduğu bir dünya içerisinde duyduğu yalnızlık ve çaresizliği tanımlamaktadır (Gençtan, 1978).

Horney, çocuktaki temel kaygının kaynağını Winnicott, Klein ve Bowlby'in görüşlerine paralel olarak, çocuğun anne babasıyla olan ilişkilerinde güvene dayanan bozukluklarının ve yoksunlukların bir sonucu olarak açıklamaktadır. Güvensiz ve kaygılı çocuk, yalnızlık ve çaresizlik duygularıyla baş edebilmek için çeşitli stratejiler geliştirmektedirler. Horney bunları insanlara doğru yönelme, insanlardan uzaklaşma ve insanlara karşı olma, olmak üzere üç grup altında toplamaktadır. Ancak kaygı durumlarıyla baş etmede, belirli bir stratejiye sıklıkla başvurulması, zamanla bu stratejiyi kişiliğin değişmez, sağlıklı bir parçası durumuna getirmektedir. Sonuçta kişiliğin temel yapısı içerisinde çeşitli nevrotik davranışlar kaçınılmaz olmaktadır.

Özetle, psikodinamik kuram, çocuklardaki problem davranışları erken yaşlarda çevreyle, özellikle anneyle ilişkilerindeki başarısızlıklara eşlik eden iç çatışmalarla açıklanmaktadır.

II.3.2.Sosyal Öğrenme Kuramı :

Sosyal öğrenme kuramı, psikodinamik kurama karşıt bir görüş olarak ortaya çıkmıştır. Bu kurama göre, çocuklardaki problem davranışlar objektif olarak gözlenebilir belirli çevre koşullarının ürünüdür (Laslett, 1978).

Sosyal öğrenme kuramı, davranış edinmede çevresel koşulları öğrenmeye dayalı olarak değerlendirmektedir. Bunlardan birisi gözlem ve gözlemin sonucu olarak öykünmedir. Çocuk yakın çevresindeki insanların davranışlarını gözlemekte onları öykünmekte, zamanla öykünülen davranışlar çocukta alışkanlık haline gelmekte, kişiliğinin ayrılmaz bir parçası olmaktadır. Diğer öğrenme yoluyla pekiştirmedir. Pekiştirme kural olarak, uygun davranışın, yani istendik davranışın ödüllendirilmesi, uygun olmayan, istenmedik davranışın ise cezalandırılmasıdır.

Ödüllendirme maddi olabileceği gibi psikolojik de olabilir. Hatta yetişkinin ilgisinin çocuğa yönelmesi bile, çocuk için ödül yerine geçebilir. Cezalandırma ise ödüllendirmede olduğu gibi maddi, ya da psikolojik (yoksun bırakma, ilgisiz davranma gibi) olabilir.

Sosyal öğrenme kuramına göre çocuklardaki problem davranışlar, çocukların çevresindeki modellerin yanlış davranışları ya da pekiştireçlerini uygun olarak kullanmaması sonucunda ortaya çıkmaktadır.

Örneğin: Çocuğun yakın çevresinde saldırgan bir bireyin bulunması, onun için uygun olmayan bir modeldir. Çünkü çocuğun bu modelin davranışlarını benimseme olasılığı vardır. diğer yönden, her sağlıklı çocuk çevresindeki insanların, özellikle anne babasının ilgisini çekmek ve kendisiyle ilgilenilmesini ister. Bu onun en doğal gereksinimlerinden birisidir. Ancak genellikle anne babalar, çocuktaki ilgi çekmeye yönelik, gayet sağlıklı olmakla birlikte, hafif ya da orta derecedeki davranışları fazlaca baş ağrıtmadığından görmemezlikten gelirler. Karşı tarafın bu ilgisizliği karşısında çocuk, davranışının büyük bir olasılıkla abartacak ve sıklaştıracaktır. Artık çocuğun davranışları sağlıklı değildir. Ve ağır derecededir. Yani yeterince baş ağrıtıyordur. Bu kez anne babalar, çocuklar istedikleri için değil de birazcık kendi barış ve huzurları için, çeşitli tonajlarda “ne var?” diyeceklerdir. İşte çocuğa çoğu kez kızgınlık duyguları içerisinde sorulan bu sorunun arkasında yatan ilgi! Ne pahasına olursa olsun onun istediğidir. Yani ödüldür. Dolayısıyla çocuğun uygun olmayan davranışı ödüllendirilerek pekiştirilmiştir.

Öğrenme süreci içerisinde çocukta, zamanla, belirli uyaran ve objelere yönelik genelleme ve ayırım tepkileri gelişir. Sosyal öğrenme kuramcılarının genellemeden amaçladıkları, belirli bir tepki geliştirme eğiliminde olan bir uyarana benzer bir diğer uyaranda aynı tepkiyi oluşturmalarıdır. Ayırım ise benzer uyarınları birbirinden ayırarak birisini seçip diğerine tepki göstermektedir (Gençtan, 1978).

Özetle, sosyal öğrenme kuramı, çocuklardaki problem davranışlardan, onlara sağlıklı ve uygun davranışları öğrenme olanağını vermeyen çevreyi sorumlu tutmaktadır.

II.3.3.Varoluşçu İnsancıl Yaklaşımlar

Gestalt, insan doğası yaklaşımı kuramında birey merkeze alınmakla birlikte çevresi ile olan etkileşimi de holistik (bütüncül) bir şekilde ele alınmaktadır. Bireye olumlu bir şekilde yaklaşmakta ise de, tüm canlılar gibi insanların da var olabilmek için başkalarına ihtiyaç duyduğu, kendi başına yeterli olmadığı görüşü benimsenmektedir. Büyümek ve gelişmek için insanlar çevreleri ile etkileşim içinde olmak zorundadırlar (Akkoyun, 2001).

Rogers, insan gelişiminde evre teorisini savunmamaktadır. O daha çok gerçekte deneyimlerimizin ne olduğu ve nasıl kazanıldığı arasındaki farklılığı incelemektedir. Rogers'e göre ebeveynlerin çocuklarını değerlendirmeleri pozitif ve yapıcı bir temele oturursa davranış bozuklukları gelişmez. Ancak ebeveynler hem pozitif hem de negatif değerlendirmeler yapmaktadırlar (Hall ve ark., 1985).

II.4. Davranış Bozukluklarının Nedenleri

Toplum içinde problem çocuklar genellikle akıl ya da psikolojik hasarlıkların bir kurbanı olarak görülürler. Oysa duygusal bunalımlar ve davranış bozuklukları çoğu kez yaşamın güçlük ve engellerinden kaynaklanan problemlerdir. Çocukta görülen problem davranışlar bunların sonuçlarıdır. Problem davranışların büyük bir bölüm yaşamın isteklerine uymada uygun olmayan başarısız stratejilerin benimsenmesi sonucu ortaya çıkmaktadır (Laslett, 1978).

Bu alandaki mevcut kuramların büyük bir bölümü bireylerin iç dünyalarında çeşitli çelişki ya da karmaşaların varlığını öne sürmektedir. Örneğin psikoanalitikçiler 'benlik', Adler'ciler 'aşağılık' karmaşalarına kuramlarında yer vermişler, bireylerdeki normal dışı davranışları bu kavramların yardımıyla açıklamaya çalışmışlardır. Şu bir gerçektir ki, bu kuramlar nedenleri bilinmeyen birçok psikoloji olayın açıklanmasında önemli katkılar sağlamıştır. Ancak eksiklik olarak değerlendirilebilecek yanları, çocuğu geldiği çevreden, yaşadığı ortamdan ayrı

olarak ele almalarıdır. Oysa problemin büyük bir dilimi, çocuğun evde, okulda ve oyun alanında, çevresindeki yetişkin ve akranlarıyla kurduğu ya da kuramadığı ilişkilerden kaynaklanmaktadır (Herbert, 1977).

Davranış bozukluklarının nedenleri arasında anne baba tutumlarının da büyük önemi vardır. Çocuk, gelişim basamaklarında karşılaştığı bir takım zorlukları ana-babanın desteği ile çözümleyebilmektedir. Ancak çocuk bu desteği bulamaz ya da ana-baba tutumu yanlış olursa, bunlara tepki olarak çocukta duygusal düzeyde bozukluklar görülebilir ve olağan sorunlar büyüyerek uyum ve davranış bozukluklarını meydana getirebilir (Ayık, 2004).

Aile çocuğun ruhsal sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir. Özellikle ilk çocukluk çağlarında ailenin etkisi büyüktür. Çocuğun sosyal ilişkilerini şekillendiren ailesidir (Claessens, 1967).

Çocuk, sosyal-duygusal gelişimi gereği yaşlılarıyla oyun oynaması gereken bir yaşta, sürekli yalnız kaldıysa, ileride içine kapanık bir çocuk ve yetişkin olabilir. Çocuk gelişimsel olarak kendi kendine üstünü giyinme ve yemek yeme davranışlarını yapabilecek becerilere sahipken, aile tarafından sürekli bu becerilerini sergilemesi engellenirse, bu alandaki gelişimini fark etmesi ileriki yaşlara kalacağı için yeni gelişim dönemlerinde ortaya çıkacak sorunlarla baş etmesi güçleşecektir. Baskıcı, aşırı disiplinli, aşırı koruyucu, alaycı, aşağılayıcı aile tutumları da uyum ve davranış bozukluklarına yol açar. Uyum ve davranış bozuklukları yalnızca ailenin yanlış tutumlarına bağlı olarak gelişmez, çevresel faktörlere bağlı olarak da gelişebilir. Yangın, deprem, tüp patlaması gibi travmatik olaylar, evdeki kavga ve huzursuzluklar, aile içi şiddet gibi aile içi sorunlar; ölüm veya boşanma nedeniyle anne-babadan uzak kalma gibi kayıp ve ayrılıklar da uyum ve davranış bozukluklarına yol açan çevresel faktörlere örnek olarak verilebilir (Erden ve Kargı, 2005).

Richman (1977) 99 okul öncesi çocuk üzerinde davranış bozukluğunu tanımlamak amacıyla yaptığı araştırmasında aile ve sosyal etmenleri bir kontrol grubu ile karşılaştırmıştır. Çocukta görülen davranış bozukluklarına anne-baba arasındaki olumsuz ilişkilerin neden olduğunu bulmuştur. Aynı zamanda davranış bozukluklarının çevresel baskılar ve evin kötü yaşam koşullarına bağlı olduğunu saptamıştır.

Ruh hastalıklarının birçok nedenleri vardır. Bunları sınıflandırmak gerekirse, ortam hazırlayıcı ve ortaya çıkarıcı nedenler olmak üzere ikiye ayırmak mümkündür. Örneğin şizofreniye yapısal yatkınlık taşıyan bir kimse herhangi bir dayak olayından sonra şizofreni belirtiler gösterebilir. Burada dayak olayı belirleyici bir neden değildir. Başka bir deyişle ortaya çıkarıcı bir nedendir (Ankay, 1998).

Uyum ve davranış bozukluklarının nedenleri yapılan araştırmalar sonucunda tam olarak bilinmemekle beraber bazı kaynaklar bozukluğun oluşmasında birçok psikolojik ve tıbbi rahatsızlıklarda olduğu gibi nedenleri sınıflandırarak; biyolojik, aile etmenleri, psikolojik, toplumsal, ekonomik ve kültürel nedenlerin etkisiyle ortaya çıktığı üzerinde durmuşlardır.

1. Biyolojik etmenler

Her çocuk doğuştan kalıtsal, sinirsel ve biyokimyasal ya da bu üçünün birleşiminden oluşan belirli bir biyolojik yapıdadır. Bu yapı içerisinde geniş bir davranış daracığına sahiptir. (Ross,1974). Somotopsikoloji alanında yapılan araştırmalar, beden ile davranışlar arasındaki ilişkinin varlığını göstermektedir. Delaysıyla bazı problemlili davranışların arkasında biyolojik etmenleri aramak, yerinde bir davranış olur (Kırk, 1972).

Biyolojik etmenler sonuçtan çok eğilimi oluşturmaktadır. Her çocuk biyolojik olarak bazı tür davranışlara eğilimli kılınmıştır. Bundan sonrası onun ileriki yaşamına ve deneyimlerine bağlıdır (Gençtan, 1984).

Başka bir götüşe göre: Biyolojik etmen tek başına, mevcut problem davranışın nedeni olarak gösterilmez çünkü biyolojik bozukluk göstermeyen pek çok problem çocuk olabileceği gibi, pek çok normal çocukta da önemli biyolojik bozukluklar görülebilir (Hallahan, 1978).

2. Psikolojik Nedenler

Biyolojik nedenler gibi ortam hazırlayıcı ve ortam çıkarıcı nedenler olabilirler bu nedenlerden en önemlisi reddedilme, aşırı koruyuculuk, tutarsız eğitim, anne baba kavgaları, ölüm, terk ve boşanma, hasta olan anne babayı model alma, kardeş kıskançlığı, ters özdeşimler, karşı cinsle iletişimde düş kırıklıkları gibi nedenler sayılabilir (Ankay, 1998).

3. Aile etmenleri

Çocuktaki problem davranışların nedenleri genellikle anne-baba ile çocuk arasındaki ilişkilere bağlı olarak açıklanmaktadır. Anne-baba ile çocuk arasındaki ilişkiler çoğu kez sanıldığı gibi sadece anne-babadan çocuğa doğru tek yönlü değildir. İlişkiler ve etkileşim karşılıklı iki yönlüdür. Bu nedenle çok ağır davranış bozukluğu gösteren çocuklarda dahi nedenleri araştırılırken bu karşılıklı etkileşim olayını göz önünde bulundurmak gerekir. Bunu yapmaksızın, çocuktaki davranışların tek nedeni olarak anne babayı sorumlu tutmak yanlış olabilir.

Bununla birlikte çocuklarının gereksinimlerine duyarlı bir anne-babanın ve onların problem davranışlarını çözmede sevgiyi merkeze alan yaklaşımların çocuklarda uygun ve sağlıklı davranışların yerleşmesine ve gelişmesine yardımcı olacağı bir gerçektir. Aksine çocuklarını yetiştirmede gevşek bir yaklaşım içinde olan, reddetme ya da sevgiye boğma gibi aşırı tutumlar benimseyen, çocuklarına ilişkin beklentileri gerçeğe uygun olmayan ve aleyhte kıyaslama, kışkırtma ve fiziksel cezalar gibi olumsuz davranışlarda bulunan anne-babaların çocuklarında uygun davranışların yerleşmesi ve gelişmesi güç olacaktır (Enç, 1978).

4. Toplumsal Ekonomik Ve Kültürel Nedenler

Ekonomik krizler, yüksek enflasyon, savaş, kentleşme ve göçler, sınıfsal dengenin bozulması, anomi ve yabancılaşıma, kuşaklar arası çatışma, terör ve şiddet olayları, çekirdek ailenin sorunları, hızlı toplumsal değişimler, kitle iletişim araçlarının olumsuz etkileri, okul ve askerlik yaşamındaki zorlanmalar gibi nedenler sayılabilir (Ankay, 1998).

Yoksulluk, alt toplum kesiminden gelmiş olmanın yarattığı kısıtlamalar, kasırlı gelişimin önemli nedenlerinden biridir. Bu çocuklarda dil yeterince gelişmemekte, ayırım yapma ve kavramlaştırma yetenekleri sınırlı kalmaktadır. Dışinsel işlevlerde tutukluk ve yavaşlık, sorun çözmede yetersizlik, umutsuzluk ve isteksizlik gibi güdülenme güçlükleri, yetersiz içsel denetim ve dış denetimlere bağımlılık, değersizlik duygularıyla birlikte kızgınlık ve başarısızlık görülür (Geçtan, 1993).

5. Okul etmenleri

Bazı çocuklar okula başlamadan önce çeşitli davranış bozuklukları gösterirler. Eğer bu çocuklar okulda uygun olmayan ortam ve yanlış öğretmen tutumlarıyla karşılaşarlarsa, mevcut problem davranışları daha da belirginleşecek, belki de unlara yenileri eklenecektir.

Okul ortamı çocuk için yaşına uyum sağlamada bir tür sınavdır. Bu ortamda çocuğun yaratılışı ve sosyal yetersizliği ile sınıf arkadaşlarının ve öğretmenin davranışları karşılıklı etkileşim halindedir. Bu etkileşimin niteliği çocuğun davranışını etkileyecektir. Eğer çocuğun öğrenmeye ilişkin istekli ve sosyal yetenekleri yeterli düzeyde değilse, büyük bir olasılıkla akranlarından ve öğretmenlerinden olumsuz tepki alacaktır. Böyle bir başlangıç, hem ileriki okul yaşamı, hem de sosyal ilişkileri yönünden oldukça tehlikelidir. Bunun yanında öğretmenin aşırı eleştirici, kuralcı, kıyaslayıcı tutumu ve notu bir baskı aracı olarak kullanması bazı problem davranışlara neden olabilir ya da mevcut problem davranışları artırabilir (Enç, 1978).

III.5. Çocuklarda Görülen Başlıca Davranış Bozuklukları

Çocuklarda görülen uyum ve davranış bozuklukları aşağıdaki gibi sıralanabilir: Altını ıslatma ve dışkı kaçırmaya, psikolojik kökenli kekemelik, parmak emme, tırnak yeme, fobiler ve korkular, yeme bozuklukları ve iştahsızlık, uyku bozuklukları, mastürbasyon (kendi kendini tatmin etme), içe kapanıklık, çalma, yalan söyleme, aşırı hareketlilik, saldırganlık, saç yolma, uyurgezerlik, bağımlılık, aşırı inatçılık (Vanderbleek, 2004).

Zeka geriliği ve beyin örselenmesinin neden olduğu öğrenme bozuklukları dışında, çocuklarda ortaya çıkan, önlem alınmazsa bütün yaşam boyu olumsuz etkileri görülen davranış bozuklukları ayrı ayrı gruplar altında toplanabilir. Bunlar arasında en sık görülenler öncelikle duygusal kaynaklı olanlardır. Kıskançlık, korkular, uyku düzensizlikler, kekemelik, tikler, parmak emme, tırnak yeme, yatağa işeme ve dışkı kaçırmaya bunların başında gelir. Köklü duygusal bozuklukları yönünden davranış kusurları gösteren çocuklar bu grupta sayılabilirler. Kimi duygusal kaynaklı davranış bozuklukları kötü eğitim, öğrenme ve alışkanlıklarla pekişir. Olumsuz etkileri bütün yaşam boyu sürer.

Bu sayılanlara mastürbasyon, okuldan kaçma, yalan söyleme, karşı gelme, çalma, dikatsizlik, tembellik, kaygıcılık, saldırganlık, insanlara ve eşyalara zarar verme gibi eylemler de eklenebilir (Çağlar, 1981; Köknel, 1981).

Davranış bozukluklarının saptanmasında çeşitli davranış bozuklukları belirtili listeleri kullanılmaktadır. Bu listelerde rastlanılan ve çocukluk döneminden ergenliğe kadarki dönemde ortaya çıkan başlıca davranış bozukluklarını şöyle sıralayabiliriz:

II.5.1. Enürezis

II.5.1.1. Enürezis Nedir ?

Enüresis, tekrarlayıcı nitelik taşıyan istem dışı idrar kaçırma olarak tanımlanabilir (Öztürk, 1994). Kısacası normal gelişmekte olan bir çocuğun 4-5 yaşlarından sonra altını ıslatmasına enüresis denir (Yavuzer, 1995).

Genellikle çocuklar, mesane kontrolü gerçekleşinceye kadar yani ortalama olarak 2-3 yaşlarına kadar geceleri altını ıslatırlar (Yavuzer, 1997).

Çocuklar üç yaşını doldurduktan sonra gündüz, dört yaşını doldurduktan sonra gece idrarlarını kontrol edebilmeleri gerekmektedir. Altını ıslatma 5 yaş çocuklarında %10-20, yedi-sekiz yaşta %5 ve 15 yaşta %2-3 oranında görülmektedir. Türkiye de sosyal hizmetler genel müdürlüğünce yapılan bir araştırma da 7-8 yaşlar arasında bu oran %10.5 olarak bulunmuştur. Çocuklarda altını ıslatma organik nedenler dışında kıskançlık, anne-babanın sert, cezacı tutumları, ihmal aşırı yorgunluk gibi sebeplerden kaynaklanmaktadır. Bu çocukların yaşlarına göre daha çocukça davrandıkları, sınavlarda düşük not aldıkları, konuşma ve ilişki kurma yetersizlikleri gibi bazı sorunları olduğu saptanmıştır (Çağlar, 1981).

Enürezisi genellikle 4 kısımda görmek mümkündür. Bunlar:

1. Nocturnal (yalnız gece altını ıslatanlar): Bunlar genellikle ya yattıktan biraz sonra ya da sabahleyin kalma zamanlarında altını ıslatırlar. Bunlar bireysellik gösterirler.

2. Diurnal (yalnız gündüz altını ıslatanlar): Bunlar genellikle, ya mücade almaktan utanacak kadar çekingen, ya da kasıtlı altını ıslatmak isteyen çocuklarda görülür.

3. Cronic (kronik): Hem gece hem de gündüz altını ıslatanlar.

4. Ara sıra altını ıslatanlar: Bunlar genellikle hastalıklarda hastalık sonucu dikkat çekmek için yeni bir kardeş doğduğu zaman kıskançlık sonucu görülür (Çağlar, 1981).

Enürezisin birincil ve ikincil olmak üzere iki alt tipi vardır. birincil enüreziste idrar tutma hiç bir zaman sağlanmamıştır. İkinci enüreziste ise en az bir yıl süre ile idrarı tutma sağlanabilmişken, bu kontrol sonradan kaybedilmiştir. 5 yaşındaki erkeklerin %7, kızların ise %3'ünde enüresiz vardır (Güleç ve Köroğlu, 1998).

Bir kişiye enurezis teşhisinin konabilmesi için takvim yaşının en az 5 olması ve en az 3 ay süreyle haftada iki kez ortaya çıkan idrar kaçırma durumunun olması ve bu durumun toplumsal bozulmaya sebep olması gerekir (DSM-IV, 1994).

II.5.1.2. Enürezis Nedenleri :

Altını ıslatma ya organsal ya da ruhsal bir nedene dayanır. Böbrek, bağırsak bozuklukları ve ağır uyku, organsal nedenlerdendir. Ruhsal nedenler ise oldukça karmaşık ve çeşitlidirler. Altını ıslatma, duyulan bir kaygının dolaylı anlatımı: anneye babaya karşı duyulan öfkenin, kinin bilinç dışı yolla dışa vuruluşu, cinsel karmaşaların çözümü amacıyla başvuru bilimsiz bir savunma mekanizması ve heyecansal olgunluk ve yetersizliğinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Bakırcıoğlu, 1976).

Enürezisin doğası nedeniyle psikodinamik nedenlerle ilgili yorumlar da yapılmıştır. Bu varsayımlar, genellikle olgu sunularından ya da kuramsal bilgilerden çıkmaktadır. Kardeş doğumu ile başlayan ikincil enürezis, bir regresyon belirtisi olabilmekte, bazen enürezis, kardeşe duyulan saldırgan duyguların ifadesi, bazen de aşırı temiz, titiz, düzenli bir annenin baskılı tuvalet eğitime karşı pasif agresif bir tepki niteliği taşıyabilmektedir. Ailede ölümler, ayrılıklar, geçimsizlik, hastalıklar ya da okulda başarısızlıklar gibi yaşam olaylarının yaratacağı anksiyete enürezis ile ifade edilebilir. Ailenin aşırı koruyucu ve hoşgörülü tutumu ile çocukta bebedksi kalma eğilimi, enürezis belirtisi ile kendini gösterebilir. Bunun yanında yapılan araştırmalar, enüreziste ailesel bir yakınlık olduğu görüşünde birleşmektedir. Enüretik çocukların %75'inin birinci dereceden akrabalarında devam eden ya da geçmişte enüresis bulunduğu bildirilmiştir (Güleç ve Köroğlu, 1998).

Enürezis, sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan aile içinde yeterli duygusal etkileşimden yoksun, nörotik ve uyumsuz çocuklarda daha çok rastlanır. Çeşitli malsal etkenler oluşunda başlıca neden olarak sayılabilir. Yaptığımız incelemeler, alt ıslatma sorunuyla çocuğun duygusal dünyası arasında yakın bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (Yavuzer, 1997).

II.5.1.3. Enüresis'in Tedavisi :

Enüresis birçok nedenle ve değişik psikodinamik etkenlerle ortaya çıkan bir belirti olduğu için, tedavisinde değişik yöntemler kullanılmaktadır. Hangi yöntemle en iyi cevap alınabileceği önceden kestirilemez. Bu nedenle birkaç yöntemin birlikte uygulanması daha yararlı görülmektedir (Öztürk, 1969).

Gece altını ve yatağını ıslatan çocuklara anne ve babaların alacakları ilk tedbir: bu çocukları bu alanda uzman bir hekime göstermektir (Aytuna, 1976).

Enüresisin organik, biyolojik bir nedeni olmadığı anlaşıldıktan, psikolojik olduğuna karar verildikten sonra, tedavi başlar. Enüresisin tedavisinde uygulanan yöntemler:

1. Aileye danışmanlık veya aile tedavisi:

Çocuğun işemesine karşın ailenin duygu, düşünce ve davranışları incelenmelidir. Örneğin; öfke, utanç ve usanç duyarak çocuğu cezalandırırlar, utandırır, kardeş ve arkadaşlarıyla kıyaslayabilirler. Bazı aileler tam tersine enürezisi destekler bir tutum içine de girebilirler. Çocuğu bezler ve sabahleyin bezini değiştirirken öper ve severler. Her iki tutumun da zararlı olduğu, cezanın da, sevecenlikle ödüllendirmenin de doğru olmayacağı açıklanmalıdır.

2. Davranış tedavisi:

Dış yayınlarda idrar alarmı denilen bir yöntemden yararlanıldığı ve iyi sonuçlar alındığı bildirilmektedir. Yatak ıslanır ıslanmaz, bir zil çalmakta ve çocuk

uyanarak tuvalete gitmektedir. İdrar kesesinin tonusunu ve kapasitesini artırmak için, çocuğa çiş geldiği zaman, bir süre tutması öğretilir ve bu süre giderek artırılır. Bunun yanı sıra bir takvim tutması, her güne kuru ya da ıslak kalktığına göre bir işaret koyması istenmektedir. Yazma bilmeyenler, güneş, yağmur resmi ile bilenler ise yazı ile belirtebilirler. Bu işaret, kesinlikle çocuğun kendisi tarafından kullanılmalıdır. Haftalık kontrollerde güneşler, yani kuru günler çoksa kendisi ile onun istediği bir oyunu oynamakla ödüllendirilmektedir. Ödülün niteliği çocuğun kişiliğine, yaşına, sosyo-kültürel düzeyine uygun olmalıdır (Öztürk, 1969).

3. Psikoterapiden yararlanılmalıdır

Enürezis noktumanın tedavisinde psikoterapi önemli bir yer tutar. Psikiyatrist, destekleyici, hastada güven ve umut sağlayıp sürdürmede yetenekli olmalıdır. Her şekilde terapi değişken olacağından; iyi bir ilişkinin kurulması, tedavi sürecinin en değerli ve vazgeçilmez ögesidir. Genel olarak psikoterapi; konsültasyon odasında ve evde güven verme ve sabırlı olmayı gerektirir. Anne-baba tedavinin bir parçası olmalıdır. Enürezisi olan çocuğun, tedaviye pozitif katılımı hissettirilmelidir. Evde alışmış işler yapmasını sağlayıp azarlanmaması ve kendini aşağılanmış hissetmemesi için çevresel yardımlar, ilişki ve destek psikoterapide yardımcıdır (Ary, Duncan, Haps, 1999).

4. İlaçlar:

Çocuğun altını ıslatmasını azaltan bazı ilaçlar vardır. Uyku ve derinliklerini artıran ve sidik torbasına büzücü etki yapan bu ilaçların 4-6 hafta arasında uygulanması, gece işemelerinin %70-80'inde etkili olmaktadır. İlaç bırakıldıktan sonra kazanılan alışkanlık bozulmamaktadır (Yörükoğlu, 1983).

5. Sıvı kısıtlaması

Sıvı kısıtlanmasının da etkili olduğu kanıtlanmamıştır. Gece idrar çıkışının azaltılması tedavide dikkati çeken bir durum olmuştur. Scott ve Morrison'nun 1987'de yaptıkları bir araştırmada; geceleri dehidratasyon yaratmak için sıvı

kısıtlaması veya gündüz diüretik kullanımı uygulandıysa da bunların enürezisi önlemede düşünüldüğü kadar etkili olmadığı gösterilmiştir (Koff,1990). Yine de yatmadan bir saat öncesinden itibaren sıvı alımını azaltılması tedaviye yardımcı olacaktır. Yatmadan yarım saat önce 25 ml/kg olarak su verilen normal sağlıklı çocuklarda enüretik atakların oluşabileceğini gösteren bir çalışmada da nokturnal poliürinin enüretik atak oluşumunu uyardığı belirtilmiştir (Douglas and Douglas 1996).

II.5.2.Parmak Emme

II.5.2.1. Parmak Emme Nedir?

Parmak emme davranışı, normal çocuklarda herhangi bir psiko-patolojik etken olmaksızın 3-4 yaşlarına kadar görülen bir olgudur. (Yavuzer, 1994).

Doğumu takiben ilk 3-4 ayda normal olarak bir çocuğun yeme ve içmesi için tek yol emmedir. Birinci yılın sonuna kadar emme esas yol olarak kalır. Çocukların bu faaliyetten belli bir şekilde ve derecede zevk aldıkları görülmektedir. Emme refleksinin sıklığı değişir. Birçok çocuğun beslenme sonrasındaki emmeden yeterli kadar doygunluk elde ettikleri görülür. Ağız hayatta haz kaynağı olarak kalır. Bu faaliyet erken çocuklukta emme, çocuklukta sakız çiğnemek, tırnak ısırma, gençlikte sigara içme, öpme ve hafif ısırma şeklini alır. Çocuğun erken memeden kesilmesinin ise karamsar, sadist geç memeden kesilmesininse güvenli ve iyimser bir kişilik geliştirdiği açıklanmıştır (Yavuzer, 1997).

Başparmağın, emme objesi olarak seçilmesi muhtemelen rastlantıdır. Başparmak genç çocuğun rastgele yaptığı el hareketleriyle ağız ile temasa gelmesiyle başlamaktadır. Bu sırada faaliyet zevk verici bulunuyor ve bundan sonra da zevk kaynağı olarak devam ediyor (Çağlar, 1981).

II.5.2.2. Parmak Emme Nedenleri

İlk bir yaş içinde bebeklik dönemi içinde çocuk doğal olarak parmak emebilir. Daha çok başparmağını hatta bazen ayak parmağını bile emebilir. Bu davranışın, çevreyi tanıma ve keşfetme ihtiyacından doğduğu kabul edilebilir. Ancak bebeklik döneminden sonra görülen parmak emmenin temelinde anne-çocuk ilişkisindeki yetersizlik ve çocukta güven duygusunun yeterince gelişmemiş olduğuna ilişkin görüşler vardır (Aydoğmuş, 1993).

Eğer çocuk yürümeye başladıktan veya 1 yaşından sonrada bunu yapıyor yani parmağını emiyorsa bu çocuğun fazla yorgun, rahatsız, mutsuz, sıkıntılı, üzüntülü olduğunun belirtisidir. Çocuğun durumunun incelenmesi düzeltici tedbirlerin yalnız bir belirti olan parmak üzerinde değil bütün durumu düzeltmeye yöneltilmesi gerekir. Çünkü parmak emmenin asıl nedenleri ortadan kalkmadıkça çocuk parmak emmeye devam edecektir (Çağlar,1981)

II.5.2.3.Parmak Emme Tedavisi

Sürekli parmak emme, psikolojik sorun ve gerginliklerin bir sonucu olarak gelişebilir. Parmak emme davranışı karşısında anne-babanın yapacağı en sağlıklı yaklaşım, olayı telaşa kapılmadan sabırla karşılamak ve ilgilenmekten kaçınarak çocuğa bu alışkanlığın, bebekçe bir davranış olduğunu, başkalarının gözüne iyi görünmeyeceğini, basit bir dille anlatmaktır (Yavuzer, 1994).

Bu alışkanlığın vazgeçirmek için şiddet kullanmak, hiçbir fayda getirmez. Aile tarafından vazgeçirilemiyorsa, başka bir yerlere götürmek faydalı olacaktır (Aytuna, 1976).

Parmak emme kendi başına çocuklukta ve sonradan uyumu etkileyen bir alışkanlık değildir. Özel bir düzeltici tedbir olmayı da gerektirmez. Ancak parmak emmeye başlayan veya bunu alışkanlık haline getirmiş çocuklara bu alışkanlıkları terk etmeleri için uygun olmayan tedbirlerin, cezaların uygulanması sonucu birçok

uyum ve duygusal problemlerin ortaya çıkmasının nedeni olabilir. Basit bir alışkanlığı terk ettirmek için uygulanan metodlar durumla ilgisi olmayan yeni ve kronik bazı uyum bozukluklarına sebep olabilir (Çağlar,1981).

Küçük yaşlarda çocuklar uygun şekilde beslenmelidir. Gıda ve anne sütünün kalitesi yanında çocuğun gıda verilirken tutumuna özel bir yer ve önem vermek gerekir. Çocuk gerek anne memesinden ve gerekse biberonla beslenirken annenin göğsüne onun sıcaklığını duyacak şekilde yaklaştırılmalıdır. Bir taraftan çocuğa gıdası veya meme verilirken diğer taraftan anne çocuğa gözlerinden sıcak sevgi aktarmalıdır. Çocuğun gevsek tutulması, hırpalanarak, azarlanarak gıda verilmesi hiçbir bir anlam taşımaz (Çağlar, 1981).

II.5.3. Tırnak Yeme

II.5.3.1.Tırnak yeme nedir?

Tırnak yeme davranışı tırnağı/tırnak etini dişi ile koparma veya kemirme eylemi için kullanılan bir terimdir. Tırnak yeme davranışını; Davranış bozukluğu, uyum bozukluğu, alışkanlık, alışkanlık bozukluğu, ve duygusal davranışsal sorun diye adlandırabiliriz (Chapman, 1965; Ankay, 1998).

Kopardığı tırnağı yiyen çocuk sayısı pek azdır. Ancak hemen hemen tüm okul öncesi çocuklarında tırnak yeme davranışıyla karşılaşabiliriz. Örneğin, 3-6 yaşlarında çocuklar gelişme ve büyüme dönemindedir ve yeni olaylar ve sorunlarla karşılaşır. Bazıları bu sorun ve olaylarla başa çıkamadıklarında bunlara karşı bazı alışkanlık ve uyumsuz davranışlar geliştirirler. Tırnak yeme davranışını bu dönemde çocuklar geçici alışkanlık olarak yaşayabilirler ancak uzun süre devam ettiği takdirde bu tırnak yeme davranışını, davranış veya uyum bozukluğu diye adlandırırız (Dirin, 2003; Tuzcuoğlu ve Tuzcuoğlu, 2005). Ancak bilinmelidir ki, tırnak yeme davranışı her yaşta görülebilir (Ankay, 2005; Kapıcı, 2005).

Tırnak yeme davranışı, ruhsal gerilim, sıkıntı veya saldırganlık duygularının açığa vurulmadığı durumlarda, çocuğun kendi kendine yönelik saldırganlık dürtüsünün bir belirtisi kabul edilir. Huzursuz çocuklarda sıklıkla rastlanır (Aydoğmuş, 1993).

Tırnak yeme, daha çok sinirli çocuklarda ve dişlerin çıkmaya başladığı dönemlerde görülmektedir. 7-8 ve daha ileri yaşlarda da görülebilen tırnak yeme, özellikle çocukların ellerinde herhangi bir iş ya da oyunla uğraşmadığı zamanlarda görülmektedir (Bakırcıoğlu, 1976).

Okul öncesi dönemde çocukların yaşadığı sorunların bazıları doğaldır ve geçici olabilir. Ancak bu geçici sorunlarla bile karşılaştığında anne- babaların çocuklarına destek ve sorunu en iyi şekilde çözebilmeleri için çocuklara yardımcı olmaları önemlidir (Kapıcı, 2005).

II.5.3.2. Tırnak Yemenin Nedenleri

Bu tür bozuklukların nedenleri kesin olarak bilinmemekle birlikte birçok biyolojik, psikolojik, toplumsal ekonomik ve kültürel etmenin katkısı olabilir (Ankay, 1998)

Tırnak yeme büyük bir ihtimalle parmak emmede olduğu gibi, psikolojik çevredeki hoşnutsuzluklardan kaynaklanmaktadır. Evdeki mevcut gerilimleri azaltmaya yöneliktir (Çağlar, 1981).

Çocuk için sıkıntılı olabilecek anlarda, mutsuz hissettiren bir sorunla karşılaştığında ve çevresindeki olumsuzluklarla karşılaştığında rahatlamak için, tırnak yeme davranışına başvurabilir. Örneğin, anne babadan ayrılma, çocuğa ihmal, aile büyüğünün kaybı, ani korku, yeni kardeş, anne baba geçimsizliği, anne babanın kavgaları, babanın uzun süre seyahat etmesi, çocuklar arası ayırım, aşırı karalıcı-baskıcı eğitim, kendini ifade edememe, haksızlığa uğrayıp öfke duymasına karşın bu öfkeyi açıkça dile getirme cesareti gösterememe, devamlı cezalandırılma

Tırnak yeme davranışı, ruhsal gerilim, sıkıntı veya saldırganlık duygularının açığa vurulmadığı durumlarda, çocuğun kendi kendine yönelik saldırganlık dürtüsünün bir belirtisi kabul edilir. Huzursuz çocuklarda sıklıkla rastlanır (Aydoğmuş, 1993).

Tırnak yeme, daha çok sinirli çocuklarda ve dişlerin çıkmaya başladığı dönemlerde görülmektedir. 7-8 ve daha ileri yaşlarda da görülebilen tırnak yeme, özellikle çocukların ellerinde herhangi bir iş ya da oyunla uğraşmadığı zamanlarda görülmektedir (Bakırcıoğlu, 1976).

Okul öncesi dönemde çocukların yaşadığı sorunların bazıları doğaldır ve geçici olabilir. Ancak bu geçici sorunlarla bile karşılaştığında anne- babaların çocuklarına destek ve sorunu en iyi şekilde çözebilmeleri için çocuklara yardımcı olmaları önemlidir (Kapıcı, 2005).

II.5.3.2. Tırnak Yemenin Nedenleri

Bu tür bozuklukların nedenleri kesin olarak bilinmemekle birlikte birçok biyolojik, psikolojik, toplumsal ekonomik ve kültürel etmenin katkısı olabilir (Ankay, 1998)

Tırnak yeme büyük bir ihtimalle parmak emmede olduğu gibi, psikolojik çevredeki hoşnutsuzluklardan kaynaklanmaktadır. Evdeki mevcut gerilimleri azaltmaya yöneliktir (Çağlar, 1981).

Çocuk için sıkıntılı olabilecek anlarda, mutsuz hissettiren bir sorunla karşılaştığında ve çevresindeki olumsuzluklarla karşılaştığında rahatlamak için, tırnak yeme davranışına başvurabilir. Örneğin, anne babadan ayrılma, çocuğa ilgi-sizlik, aile büyüğünün kaybı, ani korku, yeni kardeş, anne baba geçimsizliği, anne babanın kavgaları, babanın uzun süre seyahat etmesi, çocuklar arası ayrım, aşırı koruyucu-baskıcı eğitim, kendini ifade edememe, haksızlığa uğrayıp öfke duymasına karşın bu öfkeyi açıkça dile getirme cesareti gösterememe, devamlı cezalandırılma

korkusu, boşanmalar, evlatlık olma, zekâ geriliği, öz güven eksikliği, vücut sakatlığı, kendini değersiz ve aşağı görme durumlarında çocuk tırnak yeme davranışına başvurabilir (Dirim 2003; Aydın 2003; Kapıcı 2005).

Tırnak yeme, bir güvensizlik belirtisi olarak kabul edilebilir. Aile içinde aşırı baskıcı ve otoriter bir öğretimin uygulanması, çocuğun sürekli olarak azarlanması, eleştirilmesi, kıskançlık, yetersiz ilgi ve sevgiyle sıkıntı ve gerginlik tırnak yemeye neden olan başlıca etkenler arasında sayılabilir (Yavuzer, 1997).

Araştırmalarda tırnak yeme davranışının temelinde sevgi eksikliği güvensizlik ve ilgi çekmek isteğinin yatmış olduğu yönünde sonuçlar alınmıştır. Tırnak yeme davranışı geçici olabildiği gibi, psikolojik ve sosyal nedenlerden ortaya çıkabilecek davranıştır (Tuzcuoğlu ve Tuzcuoğlu 2005).

Bunlar yanında çocuk dikkat çekmek içinde tırnak yeme davranışı gösterebilir. Ve ailede tırnak yiyen bir birey varsa o modeli taklit edebilir. Bunlar psikolojik nedenli olmayan tırnak yeme davranışdır (Aydın, 2003)

Çankırılıya (2004) göre; “tırnak yemeye” zemin hazırlayan sosyal ve psikolojik sebepleri şu başlık altında toplayabiliriz :

- Üzüntü ve sıkıntı
- Gerilim ve kaygı
- Öfke ve saldırganlık
- Korku ve endişe
- Kardeş kıskançlığı
- Değersizlik ve güvensizlik duyguları
- Aile huzursuzlukları ve iletişim problemleri

II.5.3.3. Tırnak Yemenin Tedavi

En etkili tedavi yöntemi, 3-4 yaşlarına kadar, anne-baba tarafından ~~görmeliktir~~ gelinmesidir. Çocuğun bu alışkanlığı kazanmasına neden olan etkenler

saptanarak, konuya çözüm getirilebilir. Ancak, çocuğun kendisini güvensiz hissetmesi ile bu davranış tekrarlanabilmektedir. Tırnak yemenin çirkinliği, çocuğun gururu kırılmadan uygun biçimde anlatılabilmelidir (Yavuzer, 1994).

Tuzcuoğlu ve tuzcuoğlu'na (2005) göre, çocuğa tırnak yeme davranışı gözlemlendiğinde, aşağıdaki sorular dikkate alınmalı:

- “Nezamandan beri tırnaklarını yiyor?”
- Çocuğunuzda tırnak yeme davranışı belli zamanlarda artış gösteriyor mu?
- (Cevabınız “evet” ise yoğun tırnak yeme saatlerini kaydedin)?
- Son zamanlarda çocuğunuzun yaşadığı olağan dışı bir olay var mı (hastalık vb.)?
- Aile üyelerinden birinin hastalandığı oldu mu?
- Anne ya da baba (veya sürekli sık birlikte olduğu bir yakını) evden uzaklaştı mı?
- Yeni bir kardeş doğdu mu ya da doğacak mı?
- Çocuğunuzun okulda yaşadığı bir olay var mı?
- Aile üyelerinden biriyle bir tartışması oldu mu?
- Çocuğunuzu başka çocuklarla kıyaslıyor musunuz?
- Çocuğunuzu sık sık eleştiriyor musunuz?
- Evinizde boşanma ya da eşlerden birinin evi terk ettiği oldu mu?
- Çocuğunuzun son zamanlarda başarısızlık yaşadığı bir durum oldu mu?
- Anne baba arasında sık sık tartışmalar oluyor mu? Bu tartışmalara çocuk tanık oluyor mu?
- Aileden birisi öldü mü?

Bu maddelerin bir kaçına ya da birçoğuna “evet” diyorsanız, o maddeleri dikkate almalısınız. Bunlardan biri veya birkaçı çocuğunuzdaki tırnak yeme davranışının nedenleri olabilir.

Bunlarla beraber çocuğun davranışını gözlediğinizde, tırnak yeme belli saatlerde yoğunlaşıyorsa, bu saatler kaydedilmeli ve bu saatlerin öncesi ve sonrasında çocuğun sıkılacağı bir olay olup olmadığı belirlenirse nedeni bulmak bir nebze kolaylaşır. Örneğin; ödev yapma saatinden önce, babanın eve geldiği saatlerde, kardeşine yemek yedirildiği saatlerde tırnak yeme artıyor olabilir (Tuzcuoğlu ve Tuzcuoğlu, 2005).

Bunlara bağlı olarak da çocuktaki bu davranışı ortadan kaldırmada en önemli şeyin sevgi ve bilgi olduğunu söylenebilir. Sağlıklı bir gelişmede çocuğun temel gereksiniminin sevgi ile büyümesi olduğundan tırnak yeme davranışını ortadan kaldırmada sevginin büyük bir katkısı olacağı da söylenebilir (Dirim, 2003; Kapıcı 2005; Tuzcuoğlu ve Tuzcuoğlu, 2005).

II.5.4. Enkoprezis (Altına Yapma)

II.5.4.1. Enkoprezis nedir

Çocuk kakasını tutma ve bırakma işlevini kontrol edebileceği yaşa gelmiş olmasına rağmen istemli ya da istem dışı olarak kakasını uygun olmayan yerlerde bırakma olarak belirlenen bir bozukluktur. Diğer bir ifade ile iki yaşından büyük çocuklarda dışkı kontrolünü sağlayamama durumudur. Enürezis'e göre daha ender olmakla beraber, duygusal açıdan daha ciddi bir problemin göstergesidir (Yörükoğlu 2003, Öztürk 2004).

Enkoprezis tanısının konulabilmesi için, istemsiz ya da amaçlı olarak, yineleyen bir biçimde dışkının uygunsuz yerlere yapılması en az 3 ay süreyle, ya da en az bir kez böyle bir olayın olması. Takvim yaşının en az 4 olması veya eşdeğer bir gelişim düzeyinde olması göz önünde tutulmalıdır (DSM.IV, 1994).

II.2.4.2. Enkoprezis'in Nedenler Nelerdir

Yetersiz ve gevşek eğitimin sonucu dışkı kontrolü alışkanlığı kazanılmamış olabilir. Buna birincil enkoprezis denir. Ayrıca dışkı kontrolü kazanıldıktan bir süre sonra herhangi bir sebep, stres nedeniyle dışkı kontrolü bozulabilir. Buna da ikincil enkoprezis denir. Bu durum, sonradan başlayan yatağa işeme gibi, genellikle ruhsal etkenlere bağlı olarak ortaya çıkar (Yörükoğlu, 2003; Öztürk, 2004).

Yeni bir kardeşin doğumu, anneden ayrılık, korkutucu olaylar, hastaneye yatış, anaokuluna gidiş gibi tedirgin edici durumlar çocukta gerilemeye yol açar. Bu çocukların annelerinin, temizlik ve titizliğe önem verişleri ve cezalandırıcı tutumları genellikle belirgindir.

Çocuğun dışkılama eğitimi çok baskılı bir yöntemle uygulanmıştır. Bir bakıma çocuk, bu davranışıyla, hem annesinin ilgisini çekmekte hem de ona başkaldırmaktadır. Okula giden kimi çocuğun, bütün gün dışkısını tutup da eve dönüştü kilotunu kirletmesi sık görülen bir durumdur. Bu gözlemler, dışkı kaçırmanın, kalın bağırsakta bir bozukluktan ileri gelmediğinin en açık kanıtıdır. Dışkılamamanın, yalnız evde sorun olması da, çocuğun annesiyle arasındaki bozuk ilişkiyi gösteren bir ipucudur. Gerçekten, dışkılarını tutamayan çocuklarda pek çok ayumsuzluk belirtisi gözlemlenir. Bunlar genellikle yaşlarından küçük davranan çocuklardır. Çevreye ve okula uyumları yetersiz, arkadaş ilişkileri ya kısıtlı ya da yoktur. Bağımlı ve inatçıdırlar. Açıkta saldırgan olamaz, ama tepkilerini dolaylı yoldan gösterirler. Bu çocukların anneleri, titizlikleri ve baskıcı oluşları yanında, tedirgin ve ev işlerinden yorgun düşmüş kadınlardır. Bir bölümü, kocalarının uzakta olması nedeniyle evin tüm yükünü omuzlamak zorunda kalmışlardır. Ruhsal bıkkınlık ve çökkünlük belirtileri gösterirler. Bütün sıkıntılarını, dışkısını tutamayan çocuğa yansıtır (Yörükoğlu, 2003; Öztürk, 2004).

II.2.4.3. Enkoprezis'in Tedavisi

Enkoprezis, çocuğu utandıran, benlik saygısını zedeleyen, sosyal yaşamını, arkadaş, aile ilişkilerini bozan bir belirti olduğundan sağaltımı büyük önem taşır.

Enüreziste olduğu gibi enkopreziste de ilaç tedavisi, aileye danışmanlık, psikoterapi, davranış tedavisi yöntemleri kullanılmaktadır. Dışkısını tutamayan bir çocukta, özellikle aile tutumları düzenlenerek baskıların kaldırılması, aşırı titiz tutumdan kaçınılması sağlanarak ailenin çocukla olan ilişkisi olumlu hale getirilmelidir.

Ceza ve dayığı bırakarak kesin bir tutumla çocuğun günde üç-dört kez, belirli aralıklarla, tuvalete oturması sağlanmalıdır. Yemeklerden sonra bağırsak çalışması hızlandığından, bu saatlerin seçilmesi daha uygun olur. Çocuk dirense de, anne sabırlı ve kararlı tutumunu sürdürmelidir. Buna uymazsa, oyuna çıkamayacağı veya TV izleyemeyeceği söylenerek çocuk düzene girmeye zorlanmalıdır. Bu yolla, okul öncesi çağda, eğer annenin tutumu çok katı değilse, kısa sürede dışkılama alışkanlığı sağlanabilir. İlişkilerin çok bozuk olduğu durumlarda ailenin çocuk ruh sağlığı bölümü'ne başvurması gerekmektedir (Yörükoğlu, 2003).

II.5.5. Saldırganlık

II.5.5.1. Saldırganlık nedir?

Saldırganlık, Sözel veya fiziksel bir güç harcayarak genellikle bir hedefe (kişiyi ya da nesneye) yönelten bir eylem olup, öfke, hiddet veya düşmanlık benzeri duyguların motor karşılığıdır (Başoğlu, 1998).

Genellikle doğuştan varolduğu kabul edilen bir dürtüdür. Bunun dışında çevrenin olumsuz tutum veya gereksiz engellenmeler, çocuğa yöneltilen saldırıların, çocukta saldırganlığın oluşmasına veya saldırganlık dürtüsünün beslenerek güçlenmesine neden olabilir. Bazen de bu dürtü çocuğun kendi kendine yönelir. O zamanda çocuğun kendi kendini yaralaması, öfke nöbetleri, saç koparma gibi aygıt bozuklukları ortaya çıkar, başını duvarlara vurma, başını yerlere vurma gibi eylemler de bu nedenle ortaya çıkar. Dışa dönük saldırganlıkta yemekleri atma, bebekleri dövme, oyuncakları kırma, kâğıtları yırtma, küfür etme, tepinme, vurma gibi davranışlar sık görülür (Aydoğmuş, 1993).

Saldırganlık cinsel dürtü gibi insanda var olan bir dürtüdür. İnsanın yaşaması için gereklidir. Ancak saldırgan çocuk, ruhsal sorunları nedeniyle, yaşlıları ve genel olarak çevresiyle uyumlu ilişkiler kuramayan çocuktur. Aşırı geçimsizlik, ilişkileri gergin ve sürtüşmelidir. Olağan anlaşmazlıkları bile gücüyle çözmeye çalışır. Öfkesini yenemez, hep kendini haklı çıkarmak eğilimindedir. Cezalardan etkilenmez veya bir süre etkilenmiş olur (Yörükoğlu, 1998).

Saldırgan çocuk genelde güvesiz çocuktur. Çevreden iyi bir davranış beklemediği için ilk tepkisi saldırmak olur. Başkaları saldırmadan ilk saldırıyı kendi yapar aşırı saldırgan çocuk aynı zamanda doyumsuz ve sevilmediğine inanan çocuktur. Başka bir deyişle özsaygısı azdır. Kendi görmediği hoşgörüyü başkasına göstermez. Kabadayılık gösterileri ile kendini güçlü olduğuna inandırmaya çalışmaktadır. Kendinden küçüklere karşı acımasız, kendinden güçlüler karşısında kuşkulu ve sinmiştir (Öztürk, 2006).

Gevşek bir disiplinle yetiştirilmiş bir çocuk da saldırgan olabilir. Kendine sınır konmadığı için kurallara uymak yerine herkesin kendine uymasını bekler. Saldırgan çocuğun üst benliği denetleme, dizginleme görevini yerine getirmez. Çünkü anne-babasıyla sağlıklı bir özdeşim yapmamıştır. Saldırgan çocuk kendini ailenin itilen, ezilen, aşağılanan üyesi gibi algılar. Başka bir deyişle evde ve çevrede kendini şamar oğlanı gibi görür (Yörükoğlu, 2003).

II.5.5.2. Saldırganlığın Nedenleri

Her saldırgan davranışın temelinde mutlaka bir engellemenin olduğu ileri sürülmektedir. Engellemenin saldırganlık için bir uyarıcı olduğu ve organizmayı saldırgan olmaya hazırladığı öne sürülmektedir (Worchel, 2000).

Yapılan çalışmalarda kitle iletişim araçlarının özellikle çocuklar ve ergenlerde saldırganlığı artırdığına ait anlamlı ve pozitif ilişkilerin olduğu açıkça görülmektedir (Anderson ve Bushman 2001; Dill ve Dill 1998). Ayrıca bu çalışmalar medya faktörünün saldırganlığı kısa ve uzun dönemlerde tetiklediği sonucuna da ulaşmışlardır (Silvern ve Williamson, 1987).

Öztürk (2006) ise saldırganlığın nedenlerini 7 etkene bağlı olarak açıklamıştır :

1. Ruhsal nedenler : Çocuğun aileden gördüğü sert disiplin yöntemleri ile dengesiz davranışlar, çocuğa yeterli sevgi ve ilginin gösterilmemesi, çocuklar arasında yapılan ayırım yapılması kıskançlığa yol açar dolayısı ile saldırganlığa neden olur.

Ebeveynin saldırganlığı pekiştirici davranışları: çocuğun saldırgan davranışlar göstererek istediği şeyleri yerine getirmek gibi. Bu durumda saldırganlık davranışı pekiştirilmiş olur, ya da anne baba farkında olmadan çocuğa boyun eğmiş msjını vermiş olur.

2. Organik nedenler: Bazı kuramcılar beyin merkezi sinir sisteminin ve endokrin sisteminin saldırganlığa yol açtığını öne sürmektedir. Bazı bilim adamları da beyinde saldırganlığa neden olan merkezlerin dışında beyindeki tümörlerinde saldırganlığa yol açtığını ileri sürmektedirler. Saldırganlıkla ilgili amigdalalar duyguların kontrolünden sorumlu beyin alanlarıdır. Ve libik sistemin bir parçasıdır. Saldırganlık gösteren hayvanların amigdalaları çıkarıldığında hayvanların önceki halinin karşısı bir durumun, sakinlik halinin ortaya çıktığı gözlenmiştir. Yine bu bölgede oluşmuş olan tümörlerin aşırı saldırganlığa yol açtığı belirtilmektedir. Çocuğun beyin zarının iltihaplanması gibi bir sorun yaşaması saldırganlığa neden olabilir. Böyle bir durumla karşılaşıldığında ilaç tedavisi başlanmalıdır.

3. Çocuğun şiddete maruz kalması: Çocuk şiddete maruz kalıyorsa , zaman zaman savunma refleksi olarak kendide şiddet dilini kullanabilir.

4. Saldırgan birini model alma : Bu model çocuğun kendi ebeveyni olabileceği gibi, arkadaşı , bir yakını veya TV’de bir kahraman da olabilir.

5. Aile içi tartışmalı ortam: Evdeki gerilim huzursuzluğa ve öfkeye, öfke de saldırganlığa neden olabilir.

6. Okul ortamının ve eğitim sisteminin etkileri : eğitim-öğretim alanındaki yanlışlar ve haksız uygulamalar, öğretmenlerin öğrenciler arasında ayırım

yapmaları, öğrencilerin kendi içinde değil sürekli birbirleriyle kıyaslandığı yarışmacı , kalitesiz ve ezberci eğitim, başarının düşmesine yol açan sürekli değişen eğitim programları çocukları saldırganlaştırmaktadır.

7. TV’de şiddet görüntüleri : Çocuğun seyrettiği TV programları kontrol altına alınmalıdır. Bu konuda çok çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Televizyondaki saldıranlık ile şiddet arasındaki bağlantı, artık bilinen ve kabul edilen bir saptamadır. Çocukların televizyonda izledikleri şiddet içeren filimler arttıkça akranlarına karşı daha saldırgan oldukları bulunmuştur.

II.5.5.3. Saldırganlığın Tedavisi

Saldırganlık kimi zaman psikolojik destek gerektiren kimi zaman da ebeveynin doğru tutumları ile düzelebilecek bir davranış bozukluğudur. Bu nedenle öncelikle saldırganlığa neden olan faktörler belirlenmeye çalışılmalıdır. Ebeveyn gerekirse bir uzmandan yardım talep edebilir.

Saldırganlık davranışlarının önlenmesi için çocuğun uygun istekleri yerine getirilmeli ancak her isteği yapılmamalıdır, seyrettiği TV programları kontrol altına alınmalıdır. Çocuğa sorumluluk verirken yaşına uygun olarak verilmelidir. Başarılı olduğu alanlar takdir edilmeli başarısız olduğu alanlarda zorlanmamalıdır. Aile içindeki ortamın huzurlu olmasına özen gösterilmeli ve şiddete son verilmelidir. Saldırgan davranışlar gösteren çocuğa ceza olarak dayak atılmak yerine onunla konuşulmaya çalışılmalıdır. Aile, çocuk gergin ve sinirliiyken onunla tartışmamalı sakinleşmesini beklemelidir. Ve ebeveynler iletişim kurarken ben dilini kullanmalıdırlar. Ör: “nekadar kavgacı bir çocuk oldun” yerine “kavga ettiğin zaman rahatsız oluyorum, üzülüyorum” demelidir (Öztürk, 2006).

Çocuk büyüdükçe ve geliştikçe saldırganlığı oluşturan gücü, toplumsallaşmasının kurallarıyla bağdaşır şekilde yararlı uğraş alanlarına dönüştürülmesi ve çocuğun uyumlu davranışlara yönelmesi sağlanmalıdır (Aydoğmuş, 1993).

Spora ve yarışmalara yönelen çocuk ve gençlerde saldırganlık dürtülerinin büyük ölçüde deşarj olduğunu kabul etmek gerekir (Aytuna, 1976).

II.5.6. Okul Korkusu

II.5.6.1.Okul Korkusu Nedir?

Çocuklarda okula gitmek istememe ve gitmeme durumu, bazı yazarlar tarafından okul reddi, bazıları tarafından okul korkusu olarak isimlendirilmektedir. Çocuk birden bire bir gün okula gitmek istemez. Zorlanmalar karşısında anksiyete duyar, panik içine girer, midesi bulanır, kusar, ağlar, gitmemekte direnir, bazıları zorlamalara dayanamayıp yola çıkar, ya yarı yoldan döner, ya da sınıftan çıkar eve gelir. Neden olarak, öğretmenden korktuğunu veya bir arkadaşının kendisini rahatsız ettiğini söyleyebilir. Çoğu zaman evde rahattırlar. Şiddetli vakalarda çocuklar, evde de huzursuzdurlar. Bağlı ve bağımlı oldukları aile bireyini (bu genellikle annedir) bir yere bırakmaz, peşinde dolaşırlar (Öztürk, 1969).

“Okul korkusu” yakınması önceleri okula gitmekten kaçınma ve kaygıyı içeren bir çocukluk çağı sendromu olarak tanımlanmıştır (Johnson ve ark. 1941). Günümüzde “okul korkusu” yakınması, okul reddi başlığı altında ele alınmakta ve bunaltı, depresyon gibi birçok bozuklukta saptanabilen bir belirti olarak kabul edilmektedir (King ve Bernstein 2001).

Çocukluk döneminde okul reddi/okul korkusu yakınmasının, en çok ayrılık bulantı bozukluğu(ABB) olmak üzere özgül Fobi (OF), Yaygın Bunaltı Bozukluğu (YBB), Sosyal Fobi (SF), Majör Depresyon (MD) ve Uyum Bozukluğu (UB) ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Bernstein ve ark.1997).

ABB’nda çocuk evden ya da bağlandığı kişiden ayrılmasıyla ilgili olarak, gelişimsel düzeyine göre beklenenden daha fazla kaygı yaşamakta ve ayrılma

korkusundan ötürü, sürekli olarak, okula ya da yalnız olarak ev dışında başka bir yere gitmek istememektedir (DSM-IV, 1994).

II.5.6.2. Okul Korkusunun Nedenleri

Okul korkusunun ortaya çıkmasında aile içi ilişkiler önemli rol oynar (Gordon ve Young, 1976). Evin yerini okulun, anne-babanın yerini de öğretmenin alması da önemli bir etmendir. Ayrıca okulun çocuğun gereksinimlerini anlama ve karşılamada yetersiz olması, öğretmenin sert ve tutarsız tutumları da okuldaki uyumsuzluğa neden olabilir (Salk, 1982; Özdoğan, 1986).

Okul korkusunun kaynağı genelde anneden ayrılmaktır. Bu davranış bozukluğu bir aile nevruzu şeklinde görülmektedir. Böyle aile bireylerinin birbirlerine karşı aşırı bağımlı durumları göze çarpar. Okul korkusu olan çocuk, okula gittiği zaman anne-babasına bir şey olacağından korkmaktadır. Aşırı bağımlı olan anne ve baba çocuğuna okulda bir şey olacağı kaygısını devamlı yaşarlar. Bu durumda çocuğa karşı aşırı ilgi göstermeleri sonucunda çocuk, bağımlı bir kişilik özelliği kazanarak, ileride uyum problemleri yaşayabilmektedir (Öztürk, 1997).

Okul korkusu, geliştiren çocuklar, genelde başarı kaygısı olan, uslu, uyumlu, aşırı onay bekleyen, ailesine bağımlı çocuklardır. Bu kişilik özelliklerine sahip çocuklarda tetiği çeken bir etken hastalığı başlatır (Ailede Hastalık, kardeş doğuşu, gibi). Anne ve babanın disiplin konusundaki yetersizlikleri sonucu çocuğun egemenlik duygusu artmakta ve kendi istekleri doğrultusunda davranmaya başlamaktadır. Ayrıca çocuğun yabancı bir ortama girmesi de okul fobisini başlatabilir (Yavuzer, 1994).

Yapılan çalışmalar, kaygı belirtileri ve bunaltı bozukluklarının % 40-50'den daha düşük olma kaydıyla kalıtsal olduğunu ve kaygılı çocukların kaygılı ana babalara sahip olabileceğini göstermektedir (Beidel ve Turner, 1997; Martin ve ark., 2004).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise okul korkusu olan olguların annelerinde depresif belirti puanları yüksek bulunmuştur (Yurtbay, 1997).

II.5.6.3. Okul Korkusunun Tedavisi

Okula gitmediğinden dolayı, çocuğu suçlamaktan kaçınılmalıdır. Ona bu durumun birçok çocukta görüldüğünü, tedavi edilebileceği anlatılmalıdır. Onun güvenini kazandıktan sonra her ne şekilde olursa olsun, okula gitmesi gerektiği, zaman geçerse, bu korkuya derslerden geri kalmış olma korkusunun da ekleneceği söylenir. Okula ailesinden birisiyle gitmesi, çıkışa kadar onunla beraber okulda kalması istenir. Bunun için okulla işbirliği sağlanmalıdır. Bir yandan da çocuğun bireysel tedavisi; davranış ve oyun tedavisi ile sürdürülür. Aile tedavisinde ailedeki kronik anksiyete, bağılılık, bağımlılık konuları ele alınır. Yaş, ne kadar küçük ise tedaviye yanıt o kadar iyidir ve kısa sürede çocuk okula döner (Öztürk, 1969).

Okul korkusu çocuğun okuldan, sosyal faaliyetlerden, uzaklaşmasına neden olduğundan, çocuğun akademik ve sosyal gelişimi önemli derecede etkilenmektedir. Bu durum egemenlik çağlarında da devam ederse, çocukta ağır kişilik bozukluğuna neden olacağından, erkenden tespit edilip, tedaviye gidilmelidir (Yavuzer, 1994).

II.2.7. Tikler

II.2.7.1. Tik Nedir?

Tikler, bir kas grubunda yinelenen, istemsiz hareketlerle belirtilen bir bozukluktur (Öztürk, 1969).

Tikler motor ya da vokal kasların istemsiz kasılmaları sonucu ortaya çıkan; ani, aralıklı, ritmik olmayan istemsiz hareketlerdir (DSM-IV, 1994). Motor tikler, göz kırpma, baş sallama, omuz silkme gibi basit hareketler olabileceği gibi birçok istemsiz hareketin aynı anda ortaya çıktığı kompleks tikler de olabilir. Vokal tikler de

basit boğaz temizleme sesinden karmaşık sesler çıkarmaya, çeşitli konuşma bozukluklarına kadar değişiklik gösterir (Leckman&Cohen, 1992).

Tikler genellikle iç gerilimlerin ya da çatışmaların öncüleri ya da açık belirtileridir. Bazen çocuk, her boynunu silkişle, kaşlarını, gözlerini oynatışta iç yaşamdaki bir gerilimden kurtulma çabası içinde olduğunu açıklayabilir (Yavuzer, 1994).

Sık sık göz kırpmak, omuz silkme, kuru öksürme gibi tikler, yani istem dışı sinirli hareketler her yaşta olabilir de özellikle 9-10 yaşlarında çok görülür. Özellikle anne-babaları sert olan hassas çocukların tiklere eğilimleri vardır (Doğramacı, 1984).

Tiklerin her çocukta oluş şekli ve sayısı bakımından farklılık vardır. Genellikle,

1. Gırtlak temizlemek için yapılan hareketler,
2. Ağız ve dudak hareketleri,
3. Göz kırpmak, kaş oynatmak,
4. Burun çekmek,
5. Hızlı hızlı nefes almak.
6. Ses çıkarmak.
7. Boyun adalelerini kasmak.
8. Burun kanatlarını oynatmak.
9. Parmak çıtlatmak, kolları germek, omuz silkme,
10. Baş oynatmak, baş sallamak.
11. Atlamak, sıçramak,
12. Karın adalelerini gerip bırakmak gibi şekilleri vardır.

Çocukta bazen bu tiklerin birden fazlası bir arada bulabilir. Çocuk bir süre sonra bunların şeklini değiştirir (Yavuzer, 1984).

II.5.7.2. Tiklerin Nedenleri

Tik, genellikle erkek çocuklarda ve erken yaşlarda başlayarak, ruhsal nedenlerle ortaya çıkar. Tiki olan çocukların genellikle yetenekleri üstünde zorlanan, sürekli kardeş ve arkadaşlarıyla kıyaslanan, yeterli ilgi ve sevgi içinde büyümeyen, aşağılanıp, hor görülen çocuklar oldukları dikkati çeker. Bu tür aile ortamlarında, aile içinde gerginliğin egemen olduğu anne-baba ve çocuklar arasında yeterli bir duygusal ve toplumsal iletişimin bulunmadığı görülür. Tiklerin en önemli nedenlerinden biri de taklittir. Çocuğun başka birini sık sık taklit etmesi sonucu tekrarlama yoluyla kendinde bir tik gelişebilir (Yavuzer, 1994).

Bu nedenler dışında kalan ve genel olarak tiklerin ortaya çıkmasında rol oynayan ruhsal etkenlerin başında, erken yaşlarda başlayıp ve sürüp giden korku, tedirginlik, kaygı, gerginlik vardır. Çocuklarda görülen diğer davranış bozuklukları gibi tikler de çocuğun duygusal durumu, ana, baba ilişkileriyle yakından ilgilidir. Yaşadığı çevre kavgalı, tedirgin ve güvensiz olan çocuklarda başka bir deyişle sürekli olarak çevresiyle çatışma içinde bulunanlarda birden olan aşırı korku, coşkunsuluk, yorgunsuluk, öfke, acı gibi durumlar tik yaratabilir (Köknel, 1992).

Geçici tiklerin oluş nedenleri arasında daha çok çevresel faktörler ve stres yer alırken yapılan araştırmalar kronik motor tiklerin görülmesinde psikolojik faktörlerin yanında genetik ve çevresel faktörlerin yer aldığının önemini ortaya koymaktadır. İkiz çalışmalarında ve aile çalışmalarında elde edilen genetik faktörlerle ilgili kanıtlar, özellikle tourette sendromunda olmak üzere, tik bozukluklarında aile içinde vertikal geçişin rol oynadığını ortaya koymuştur (Leckman&Cohen,1992).

II.5.7. 3. Tiklerin Tedavisi

Çocukta tik görüldüğünde bir pedagog ya da ruh hekimine gidilerek bu etkenler çıkarılabilir. Tiki oluşturan nedenler, ruhsal kökenli ise, çocuklara oyun terapisi, psikoterapi ve davranış terapisi uygulanır. Ayrıca aileyle danışma da yapılabilir. Çocukla psikoterapi yapılırken, çocuğun tikine sebep olabilecek durumlar

gözlemlenir ve çocuğun bunların farkına varması sağlanır. Çocuğun benlik saygısını korumaya çalışarak, gereken psikolojik terapi uygulanır (Yavuzer, 1994).

Hastanın başta ailesi ve okulu olmak üzere yakın çevresinin tikler hakkında eğitilmesi, tiklerin 'inadına' davranışlar olmadığını öğrenmek, çocuklarının genetik geçişli bir nöropiskyatrik hastalığın etkisiyle böyle davrandığını kabul etmek aileleri ve öğretmenleri rahatlatarak, beklentilerini olumlu yöne çeker. Öğretmenleri hastalık hakkında bilgi kazanmaları, çocuğun sınıfta yetersiz tepkilerle karşılaşılmasını önleyerek sınıftaki durumunu düzeltir (Güleç ve Koroğlu, 1998).

Tikler dikkat çekildikçe, artış gösterir. Çocuğun tiklerini kontrol etmesi istenirse, çocuk zorlanabilir ve gerginlik duyabilir. Bu durumda olumsuz etki yaparak, tiki çoğaltabilir. Tikler genellikle ergenlik çağından önce düzelmeye başlar. Eğer herhangi bir düzelme olmuyorsa, ailenin çocuğa karşı, olumsuz tavır takınmaması gerekir. Çocuğun benlik saygısını zedeleyecek davranışta bulunmaları, çocuğun ruh sağlığı açısından, faydalı olacaktır (Yörükoğlu, 1983).

İlaç tedavisi

Haloperidol; yaklaşık 30 yıldır tiklerin tedavisinde başarı ile kullanılmaktadır. Düşük dozlarda etkilidir. Günde 0.5 mg ile başlanıp, yavaş yavaş doz artırılmalıdır. Olguların %86'sında düzelme sağlanmaktadır. 3 yaşından önce önerilmemektedir. Günlük doz 10-12 yaş arasında 0.05-0.075 mg/kg. adolesan ve erişkinlerde ise 3-4 mg'dir. Doz gerektiğinde 10-15 mg'a çıkarılabilir. Günde 0.05 mg artırılarak tedavi dozuna ulaşır. Tedavi esnasında aile ilacın yan etkileri konusunda uyarılmalı, antikolijenik ajan pek kullanılmamalıdır; gerekirse difenhidramin veya benztropin önerilebilir. Ekstrapiramidal sisteme olan yan etkileri dışında anlama kabiliyetinde azalma, okul performansında bozulma, öğrenme zorlukları da ortaya çıkabilir (Shapiorove ark.,1989; Yüksel, 1998).

Pimozid : haloperidole üstünlüğü tam olarak gösterilmemiş olmasına rağmen tik ve tourette sendromunda etkinliği bilinen bir ajandır. Etki şekli postsinaptik dopamin rejektör blokajı ve kalsiyum kanallarının blokajı şeklindedir. Tedaviye

1mg/gün ile başlanır. Doz klinik endikasyona göre yavaşça yükseltilir, çocuklarda 6-10 mg/gün'e (0.2 mg/kg), erişkinlerde ise 20 mg/gün'e çıkarılabilmektedir. Yarı ömrü uzun olduğu için günde tek doz kullanılabilir (Yüksel 1998; Shapiorove ark., 1989; Salle,1996).

II.5.8. Kekemelik

II.5.8.1.Kekemelik nedir?

Kekemelik, yaşına ve lehçesine uygun gelişimsel olarak çıkartması beklenen konuşma seslerini çıkartamaması, konuşmanın olağan akıcılığında ve zamanlama örüntüsünde bozukluk olması durumudur (D.S.M. IV, 1994).

Tanım olarak üç tür kekemelikten söz edilir (Güleç ve Köroğlu, 1998):

- 1. Kronik kekemelik:** Spazmodik olarak harf ya da hece yinelenir.
- 2. Tonik kekemelik:** Sesin kesilmesidir.
- 3. Diğer kekemelikler:** Palialik (söylenecek kelimeyle ilişkisi olmayan harf tekrarı) ve atonik kekemelik (ses çıkarmanın aniden kesilmesi)dir.

Hastalık genellikle 12 yaşından önce çoğunlukla 2-7 yaşları arasında başlar. 2-3 yaşları arasında başlayan kekemelikler genellikle geçici olmaktadır. Çocuklarda düşünce hızının konuşma hızını geçtiği bu yaşlarda henüz yetersiz konuşma ile düşünce ifade edilememekte bu nedenle konuşma bozukluğu ortaya çıkmaktadır. Buna fizyolojik kekemelik denir. Bu durum her çocukta görülmemekte, ancak konuşma bozukluğuna yatkın olan çocuklarda rastlanmaktadır (Öztürk, 1969).

Kekemeliğin ruhsal durumlarla yakın ilgisi olduğu çeşitli gözlemlerle belirlenmiştir. Nitekim, kekemelikte gırtlak, ses telleri, ağız veya dil gibi konuşmayla ilgili organlarda hiç bir bozukluk saptanmamıştır (Yörükoğlu, 1998).

Bozukluğun şiddeti, kişinin içinde olduğu duruma göre değişir. Kekemelik stresin yoğun olduğu durumlarda artar. Konuşma çok yavaş veya çok hızlı olabilir. Genellikle, şarkı söylerken ve şiir okurken kekeleme olmaz. Ağır durumlarda tekrarlayan vücut hareketleri, konuşmaya eşlik eder. Örneğin, elini, dizini, masaya vurma gibi (Öztürk, 1994).

Kekelemeye kötü bir huy diye bakmak yanlıştır. Bir hastalık, hiç değildir. Kekeleme, bir belirtidir. Temelde yatan hastalık, bir korku nevrozudur, kekeme de bu nevrozun psikosomatik belirtisidir (Zulliger, 1991).

II.5.8.2.Kekemelik Nedenleri

Çeşitli varsayımlar olmasına karşın, bozukluğun oluş nedeni bilinmemektedir. Psikojenik, organik, genetik ya da çevresel bir kaç etkenli bozukluk olduğu kabul edilmektedir (Güleç ve Köroğlu, 1998).

Kekeleme olan çocukların annelerinin aşırı titiz düzen düşkünü mükemmellik peşinde kişiler olduğu ileri sürülmektedir. Böyle anneler çocuklarını katı kurallara sokmaya çalışırlar. Çocuk için ulaşılması güç standartları vardır. Annelerin beklentisi okadar gerçek dışıdır ki, çocuk nekadara çabalasa anneyi memnun edemediğini görür. Böyle bir durumda konuşma ve sözel ifade saldırganlık aracı olarak algılanmakta ve kekemelik olarak görülmektedir.

Konuşan çocuğu sürekli eleştirmek, hatalarını düzeltmek kekemeliğe neden olabilir. Çocuğun düzgün konuşmadığını gören anne müdahale eder, sabırsızlanır veya endişelenirse geçici olması muhtemel olan kekemelik çocukta yer eder. Ailenin tutumunu yumuşatması ve çocuğun kendini ifade etmesine yardımcı olması en iyi çözümdür (Yörükoğlu ve Akyıldız, 1971; Ackerman ve Kappelman, 1984).

Bazı araştırmacılar ise, kemeliğin başlamasında aşağıdaki sebepleri sorumlu tutmaktadırlar (Yavuzer, 1984).

- a) Çocuğun zekâsının yeterli olmayışı ve daha zor ve yetersiz öğrenmesi,
- b) Hareket artması, huzursuzluk ve kelimelerin mafsallaşmasındaki zorluklar.

- c) Çocuğun başarılı olması için çevresinden ve özellikle ana-babasından gördüğü zorlanma, buna karşı, çocukta sıkıntının geliştirilmesi
- d) Sol elini kullanmak üzere yaratılmış olmasına rağmen, çocuğun ille de sağ elini kullanması için zorlanması.
- e) Ana-babanın aşırı mükemmeliyetçi bir karakterde olması, hoşgörü eksikliği, gereğinden fazla bir disiplin uygulanması. Kekeme çocukların ailelerinde, ana-babalarının aşırı titiz ve kuralcı olduğu gözlenmiştir. Bu ana-babaların çocuklarından beklentileri çok yüksektir. Çocuğu sürekli denetim altında tutarlar. Konuşmasına aşırı önem verirler (Yörükoğlu, 1988).
- f) Belirli bir sosyal çevre

Kekemeliğin başlamasında korkunun da büyük rolü oynadığı bildirilmektedir. Halk arasında da bu kanı yaygındır. Aileler, daha sorulmadan “hiç bir şeyden de korkmadı ki, niye oldu anlayamadım” diye dile getirmektedirler (Öztürk, 1969).

Okula başlama, birçok durumda kekemeliğin başlamasıdır. Bazı çocuklar uzun süre yeğlerler, bazıları ise bozukluğa karşı, konuşmayı sürdürürler. Aile ve ikiz çalışmalarında bu çocukların akrabaları arasında kekemelik oranının %12-19 gibi genel topluma göre, 23 kat daha fazlası oranlarda bildirilmesi, bozukluğun nedenlerini açıklamada kalıtım etkisi olacağını göstermiştir (Güleç ve Köroğlu, 1998).

II.5.8.3. Kekemelik Tedavisi:

Kekemeliğin tedavisinde ilk önce bireyle görüşülerek onun psikolojik durumu hakkında bilgi edinilir. Kekemeliğin altında yatan psikolojik faktörler ortaya çıkarılarak buna yönelik tedaviler uygulanır (Yörükoğlu, 1988).

Ailenin aşırı titiz, düzenli, denetimci ve kuralcı tutumu gevşetilmelidir. Psikoterapi 8-9 yaşlarından küçüklerde oyun, daha büyük çocuklarda konuşma yoluyla uygulanır. Kekemelik tedavisinde amaç, yalnız kekemeliğin geçmesi değildir. Çünkü kekemelik, inatçı ve süregen bir belirtidir. Toplum içinde çocuğu güç durumda bırakır, çocuğun benlik saygısını zedeler. Tedavinin esas amacı, benlik

saygısını korumaya yönelik olmalıdır. Genellikle bu çocukların önemli olumlu özellikleri vardır. Bunları bulup, çıkarıp, dikkatini ve ilgisini bu olumlu yönlerine çevirerek, kekemeliğine önem vermemesi, öğretilmelidir. Verilen önem azaldıkça kekemelik de giderek hafifler. Konuşma tedavisi 6-7 yaşından büyük çocuklarda en etkin tedavi yöntemidir (Öztürk, 1969).

Ruhsal sağaltım çabalarının konuşma araştırmalarıyla bir arada yürütülmesinin pek çok vakada yerinde bir davranış sayılacağı kuşkusuzdur (Zulliger, 1991).

Kekeme çocukların kendilerine göre bir psikolojileri vardır. Bu çocuklar, özellikle kendi kekemeliklerinden, etkilenirler. Dikkatleri kendilerine dönük olur. Özellikle kendi seslerini ve konuşmalarını takip ederler, grup içinde oldukları zaman huzursuzluk ve sıkıntıları ve konuşmalarındaki tutukluk daha da artar. Oyunlara iştirak etmez ve yalnızlığı seçerler. Alıngan, inatçı ve karşı çıkıcı olur. Bu huyları ile ebeveynleri ile aralarındaki gerginlik ve sürtüşme giderek artar. Sabırlı ve düzenli bir tedavi, hoşgörü bu konuşma kusurunun önemli ölçüde düzelmesini sağlar (Yavuzer, 1984).

Çocuğun düzgün konuşması için sürekli zorlanmaması, konuşurken, sabırla dinlenilmesi, konuşmasının kesilmemesi, zaten kolaylıkla oluşan yetersizlik duygusunu pekiştirici tutumlardan (alay etme, utandırma, zorlama gibi) kaçınılması gerekir (Öztürk, 1969).

II.5.9. Yalan Söyleme

II.5.9.1. Yalan Söylemek Nedir

Bir hatayı gizlemek amacıyla gerçeğe uygun olmayan şeylerin söylenmesidir. Bu girişim, sözle olabildiği gibi jest, yazı ve susmayla da olabilir.

Yaşamın ilk 5 yılında çocuğun yalan söylemesi konusunda endişe etmeye gerek yoktur. Gerçeğe sadık kalma çocukta giderek gelişen bir durumdur. Çocuğun gerçeğe sadık kalması konusunda ısrar etmek ve çocuğa yalan söylediğini kanıtlama girişiminde bulunmak yanlıştır. Çocuk, açıkça anlaşılan bir yalan söylediği zaman, endişeyle karşılanmamalıdır. Ancak, çocuk 4 yaşına geldiği zaman, yalan salt övünmekten öte bir amaçla söylenmişse, düş gücü ürünü ya da bir şaka değilse, o zaman annenin çocuğa, eğer doğruyu söylemezse, ona ne zaman inanabileceğini söylemesi yeterlidir. Sert cezalar suçlanmadan kaçmak için çocuğun yalan söylemesine yol açar (Illingworth ve Illingworth 1977).

II.5.9.2. Yalan Söyleme Nedenleri

Bu alışkanlığın her şeyden önce, çocuğun aile çevresinde ve ailede aldığı eğitimle bir münasebeti vardır. Bilhassa aile çevresinde çocuğun aşırı bir baskı altında tutulması isteklerinin gizli kapalı yollardan ve büyüklere sezdirmeden doyurmak zorunda kalması, yalancılığı kolayca geliştirir. Çocuk, devamlı yakalanma, azarlanma ve cezalandırılma tehlikesi içinde olduğundan, yalan, onun tek korunma silahıdır (Enç, 1978).

Okul çocuğunun yalan söylemesi anne-baba ve öğretmeni haklı olarak kuşkuya düşürebilir. Yalancı çocukların büyük bir kesimi korkudan ve fazla baskı altında bulunduklarından yalan söylerler. İsteklerini, açığa vurma güdüsü, başkaları tarafından beğenilme isteği, cezadan kurtulma çabası çocukları yalana iten nedenlerdir (Doğramacı 1984).

Bazen de çocuk kendisine fazla karışılması nedeniyle, yalan söyler. Bu durumda, hata yetiştirilmiştir. Eğitici, çocuğun dünyasına ait her şeyi öğrenmek ister. Bu davranış, çocuğa zayıflığıyla alay edilmiş izlenimini verir. Kendince karşılık vermek için yalandan yararlanır (Yavuzer, 1994).

Bunlardan başka büyükler hareketleriyle çocuğu yalana teşvik ederler ve alıştırırlar. Birçok ana-babalar, çocuklarının yapışkanlığından kurtulup, hareket sözcüklüklerini elde etmek için yalan söylemekten çekinmezler. Sinemaya ya da

ziyarete giderken, dişçiye, doktora gidiyoruz, derler. Bir kaç saat sonra da gerçeği ağzından kaçırırverirler. Böylece, çocuk hem ona karşı güvenini kaybeder, hem de işine yarayacağı zaman kendisinin de yalan söyleyebileceğini öğrenir. Baba ya da annesinin kötü bir teşvik edici olduğu görülmektedir (Enç, 1978).

Bunun yanı sıra, iyi gelişmemiş ahlak bilinci ve grup içinde statü kaybetme endişesi bazen çocuğun içinde bulunduğu bazı durumları utanç verici gibi gösterebilir. Örneğin, ailenin fakirliği, cinsel konular üzerinde bilgi eksikliği gibi. Çocuk bu dudumda ailesinin geçim sıkıntısı yokmuş gibi tanıtır. Cinsel konuların kendisi için bir sır olduğunu söyler (Yavuzer, 1994).

II.5.9.3. Yalan Söylemenin Tedavisi

Doğruyu söyleyince azarlanmayacağına ve ceza görmeyeceğine inanan çocuk yalan söylemeyecektir. Çocuğun yalanıyla büyüğün yalanını ayırmak, aynı ağırlıkta görmemek gerekir. yalan söyleyen çocuğu suçlamak cezalandırmak yerine ona yardım etmek, neden yalan söylediğini keşfetmek ve bu nedeni ortadan kaldırıp iç huzuru sağlamak gerekir. haklı olduğu, doğruyu söylediği zaman övülmelidir. Bu tavır çocuğa doğruyu sevdirecektir (Doğramacı 1984).

Yetişkinler çocuğa iyi birer örnek olmalı ve davranışlarında, çocuklarında görmek istedikleri hatalara yer vermemelidirler (Yavuzer, 1994).

Babası hesabına yalan söylenen bir çocuk, babasına aynı silahla mukabele edince şaşmak yersiz olur. Bir taraftan çocuklarına günlük hayatları için kötü örnekler veren ana-babanın, diğer taraftan işlerine gelmediği vakit, yalanın kötülüğü hakkında vaazlar vererek onları doğruluğa alıştırmaya kalkmaları, etkisiz kalır. Çocuk, belirli davranış şekillerini soyut, törel konferanslarda öğrenmez, kendine verilen örnekleri taklit yoluyla davranış şeklini tekrarlama yoluyla öğrenir (Enç, 1978).

II.5.10. Çalma- Hırsızlık Yapma

II.5.10.1. Çalma- Hırsızlık Yapma nedir?

Çalma olayı, 5 yaşına kadar bir sorun oluşturmamaktadır. Her çocuk nesnelere sahip olmanın anlamını ve başkalarına ait olan şeyleri alamayacağını öğrenmelidir. Bunu öğretmenin en iyi yolu, çocuğun kendisine ait eşyaları almasını sağlamak ve yeterince büyüyünce kendisine harçlık vermektir (Yavuzer, 1994).

Çocukta gerçek çalmadan söz edebilmek için, çocuğun en azından 7-8 yaşını geçmiş olması gerekir. Hırsızlığa karşı eğilim her zaman kusurlu bir eğitim sonucu çocuklara aşılanmaktadır. Ne var ki, bu çocuklarda da çalıp çırpma temel hastalık, temel durum değil, hastalığın dışı vurulmuş bir belirtisidir (Zulliger, 1991).

Çalma hastalığının bilimsel adı olarak bilinen, kleptomani terimi parasal değeri ile ilişkisiz biçimde ve gereksinim duyulmadığı halde tekrarlayıcı biçimde nesneleri çalma dürtüsünün engellenememesini ifade eder (DSM-IV, 1994).

Kleptomani genellikle geç ergenlik döneminde başlayan ve uzun yıllar devam eden bir bozukluktur (Goldman,1991; Mc Elroy ve ark. 1991).

II.5.10.2. Çalma- Hırsızlık Yapma Nedenleri

Yinelenen çalmaların en önemli nedeni, çocuğun doyumsuzluğunda aranmalıdır. Doyumsuzluk, çok çeşitli durumlarda ortaya çıkabilir. Kısa süreli ya da uzun süreli olabilir. Yeni bir kardeşin doğumuyla pabucunun dama atıldığını sanan çocuk, kısa süre için annenin çantasından para aşırabilir. Bu davranış, kendisini yüzüstü bırakan anneye karşı bir öç almadır. Sevilmeyi ya da ana-babasının sevgisini yitirdiğini sanan çocuk, çeşitli yollardan bu sevgiyi geri getirmeye çalışır. Olumsuz biçimde de olsa ilgisini üstüne çekmeye uğraşır (Yörükoğlu, 1989).

Çocuk hırsızlıklarının diğer bir çağı da yeni bir heyecan verici tecrübeler yaşamak, çevresini atlatarak bir üstünlük ya da hâkimiyet duygusu elde etmek için

işlenir. Çocuk ve gençlerde bu isteklerin doyurulması doğal ruhsal bir ihtiyaçtır ve davranışlarının birçoğu bu ihtiyaçları doyurmak istikametine yöneltilmiştir. Bu istekler, organize edilmiş faydalı bir takım eğitsel faaliyetlerle, beğenilir, kanallara akıtılmadığı takdirde çocuk bunu komşusunun bahçesinden, meyve, pastacı dükkanından çörek, otellerden havlu ve terlik aşırarak suretiyle tatmine kalkışır. Bir nevide hırsızlıklar genel olarak grup halinde işlenir ve çokluk, çalınan eşya ile herhangi bir ihtiyacı kapatmak, bahis konusu değildir. Çocuk ve gençlerin hırsızlıklarının bir kısmının da ana-baba baskısına karşı sembolik bir isyan hareketi diye manalandırmak mümkündür (Enç, 1978).

Çocuğun temel ihtiyaçlarının karşılanmaması durumunda da çocukta çalma davranışı görülür (Ayık, 2004).

II.5.10.3. Çalma- Hırsızlık Yapma Tedavisi

Çocuklara bazı isteklerini kontrol etmeyi öğretmek, bu konuda onlara ciddi bir biçimde yardım etmek, toplumsal değerler olarak mülkiyet kavramını ve başkalarının ve başkalarının mülkiyet haklarında saygı oluşturmak, onlara verilmesi gereken eğitsel bilgilerin başında gelmelidir. Bundan başka, çocuklara 7-8 yaşlarından itibaren, düzenli olarak harçlık verilmesi, eğitimsel planda önem taşır. Harçlık yaşa, ekonomik olanaklara ve koşullara göre değişir. Bunun yanı sıra, ana-babalar, başkalarının haklarına saygılı bireyler olarak, çocuklarına iyi örnekler sunmalıdırlar. Ana-babalar sağlıklı örnekler olmadıkları sürece bu doğrultuda alınacak önlemlerin yararı yoktur. Anne ve babanın davranışları, dengeli ve tutarlı olmalı, aşırı sevgi ya da katı bir otorite üzerine kurulmamalıdır. Ana-babalar, çocuklarını özerk davranıştan yoksun bırakmamaya özen göstermelidirler. Ana-babanın verdiği ahlaki özellikler, onun kavrayıcı yeteneklerinin sınırlarını aşmamalıdır. Tedavi yönetimde ana ilke, benliği güçlendirmeye, benliği zayıflatan iç çatışmaları açığa çıkarmaya dayanır. Böylelikle bu davranışlar, yerini toplumca kabul edilmiş uyumlu davranış biçimlerine bırakır (Yavuzer, 1994)

Kleptomaninin tedavisi konusunda da yeterli bilgi ve kontrollü çalışmalar yoktur (Chong&low, 1996; Drust ve ark., 2001; Kozian&Otto, 2003).

Psikodinamik yaklaşımlar, davranış terapisi denenmiş, değişken sonuçlar bildirilmiştir. Bilişsel davranışçı tekniklerin yararlı olabileceğini gösteren çeşitli olgu bildirimleri mevcuttur (Burt&Katzman, 2000; Drust, 2001). Ancak elde edilen sonuçlar kanıta dayalı değildir. Bazı olguların tedavisinde elektrokonvülsif terapiye yanıt alındığı bildirilmiştir (Burt&Katzman, 2000).

Olgu sunumları kleptomaninin ve diğer dürtü kontrol bozukluklarının farmakolojik tedavisinde antidepresanların ya da duygu durum düzenleyicilerin yararlı olabileceğini ortaya koymuştur. Çeşitli çalışmalarda trazodon, fluoksetin, fluvoksamin, nortriptilin, klomipramin, amitriptilin, sitaloqram gibi antidepresanlar; olanzapin, risperidon, ketiyapin gibi antipsikotikler ve valproat, lityum gibi duygu durum düzenleyici ilaçların kullanımı ile düzelmeler görüldüğü bildirilmiştir (Chong &Low1996; Figgitt&McClellan,2000; Grant,2002).

II.5.11. Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu (D.E.H.B.)

II.5.11 1. D.E.H.B. nedir?

DEHB çocukluk döneminin en sık ruh sağlığı başvurularından biridir (Zarin ve ark., 1998). Sağlıklı bir çocuğun hareket etmesi kadar tabii bir şey olamaz. Ancak kimi çocuk vardır ki, bu olağan canlılığın çok ötesinde bir hareketlilik içerir. Bu özelliklere sahip olan çocuklara hiperaktive çocuklar denir.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu aşırı hareketlilik, dikkat sorunları ve istekleri erteleyememe (dürtüsellik) belirtileriyle ortaya çıkan bir psikiyatrik bozukluktur. Bir çocukta gençte ya da erişkinde ortaya çıkan bir psikiyatrik bozukluktur. Bir çocukta, gençte veya erişkinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu var diyebilmesi için bu belirtilerin yedi yaşından önceden beri bulunması normal bir kişide olandan çok daha şiddetli düzeyde görülmesi gereklidir. Yani aşırı hareketlilik, dikkat dağınıklığı ve isteklerini erteleyememe belirtileri kişinin günlük yaşamını etkileyecek boyutta olmalıdır (Ercan ve Aydın 2003).

Bu çocuklar, bireysel katılım gerektiren etkinlikleri sürdüremezler ve bir işi tamamlamadan diğerine geçme eğilimi ile birlikte düzensiz, denetimsiz, aşırı hareketlilik gösterirler. Dikkat eksikliği, işleri bitirmeden bırakma ve görevleri erken terk etme şeklinde görülür. Aşırı hareketlilik ise sakin olmayı gerektiren durumlarda aşırı huzursuz olma şeklindedir ve duruma bağlı olarak çevrede koşma ve atlama, oturması gerektiğinde oturamayıp kalkma, kıpırdanıp durma şeklinde olabilir. Bu sorunlar genellikle okul yaşamı boyunca ve hatta erişkin yaşamında sürse de genellikle hareketlilik ve dikkatle ilgili yavaş bir düzelme gösterirler. Erişkinlerle ilişkilerinde sosyal sınırları bilmezler diye çocuklarla ilişkilerinde ise pek sevilmezler ve yalnız kalırlar. Bilişsel yetmezlik, motor ve dil gelişimine özgü gecikmeler de sıklıkla görülür (Güleç ve Köroğlu, 1998).

Dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik-dürtüsellik sorunları ayrı ayrı olarak da ele alınmaktadır. Çünkü bazı çocuk ve gençlerde her iki sorun gurubu bir arada bulunurken, bazılarında sadece dikkat sorunları , bazılarında sadece aşırı hareketlilik-dürtüsellik sorunları bulunmaktadır. Yani dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (D.E.H.B.) olan çocuklar üç ayrı grupta yer almaktadır;

A. Hem dikkat hem aşırı hareketlilik-dürtüsellik sorunları olanlar.

B. Sadece dikkat sorunları olanlar.

C. Sadece aşırı hareketlilik-dürtüsellik sorunları olanlar (Ercan ve Aydın 2003).

1. Aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtileri

a. Aşırı hareketlilik

- Çoğu zaman elleri ayakları kıpır kıpırdır. Ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda olduğu yerden kalkar.
- Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde özel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).

- Çoğu zaman, sakın bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
- Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.
- Çoğu zaman çok konuşur.

b. Dürtüsellik

- Çoğu zaman sorulan soruların soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır.
- Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.
- Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer. (ör. Başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar) (Ercan ve Aydın, 2003).

2. Dikkat eksikliği belirtileri

- Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar.
- Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınıktır.
- Doğrudan kendisiyle konuşulduğunda dinlemiyormuş gibi davranır.
- Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz.
- Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.
- Çoğu zaman sürekli mental (beyinsel) çabayı gerektiren görevlerden kaçınır bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdirler.
- Çoğu zaman üzerine aldıkları etkinlikleri ya da görevler için gerekli olan şeyleri kaybederler (ör. Oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç- gereçler).
- Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağınıktır.
- Günlük etkiliklerde çoğu zaman unutkanlıktır. (Ercan ve Aydın,2003).

Yukarıda sayılan her bir gruptaki belirtilerden 9'unda 6'sı çocukta varsa dikkat eksikliği hiperaktivite ve dürtüsellik sorunlarından birinin olabileceğini düşünülebilir. Ancak göz önünde bulundurulması gereken bir şey de bu belirtilerin ne zamandan beri var olduğudur. Ve ne kadar bir süre devam ettiğidir. Bu tanıyı koyabilmek için yedi yaşından önce başlamış olması ve altı ay süreyle devam etmiş olması gerekir.

II.5.11.2. Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğunun Nedenleri

Bilim adamları bu güne kadar yüzyıllar boyu dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun beyindeki bir gelişim bozukluğu ve yaralanma sonucu geliştiği yönünden kuşku duymuşlardır. Bunun en önemli nedeni, beyinlerinin “fronatal bölge” denilen ön kısmında hasar olan çocukların DEHB belirtilerine benzer davranışlar göstermeleridir. Ancak 1970'li yıllardan beri yapılan çalışmalarda DEHB olan çocukların %95'inden fazlasında herhangi bir beyin zedelenmesinin bulunmadığının gösterilmiş olması DEHB'nun beyin zedelenmesi sonucu geliştiği düşüncesinden uzaklaşmasına yol açmıştır.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu da diğer birçok psikiyatrik ve tıbbi hastalıklar gibi nasıl ortaya çıktığı tam olarak bilinmeyen bir bozukluktur. Psikiyatrik bozuklukların pek çoğunda olduğu gibi D.E.H.B de biyolojik , psikolojik ve sosyal etkenlerin çeşitli oranlarda etkileşimiyle oluşur. Bu güne kadar elde edilen bilgiler de biyolojik etkenlerin en önde olduğunu bunun yanında kalıtımın da etkisi olduğunu göstermektedir.

Dr. Daniel Amen ve ekibi yaptıkları çalışmalarda DEHB'nun nörobiyolojik temelleri olan bir hastalık olduğunu, bozukluğa sahip olan bireylerin normal insanlardan farklı işleyişi olan bir beyine sahip olduklarını göstermiştir. (Ercan ve Aydın, 2003).

Yapılan incelemelerde vücutlarındaki kurşun oranının yükseldiği görülmüştür. Çocuklarda ve erişkinlerde biriken kurşunun onların daha az dikkatli, daha hiperaktif olmalarına neden olabildiği ileri sürülmektedir (Ünal, 2004).

Bozukluğun gelişmesinde, temel bir etkiden çok, hazırlayıcı ve ortaya çıkışını hızlandırıcı etkilerden söz edilebilir. Bozukluğu olan çocukların sıklıkla parçalanmış ailelerden geldiği, ana-babanın sürekli geçimsizliği ve anne-babada sürekli bozukluk ile tek ya da ilk çocuk olma oranının kontrollerden daha fazla olduğu bildirilmektedir. Yetiştirme yurdundaki çocuklarının dikkat sürelerinin kısa ve aşırı hareketli oldukları gözlenmiş, bunun uzun süre duygusal yoksunlukla ilişkisi olabileceği ileri sürülmüştür. Dikkat eksikliği, erkeklerde kızlara oranla, 6-10 kat daha fazla görülür. Yakın akrabalarda görülme sıklığı oldukça fazladır. Bu ailelerde gelişimsel bozukluklar vardır. Depresif durumlar, alkol bağımlılığı, davranış bozukluğu ve kişilik bozuklukları çocuğun yakın çevresinde yaygındır. (Öztürk, 1997).

II.5.11.3. Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tedavi

D.E.H.B. tedavisinde psiko-sosyal ve tıbbi girişimleri içeren çok yönlü tedavi yaklaşımı gerekmektedir. Erken başlangıçlı nörogelişimsel bir bozukluk olan DEHB'de ilaç tedavisi ve davranışçı yaklaşımlar tedavinin temel bileşenleridir (Swanson, 2003).

Metilfenidat (MF) başta olmak üzere, psikostimulanlar batı ülkelerinde DEHB tedavisinde en çok kullanılan ilaç konumuna gelmiştir (Olfson ve ark., 2003). Bu ilaçların dikkat eksikliğine olumlu etkiler yaptığı ispatlanmıştır. Ancak bu ilaçların 6 yaşından küçük çocuklara kesinlikle verilmemesi gerekir (Öztürk, 1997).

Psiko-sosyal girişimler ise, aile, okul ve çocuk üzerine yoğunlaşabilir, aileye yönelik girişimlerde D.E.H.B. ile ilgili bilgilendirme yapılır, destekleyici gruplar, kitaplar önerilir, amaç, çocuğun ev içi yıkıcı davranışlarını azaltmak yanında, ebeveynlerin aile içi sorunları azaltmaya yöneliktir. Aile içi patolojilerin tanınıp ele alınması da sağlanır (Güleç ve Köroğlu, 1998).

BÖLÜM III

III.1 Anne-Baba Tutumlarının Önemi

İnsanların doğumdan hatta doğum öncesinden başlayarak yaşamının sonuna kadar etkisini sürdüren kurum ailedir.

Ailesiyle olan iletişimi çocuk için büyük önem taşır. Ana-baba ve çocuk üçgeninde, tarafların düşüncelerini birbirlerine aktarmaları ve başarılı bir diyalog kurabilmeleri halinde sorunlarına çözüm bulmaları mümkündür. İletişimin kurulamaması, duyguların bastırılması ve sorunların çözülmemesi anlamına gelir. Böyle bir aile ortamı psiko-pedagojik açıdan sağlıklıdır (Yavuzer, 2003).

Çocuğun aile yaşantısı, yani aile içindeki bireylerle kurduğu ilişki, ailenin çocuğa karşı gösterdiği davranışlar, disiplin anlayışı çocuğun gelişimini etkileyen en önemli etkenlerden biridir. Bu nedenle aile tutumlarının çocuğun gösterdiği davranışlar üzerinde etkili olabileceğini söyleyebiliriz. Bu bölümde birçok araştırmacının yapmış olduğu araştırmalar sonucunda ortaya koydukları ana-baba tutumları ve çocuklar üzerinde ne yönde bir etkisinin olduğu ele alınmıştır.

Baumrind (1972) 3 çocuk yetiştirme türü tanımlar :

1. Bilinçli otorite (authoritative) : Çocuğun aile içinde önemli bir insan olduğu kuşkusuz kabul edilmiştir ve ana-baba çocuğa sevgi, ilgi ve onun gereksinimlerine duyarlılık gösterir. Sevgi ve ilginin yanı sıra çocuğun neyi yapabileceği ve yapamayacağı açık bir biçimde belirlenmiştir ve temel ilkelere hiçbir zaman vazgeçilmez. Örneğin çocuk konuştuğu zaman onun söyledikleri dikkatle dinlenir. Ve her sorusuna, çocuk tatmin oluncaya kadar sabırla cevap verilir. Ancak, çocuğun kendi oyuncaklarını kendisinin toplaması söylenmişse bu görevinden hiçbir zaman affedilmez. Oyuncaklarını toplamadığı zaman çocuğa hatırlatılır ve çocuk uyum göstermezse mutlaka uygun biçimde cezalandırılır.

2. Baskıcı otorite(authoritarian) : çocuktan yalnızca itaat etmesi beklenir, onun düşünmeye, konuşmaya, kendisine özgü bir dünya geliştirmeye hakkı yoktur. Ana-baba sevgisini ona gösterilen haşın ve sert disiplinle ifade eder.

3. Sınırsız hoşgörü(permissive): çocuğun her istediği yapılır, çocuğa hiçbir sınır tanınmaz, hiç ceza verilmez.

Gelişim psikologları, 3 çocuk yetiştirme türünden ilki olan bilinçli otoritenin en verimli çocuk yetiştirme tarzı olduğunu söylerler. Bilinçli otoritenin hakim olduğu ilişkilerden oluşan bir aile ortamında, çocuk gelişimini daha iyi gerçekleştirir ve yalnız bilişsel yönden değil, duygusal ve sosyal yönden de başarılı olur.

Jersild (1979) ana-baba tutumlarını aşağıdaki şekilede ele almıştır.

Kabul eden ana-baba : Bu ana baba tutumunu benimseyen anne-babalar, çocuğa kendisi olma hakkını tanıyan, evet ya da hayır diyebilen, kendi inandıklarını savunabilen ve çocuğuna bağlı olmakla birlikte çocuğun kölesi olmayan kişilerdir.

Reddeden ana-baba : Devamlı ihmal edilen, hor görülen, itilip kalkılan, istenmeyen ve sevilmeyen çocuğun içinde yer aldığı ailedir. Bir ana babanın çocuğunu reddettiğinin belirtileri , çocukların yalnızca kabahatlerini görme onlara ağır cezalar verme , çocuğu durmadan eleştirme, sürekli terk etmeye , tehdit etme, kapalı bir yere (oda gibi) hapsedme gibi davranışlardır. Böyle bir ortamda bulunan bir çocuk sevgiyi bilmez, başkalarını sevmekte de güçlük çeker. Hayattan hiçbirşey beklemez, kendini sürekli başkalarına karşı korumaya alır. Kendisiyle dost olma isteklerini reddeder ve bir yalnızlık içine girer.

Yörükoğlu(2000), ana baba tutumlarını 7 değişik şekilde açıklamıştır.

1. Çok seven-kollayan gevşek disiplinli ana-baba tutumu: çocuğa büyük bir sevgiyle bağlanmışlar, tam benimsemişlerdir. Çok sıcak, verirci, ancak çok

koruyucu ve kollayıcıdır. Tüm yaşamları çocuğa göre düzenlenmiştir. Ve yalnız çocuk için yaşar gibidirler, her gereksinimini anında karşılar bir dediğini iki etmezler. Çocuğun ağlamasına üzülmeye dayanamazlar, tüm nazını çekerler ve ona, hep yaşından küçük gibi davranırlar. Kendi yiyebilen çocuğu besler, giydirebilirler. Ödevlerini yapar, yataklarında yatırır. Kısaca şımartırlar ve aileyi bir bakıma çocuk yönetmeye başlar ve ardından da böyle bir çocuk bağımlı, sürekli alıcı, tutturucu ve nazlıdır. Çünkü kendi başına güçsüz ve güvensizdir, kendi kanatlarıyla uçmayı öğrenemez.

Böyle bir çocuk gençlik çağına adım atınca doğal olarak bocalar, ilk kez ailelerinden ayrı düştüklerinde bunalıma girer ve arkadaşlık kursa bile onlarla ilişkisinde bencil kaprisli davranır.

2. Sıkı disiplinli sevecen ana-baba tutumu: Bu ailelerde çocuklarına karşı sevecen, ilgili ve düşkündürler. Çocuğun tüm maddesel ve ruhsal gereksinimlerini karşılarlar. Çocuğun sağlığı ve öğrenimi için hiçbir özveriden kaçınmazlar, dersleri ile yakından ilgilenirler ve çocuğun iyiliği için her şeyi yaparlar. Böyle ana-babalar çocuğa karşı vericidirler, ancak beklentileri de yüksektir. Aşırı kuralcıdır, çocuktan başarı beklerler, yaşından daha olgun davranmasını isterler, arkadaşlarının hangisiyle oynayıp oynamayacağına kendileri karar verirler, giyimini kuşamını kendileri seçerler. Onunla övünmek, onur duymak istedikleri için eksikliğini, yanlışını bağışlamazlar, mükemmel olmasını beklerler. Ceza yöntemleri, sevgiyi esirgemek gibi manevi cezalardır.

3. Baskıcı itici sevgisiz ana-baba tutumu: Çocuğa, bu ailelerde küçüklükten beri yeterli sevgi ve sevecenlik gösterilmemiştir. Aile ortamı gergin, ilişkiler düşmancadır. Çocuğa karşı eleştiri, azar, aşağılama ve dayak vardır. Çocuğu dinlemek, anlamamaya çalışmak, davranışının nedenini araştırmamak gibi duygusal paylaşma belirtileri görülmez. Çocukta benimseme ve kabullenme eksiktir. Bu evlerde çocuk eğitiminin tek amacı çocuğu baskı altında tutmak, göz açtırmamaktır. Çocuğa karşı yaklaşım hep soğuk, anlayışsız ve kırıcıdır. Kısacası çocuk evin yükü hatta evin baş belasıdır. Böyle evlerde yaşayan çocukların benlik saygıları düşüktür;

ezilme, horlanma ve benimsenmeme sonucu yaralanan benlik saygılarını kazanmak için çeşitli yollara başvururlar.

4. Sevgisi yetersiz disiplini gevşek ana-baba tutumu : bu aileler çocuğa karşı ilgisiz, ruhsal gereksimlerine karşı duyarsızdırlar. Çocuk ayakaltında dolaşmadıkça, ağlamadıkça ya da bir mızırılık yapmadıkça ilgilenmezler. Çocuğa gösterdikleri sevgi ve sevecenlik yetersizdir. Bunun yanında denetim de çok gevşektir, çocuk kendi kendine büyür, tek başına bırakılmış gibidir. Çok çocuklu, kalabalık ve yoksul mahallelerde sık rastlanan bir aile türüdür. Ana-babanın gösterdiği disiplin hem gevşek hem tutarsızdır. Çocuk yakalanmadıkça, göze batmadıkça ceza görmez; yakalanınca da aşırı ceza görür, dayak yer.

5. Seven benimseyen demokratik ana-baba tutumu: çocuklarını seven ve benimseyen çağdaş ailelerdir. Anne ve baba arasında saygın ve sevgi vardır. Sorunlar buyruklarla değil, konuşarak çözümlenir. Ara sıra çıkan tartışma dışında aile içinde uzun süren çekişme, kavga ve anlaşmazlıklar yoktur. Sorunlara, konuşup danışarak çözüm bulunur. Evde gerginlik yerine ılımlı, sıcak bir hava vardır. Çocuklara söz hakkı tanınmıştır. Birlikte konuşma, şakalaşma, eğlenme yanında herkesin uyacağı kurallar belirlidir. Ancak bu kurallar dayakla, baskı ile korkutmayla sürdürülmez; herkesin gönüllü benimsemesi söz konusudur. Cezalar ılımlı ve eğiticidir. Amaç çocuğu sindirmek değil, sorumluluk duygusu kazandırmaktır.

Anne sevecen ve sıcaktır. Gerektiğinde çocuklara sınır koyabilir, ceza verebilir. Baba ise daha otoriterdir ama onunki ılımlı esnek ve demokratik bir otoritedir. Çocuklar babaya sokulabilirler, ondan korkmak yerine saygı duyarlar. Bu evde çocuklara deneme ve yanılma payı bırakılmıştır, çocuk buyruklarla değil yol gösterilerek ve uyarılarak eğitilir. Çocuğun kişiliğine saygı gösterilir, ondan yaşından olgun davranış beklenemez, bağımsız davranması için aileden destek görür. Kendi işini kendi görmeye alıştırılır. Özgür davranışı onaylanır. Böyle demokratik bir aile gençlik çağına giren çocuğun daha bağımsız davranma eğilimini görür ve destekler. Bu yapılırken denetim eksik edilmez. Gencin duygu ve düşüncelerindeki değişimler hoşgörü ile karşılanır. Ancak evin temel kurallarına uyması beklenir. Ve özgürlükleri kullanabileceği ölçüde ve kötüye kullanmadığı sürece artırılır. Gence uzun uzun

öğütler verilmez ancak konuşmak istediği zaman ona kulak verilir. İsteklerine doğrudan karşı çıkmak yerine ona sorular sorularak, düşünmesini sağlayarak doğru yolu bulmasına yardım edilir. Arkadaşlarıyla gezmesine, eğlenmesine makul ölçülerle izin verilir. Derslerini aksatmaması koşuluyla spor yapması desteklenir. Giyim ve kuşamına pek karışılmaz.

6. Geleneksel ataerkil ailede ana-baba tutumu: Geleneksel Türk ailesinde babanın tartışılmaz salt otoritesi vardır. Evde ilk ve son sözü söyleyen odur. Babayla çocuklar arasında korkuyla karışık saygılı bir uzaklık vardır. Çocuklar isteklerini anneleri aracılığı ile babaya iletirler. Babayla çocuklar arasında doğrudan diyalog, söyleşi ve şakalaşma yok gibidir. Baba sevgisini açıktan değil dolaydan belli eder. çocuklar baba eve gelince uslanır, onu kızdıracak davranışlardan kaçınırlar. Baba çocuklarla yüz göz olmak istemez; bu nedenle, çocukların birçok yaramazlığını ve kabahatini anne saklar. Çocukların eğitiminde sorumlu annedir. Bu tür ailelerde anne sessiz, çalışkan ve çok sevecen bir kadındır. Anne çocuklar için saçını süpürge eder.

7. Parçalanmış ailede ana baba tutumu : Ölüm veya ayrılık nedeni ile bölünmüş ailelerde büyüyen çocukların çok değişik uyum sorunları ortaya çıkabilir. Çocukluğu babasız geçmiş bir genç erkek, genellikle bir genç kızdan daha çok sorunlarla karşılaşır. Anne denetimi yetersiz kalırsa, bu durumda okulu da bırakabilir. Baba yoksunluğu, çocukta suç işleme oranını artırır. Pek çok anne kocasını yitirdikten sonra çocuklarını yetiştirmede başarılı olurlar. Bu durumlar anne yoksunluğunda da geçerlidir. Çoğu zaman ölmüş bir baba veya anne, genç ve hayatta olan anne veya baba tarafından sevgi ve saygı ile anılır. Ölüm değil de ayrılık durumunda ise, genç anne veya babasına daha karmaşık duygular besler (Yörükoğlu, 2000)

Yavuzer (2004) farklı anne baba tutumlarını altı ana başlık altında toplamıştır.

1 . Baskılı ve otoriter tutum : Çocuğun kendine olan güvenini ortadan kaldıran, onun kişiliğini hiçe sayan bir tutumdur. Bu tutumda, ana- baba katı bir disiplin uygular. Çocuk, her kurala uymak zorunda bırakılır. Anne ve babadan birisi,

ya da her ikisinin baskısı altında olan çocuk, sesiz uslu, nazik, dürüst ve dikkatli olmasına karşılık, küskün, çekingen, başkalarının etkisinde kolay kalabilen, aşırı hassas bir yapıya sahip olabilir. “zor yoluyla denetleme” ve “sevgi esirgeyerek denetleme” boyutlarının egemen olduğu aşırı baskılı ve otoriter aile ortamında, denetlenen çocuk hangi davranışın hangi tepkiyi alacağı hakkında bir fikre sahip değildir. Dolayısı ile çocuğun, kaygılı bir belirsizlik içinde aşırı isyankâr veya aşırı boyun eğici olması mümkündür. Suçlayan cezalandıran ve sürekli karışan ana-babaların çocuklarının, kolayca ağlayan çocuklar olduğu görülür. Baskı altında büyüyen çocuklarda, genellikle, isyankâr vaziyet alışlarla birlikte, aşağılık duygusu gelişebilir. Böyle bir ortamda yetişen çocuk dıştan denetimli bir kişilik oluşturur.

2. Gerçek tutum (çocuk merkezci aile) : Böyle bir ortamda çocuk ailede inisiyatif sahibi tek kişidir. Ve onun isteklerine diğer aile bireyleri kayıtsız şartsız uyarlar. Ana baba ile çocuk arasında sağlıklı bir iletişimin bulunması çocuğun dengesiz bir ortam içinde abartılmış bir sevgi gösterisi içinde büyüyor olması, onun “doyumsuz” bir birey olmasına neden olur. Ana-baba oyuncak gibi maddi değeri olan objelerle, bu doyumsuzluğunun giderilebileceğini zanneder. Çocuklarına boyun eğen anne ve babalar, evde onların egemenliğini kabullenen kişilerdir. Bu tür ailelerde çocuklar, anne ve babalarına hükmeder ve onlara çok az saygı gösterirler.

3. Dengesiz ve kararsız tutum : Ana-babanın “dengesiz ve kararsız” tutumu, çocuğun eğitim ve gelişimini olumsuz açıdan etkiler. Buradaki dengesizlik ve tutarsızlık, ana-baba arasındaki görüş ayrılığında olabildiği gibi, anne veya babanın gösterdikleri değişken davranış biçiminde de görülebilir. Örneğin, anne ile babanın çocuğun yanında, “çocuk konusunda” birbirlerini eleştirmelerini birinin olumlu yaklaşımına diğerinin olumsuz tutumu ya da taraflardan birinin çocuk kayırması, çok sıklıkla rastlanan terbiye yanlışlarındandır.

4. Koruyucu tutum : Koruyuculuk sık rastlanan bir başka ana-baba tutumudur. Ana-babanın aşırı koruması, çocuğa gerektiğinden fazla kontrol ve özen göstermesi anlamına gelir. Bunun sonucu olarak çocuk diğer kimselere aşırı bağımlı, güvensiz, duygusal kırıklıkları olan bir kişi olabilir. Bu bağımlılık çocuğun yaşamı



boyunca sürebilir ve aynı tutumu gelecekte eşinden bekleyebilir. Daha çok anne-çocuk ilişkisinde ortaya çıkan bu aşırı koruyuculuğun ardında, annenin duygusal yalnızlığı yatmaktadır. Aşırı koruyucu görünümündeki anne, çocuğuyla öylesine bütünleşir, ona öylesine kalkan olur ki, iki yaşlarında çatal, kaşık kullanabilen çocuğa sekiz dokuz yaşlarına gelse de eli ile yemek yedirir. Kendi yatağında uyutur. Ama gerçekte kendi yalnızlığını telafi etmeye çalışmaktadır. Bazen bu durum baba tarafından da yaşanır. Baba da çocuğa tıpkı annesinin bu tutumları gibi davranabilir.

5. İlgisiz ve kayıtsız tutum : İlgisiz ve kayıtsız tutum, ana-babanın çocuğu yalnız bırakma, görmezlikten gelme şeklinde dışlaması anlamına gelir. Duygusal istismara yol açan böyle bir ortamda ana baba çocuk üçgeni arasında iletişim kopukluğu gözlenir. Ana-babanın ilgisizliği ile çocuğun öğretmenine, arkadaşlarına ve yakın çevresindeki eşyalara zarar ve suçluluk davranışı arasında yakın bir ilişki bulunmuştur. Bu konuda yapılan araştırma bulgularına göre ilgisiz ve kayıtsız ana-baba tutumu çocuğun saldırganlık eğilimini güçlendirmektedir.

6. Güven verici, destekleyici ve hoşgörülü tutum: Ana-babanın çocuklarına karşı hoşgörü sahibi olmaları, onları desteklemeleri, çocukların bazı kısıtlamalar dışında arzularını diledikleri biçimde gerçekleştirmelerine izin vermeleri anlamına gelir. Çocuk kabul edilmek ve onaylanmak ister. Eğer aile ortamı ona kendi benliğini tanımlama özgürlüğü veriyorsa sağlıklı bir biçimde olgunlaşma yolunda gelişir. Ana-babanın hoşgörüsünün normal bir düzeyde gerçekleşmesi, çocuğun kendine güvenen, yaratıcı, toplumsal bir birey olmasına yardım eder. Böyle bir tutumda evde kabul edilen ve edilmeyen davranışların sınırları bellidir. Bu sınırlar içinde çocuk özgürdür. Söz hakkı vardır ve duygu ve görüşlerine saygı duyulur. Çocuk aynı zamanda, sevgi ve teşvik görür, yetişkinler tarafından dinlenir. Girişim yeteneğine sahip bir çocuk olur (Yavuzer, 2004).

BÖLÜM IV.

IV. İlgili Araştırmalar

Bu bölümde çocuklarda görülen davranış bozuklukları ile ilgili ailelerin bilgi düzeylerine ve tutumlarına yönelik yurt içinde ve yurt dışında yapılmış olan araştırmalar yer almaktadır.

IV.1. Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar

Kavaz (2006), anne baba tutumları ile gençlerin duygusal ve davranışsal bozukluklar arasındaki ilişkiyi incelediği 270 lise öğrencileri ile 12 öğretmen üzerinde yaptığı araştırmasında, “korukuyucu anne-baba” ve “otoriter anne-baba” tutumları ile depresyon-dikkat eksikliği arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuş ancak, “demokratik ana-baba” tutumu ile depresyon-dikkat eksikliği arasında bir ilişki bulunmamıştır.

IV.2. Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar

Thalmann (1974) Güney Almanya'da oturan 7-11 yaşları arasında 150 çocukta görülen davranış bozuklukları ve nedenleri üzerinde bir araştırma yapmıştır. Anne-babaya ve öğretmene anket uyguladığı araştırmada davranış bozukluğu sosyo-ekonomik düzeyin düşük olduğu gruba ait olan çocuklarda daha yüksek olduğunu göstermiştir. (Alt:S.E.D.:%37. Orta ve üst S.E.D:%22). Ayrıca anne babanın sert tutumlarının davranış bozukluklarına neler olduğunu belirtmiştir (Kavaz, 2006).

Halis (2006), anababaların çocuk yetiştirmeye ilişkin tutumları ve bilgi düzeyleri ile 11-18 yaş grubu öğrencilerin kendilerini değerlendirmeleri arasındaki ilişkilerini incelenmek için 360 ana-baba ve 360 ergen olmak üzere 720 kişilik bir

grup üzerinde yaptığı araştırmada SPSS ortamında yapılan istatistiksel değerlendirmeler sonucunda, Anne babaların, bütün tutum alt boyutlarında, PARI ölçeği ortalama puanlarının gerisinde kaldıkları, ağırlıklı olarak koruyucu ve baskıcı tutum, en az olarak da demokratik tutum sergiledikleri görülmüştür.

Anne babalık bilgisi boyutunda ise; anne babaların ABBT'nden vasat (orta) sayılabilecek puanlar aldıkları, bilgi kaynakları bakımından da en fazla geleneksel bilgiye daha sonra magazinsel, en az olarak da bilimsel bilgiye sahip oldukları görülmüştür.

Sayın (1962), doğum sırası ile davranış problemleri arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmasında ilk, son ve tek çocukların davranış problemlerini daha sıklıkla gösterdiklerini bulmuştur. Tek çocuklarda çekingenlik daha çok görülürken, ilk ve son çocukların daha saldırgan oldukları bulunmuştur. Tek çocuklarda saldırganlığa oldukça az rastlanmıştır.

Peterson (1967), ilkokul ve anaokuluna devam eden 831 çocuk üzerinde davranış problemlerinin yaşa göre değişip değişmediğini saptamak amacı ile yaptığı araştırmada erkeklerin kızlara göre ölçülen tüm yaş devrelerinde davranış problemlerini daha şiddetli şekilde gösterdiklerini ortaya koymuştur. Erkeklerin kızlara göre daha fazla davranış bozukluğuna sahip olarak okula başladıklarını saptamıştır.

Shrader ve Leventhal (1968), 6-17 yaşları arasındaki 599 çocukta doğum sırası ile davranış bozuklukları arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Son çocukların ilk çocuklardan daha az problemlili oldukları, cinsiyet yönünden erkeklerin konuşma ve okul konusunda, kızları yemek yeme, korkular, ailevi ilişkiler ve cinsel konularda farklılık gösterdikleri saptanmıştır.

Yörükoğlu ve Ayyıldız (1971), 75 çocuk üzerinde kekemelik konusunda yaptıkları araştırmada, kekemeliğin erkek çocuklarda kızlara göre daha yaygın olduğu, kekemelik gösteren çocukların anne-babalarını genellikle sinirli, titiz ve

cezalandırıcı bir tutum içinde olduklarını ve bu durumun çoğunlukla çocukta belirgin bir korkutucu olay sonucu başladığını saptamışlardır.

Frederking (1975), ilkokula devam eden on yaş çocukları üzerinde yaptığı çalışmada, çocuğun ebeveynlerinden yoksun olmasının davranış bozukluklarının yüksek olduğunu saptamıştır. Ayrıca çocuğun sahip olduğu fiziksel rahatsızlıkların yüksek oranda gelişmesine neden olduğunu, bu bozuklukların sayısının ebeveynleri tarafından reddedilen ve kısıtlanan deneklerde yüksek olduğunu saptamıştır. Ayrıca çocuğun sahip olduğu fiziksel rahatsızlıkların da davranış bozukluklarına neden olabileceği sonucuna varmıştır.

Lahey ve arkadaşları (1980), yaşları 2-27 arasında olan 325 çocukta doğum sırası ile cinsiyetin davranış problemleri üzerindeki etkisini incelenmişlerdir. Doğum sırası ve cinsiyetler arasındaki fark önemli bulunmuştur. İlk doğan ve erkek çocuklarda davranış bozukluklarının daha sıklıkla görüldüğünü saptamışlardır.

Güneysu (1992), anne-babaların çocuklarına karşı tutumları ile davranış problemleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla dördüncü ve beşinci sınıfa devam eden farklı sosyo-ekonomik düzeydeki 229 çocuğu incelemeye almıştır. Bulgular alt sosyo-ekonomik düzeydeki çocukların anne-babaları tarafından yeterince sevilmediklerini düşündüklerini ve diğer sosyo-ekonomik düzeydeki çocuklara göre daha fazla davranış bozukluğu gösterdiklerini ortaya koymuştur.

Sieber ve Corboz (1983), davranış problemi olan 110 çocuğu aldıkları araştırmalarında davranış problemi ile doğum sırası arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. İlk ve daha sonra doğan çocukların davranış problemleri arasında önemli bir farklılık bulmuşlardır.

Berndt ve Bulleit (1985), 34 okul öncesi çocuğun ev ve okuldaki davranışlarını gözlemiş, ev ve okuldaki davranışlarına kardeş ilişkilerinin etkisini incelemişlerdir. Okulda erkek çocukların kızlara göre daha saldırgan oldukları, diğer

çocukları taklit ettikleri ve hayli konuşmalar yaptıkları görülmüştür. Çocuğun okuldaki davranışlarında kardeşlerin statülerinin önemli olmadığı bulunmuştur.

Mitcel ve Rosa'nın 1981 de yaptığı bir araştırmada, davranış bozukluğu gösteren çocuklardan yüzde 10'unu 15 yıl boyunca izlemişler ve bu çocukların en az yarısı işledikleri suçtan dolayı hakim karşısına çıkmışlardır. Öğretmenler ve anne babalar tarafından sürekli yalan söylediğinden ve çaldığından yakınılan çocukların çoğunun suça yöneldikleri anlaşılmıştır (Akt., Yörükoğlu, 2000).

Kulaksızoğlu (1990), çocuklarda anne babasından yeterince ilgi ve sevgi görmüş ergenlerin, kendilerine güven duyduklarını, sağlıklı bir ruh yapısına sahip olduklarını, duygu ve heyecanlarını dengeleme bakımından yaşıtlarına göre daha çabuk olgunlaştıklarını belirtmektedir.

Büyük çocuklar arasında yapılan bir başka araştırmada, babanın istikrarlı davranmasının kayda değer bir durum olarak, çocuğun davranış problemlerinin belirlenmesinde ya da iyileşmesinde gerekli olduğu bu çalışmadaki küçük çocuklarda ise anne ve babanın sevgisinin ve şefkatinin genel anlamda daha önemli olmasıdır (akt. Sipahioğlu, 2002)

Suçlu çocuklarla ilgili **Yavuzer'in** yaptığı çalışmada, suçlu çocukların çoğunluğunun, babanın baskın özellikler gösterdiği otoriter ailelerden geldiği gözlenmiştir (Yavuzer, 2001).

Türkiye'de ana baba tutumları konusunda ilk araştırma, **Kuzgun** (1972) tarafından yapılmıştır (Akt.sipahioğlu,2002). Ana baba tutumlarının, bireyin kendini gerçekleştirme düzeyi ile ilişkisinin etkisinin araştırılması amacıyla yapılan bu araştırmaya 219 kız, 162 erkek, toplam381 öğrenci katılmıştır. Bu araştırma sonucunda, demokratik ana baba tutumlarının bireyin kendini gerçekleştirmesi için en uygun ortamı yarattığı, buna karşılık otoriter ana baba tutumunun bireyin kendini gerçekleştirme düzeyini olumsuz yönde etkilediğini bulmuştur.

5 yaşımda çocuk sahibi olan 379 anne üzerinde yapılan bir incelemede, "soğuk" annelerin çocuklarının beslenme güçlükleri gösterdikleri, yataklarını ıslattıkları ve saldırgan davranışlara eğilimli oldukları saptanmıştır. (Sears, Mocoby ve Levin, 1957).

Bowlby'nin (1951), kişilik bozukluğu ve antisosyal davranış gösteren yetişkinler arasında yaptığı inceleme, bunların büyük çoğunluğunun çocukluk çağında anneden yoksun kaldıklarını ortaya koymuştur. Annesini 5 yaşından önce kaybedenler de depresyona yatkınlık yaratan önemli bir neden olarak rol oynar.

Yörükoğlu'nun yaptığı çalışmada yuva çocukları yaşama ortamlarının iyiliğine, yeterli beslenme ve bakıma rağmen ruh gelişimleri yönünden anneli büyüyen çocuklara oranla çok geri kalmaktadırlar. Bozukluk, çocuğun yuva ortamında anne veya annenin yerini alacak bir kadından yoksun kalmasıyla ilgilidir. Yuva ortamında bu nitelikler içinde büyüyen çocuklarda saldırganlık, ilgisizlik, inatçılık, çalma ve disipline uymama gibi davranışların aile yanında yetişenlere göre önem kazandığı saptanmıştır.

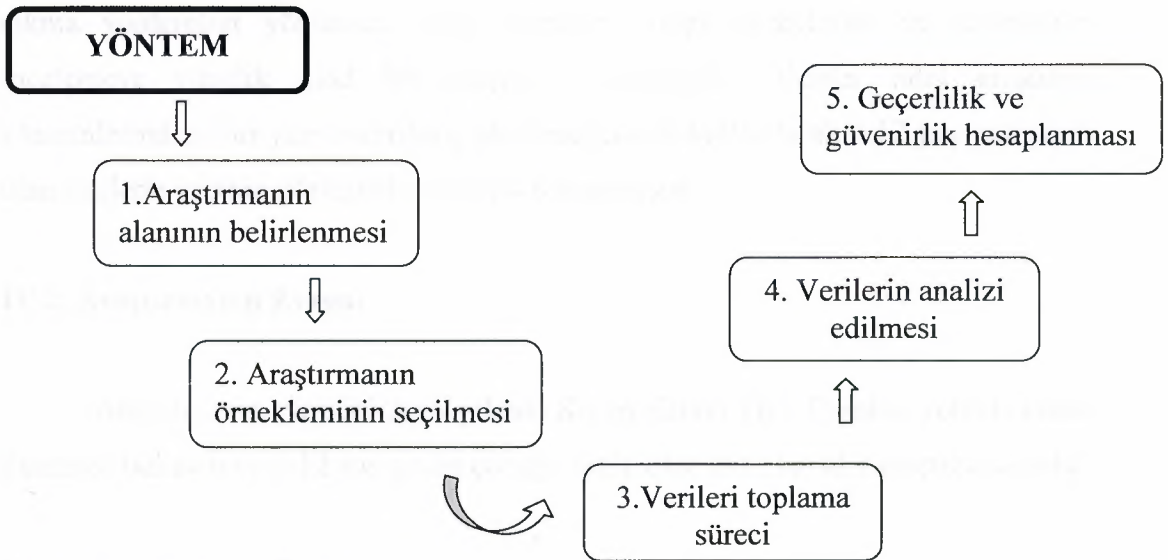
Yörükoğlu yuva çocuklarında sallanma, parmak emme gibi davranışların fazla olduğunu, sosyal ve duygusal davranış bozukluklarının sıklıkla gözlemlendiğini ve bu özelliklerin ortaya çıkmasında anne yoksulluğunun önemli ölçüde etkili olduğunu kabul etmiştir (Yörükoğlu, 1968).

BÖLÜM V.

YÖNTEM

Bu bölümde sırası ile araştırmanın yöntemi, araştırmanın evreni, örneklem, araştırmacının rolü, araştırmada kullanılan veri toplama aracı, verilerin analizi ve geçerlilik güvenirlik ile ilgili açıklamalar yer almaktadır.

Şekil -1 : Araştırmanın yönteminde izlenen yol



IV.1. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırmada verilerin toplanması, çözümlenmesi ve yorumlanmasında nitel (qualitative) bir araştırma yöntemi kullanılmıştır.

Nitel araştırmada amaç genelleme yapmak değil, bütüncül bir resim elde etmektir. Nitel araştırma, çalışılan konuyu derinlemesine ve ayrıntılı bir biçimde

incelemeyi amaç edinmektedir. Nitel yöntemlerden en sık kullanılanı görüşmedir. Görüşmenin, nitel araştırmada kullanılan en yaygın veri toplama yöntemlerinden biri olmasının nedeni, bu yöntemin bireylerin verilerini, görüşlerini, deneyim ve duygularını ortaya çıkarma yönünden oldukça güçlü olması ve konuşmayı temel almasıdır. Bu yönüyle testlerde ya da sormacalarda var olan sınırlık ve yapaylık ortadan kalkmış olmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2005).

Ayrıntılı ve derinlemesine veri toplama, katılımcıların bireysel algılarını, deneyimlerini ve bakış açıların doğrudan öğrenme, mevcut durumları anlama ve açıklama amacıyla nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır (Büyüköztürk, Çakmak, Akgün, İrin ve Demirel, 2008).

Bu araştırma çocuklarda görülen davranış bozukluklarının nedenleri ve başa çıkma yöntemleri yönünden, anne babaların bilgi düzeylerini ve tutumlarını incelemeye yönelik nitel bir araştırma yöntemidir. Veriler nitel araştırma yöntemlerinden yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılarak 4-12 yaş çocukları olan ailelerle yapılan görüşmeler yoluyla toplanmıştır.

IV.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 2009 yılında Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde Girne ilçesinde bulunan ve 4-12 yaş grubu çocuğa sahip olan anne babalar oluşturmaktadır.

IV.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmada amaçlı örneklem türlerinden olan ölçüt örneklem ve kartopu örneklem yöntemi kullanılarak örneklem seçilmiştir. Araştırmanın örneklemi, 4-12 yaş grubu bir aile ile temas kurularak başlanmıştır. Görüşülen ailenin yardımıyla ikinci bir aileye ve daha sonra onların tavsiyesi üzerine başka ailelerle ulaşılarak ilerlenmiştir. Yani Girne ilçesinde 4-12 yaş grubu çocuğa sahip olan aileler ölçüt belirlenip, bir aileden diğer aileye ulaşılarak 57 anne baba seçilmiştir.

incelemeyi amaç edinmektedir. Nitel yöntemlerden en sık kullanılanı görüşmedir. Görüşmenin, nitel araştırmada kullanılan en yaygın veri toplama yöntemlerinden biri olmasının nedeni, bu yöntemin bireylerin verilerini, görüşlerini, deneyim ve duygularını ortaya çıkarma yönünden oldukça güçlü olması ve konuşmayı temel almasıdır. Bu yönüyle testlerde ya da sormacalarda var olan sınırlık ve yapaylık ortadan kalkmış olmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2005).

Ayrıntılı ve derinlemesine veri toplama, katılımcıların bireysel algılarını, deneyimlerini ve bakış açıların doğrudan öğrenme, mevcut durumları anlama ve açıklama amacıyla nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır (Büyüköztürk, Çakmak, Akgün, İrin ve Demirel, 2008).

Bu araştırma çocuklarda görülen davranış bozukluklarının nedenleri ve başa çıkma yöntemleri yönünden, anne babaların bilgi düzeylerini ve tutumlarını incelemeye yönelik nitel bir araştırma yöntemidir. Veriler nitel araştırma yöntemlerinden yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılarak 4-12 yaş çocukları olan ailelerle yapılan görüşmeler yoluyla toplanmıştır.

IV.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 2009 yılında Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde Girne ilçesinde bulunan ve 4-12 yaş grubu çocuğa sahip olan anne babalar oluşturmaktadır.

IV.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmada amaçlı örneklem türlerinden olan ölçüt örneklem ve kartopu örneklem yöntemi kullanılarak örneklem seçilmiştir. Araştırmanın örneklemi, 4-12 yaş grubu bir aile ile temas kurularak başlanmıştır. Görüşülen ailenin yardımıyla ikinci bir aileye ve daha sonra onların tavsiyesi üzerine başka ailelerle ulaşılarak ilerlenmiştir. Yani Girne ilçesinde 4-12 yaş grubu çocuğa sahip olan aileler ölçüt belirlenip, bir aileden diğer aileye ulaşılarak 57 anne baba seçilmiştir.

V.4. Verilerin Toplanması

Görüşme teknikleri kendi içinde 3'e ayrılmaktadır. Bunlar planlı bir şekilde görüşme yapılan "yapılandırılmış", önceden herhangi bir plan yapılmayan görüşme tekniği olan "yapılandırılmamış" ve araştırmacının sormayı planladığı görüşme sorularını önceden hazırladığı, yanıtlayıcıya soruları istediği genişlikte yanıtlamasına izin veren, ne katı ne de esnek ikisi arasında bulunan "yarı yapılandırılmış" görüşme tekniğidir (Yıldırım, 2005). Yarı yapılandırılmış görüşme tekniği cevaplayıcıya özgür bir yanıt olanağı sunduğu yani kısıtlama yapmadığı için araştırmada yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Bu amaçla 32 sorudan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formu hazırlanmıştır.

Araştırma verileri 15 Nisan - 20 Mayıs 2009 tarihleri arasında araştırmaya katılan ailelerin uygun oldukları saatlerde kendi evlerinde yapılan bire bir görüşmeler yolu ile toplanmıştır.

Araştırmada Girne bölgesinde bulunan 4-12 yaş çocuğu olan aileler ile yapılan görüşmelerde, çocuklarda görülen davranış bozukluklarının neler olduğu, nedenleri ve tedavi yöntemleri ile ilgili kendi bilgi düzeylerine ilişkin görüşleri belirlenmiştir.

Ailelerle yapılacak olan görüşmelerden önce ailelerin isimlerinin alınmayacağı ve yapılan görüşmelerin araştırmacı dışında kimse tarafından dinlenmeyeceği, okunmayacağı ifade edilmiştir. Görüşme sırasında ailelerin sorulara verecekleri cevapların toplumda kabul gören görüşleri değil de kendi bilgilerini, görüşlerini doğru ve dürüst bir şekilde aktarabilmelerini sağlamak görüşmenin ilk görevi olarak kabul edilmiştir. Bu nedenle de görüşme başlarken araştırmaya sadece kişilerin kendi doğrularının yararı olacağı açıklanarak ve güncel örnekler verilerek rahat bir şekilde sürdürülmüştür.

Ailelerle yapılan görüşmelerin bazıları ses kayıt cihazına kaydedilmiştir, bazıları ise yazılı olarak kaydedilerek ilerlenmiştir.

V.5. Verilerin Analizi

Veri analizi araştırma sürecinde kaydedilen görüşmelerin, alınan notların anlamlı kullanılır hale getirilmesidir. Niteliksel araştırmalarda veriler “betimsel analiz (Descriptive Analysis)” ve “içerik analizi” olmak üzere iki şekilde çözümlenmektedir.

Bu araştırmada toplanan verilerin incelenmesinde “betimsel analiz” tekniği kullanılmıştır. Bu yaklaşıma göre elde edilen veriler, önceden belirlenen izleklere göre özetlenir ve yorumlanır. Bu tür çözümlemede amaç, elde edilen bulguları düzenlenmiş ve yorumlanmış bir biçimde okura sunmaktır (Yıldırım ve Şimşek, 2005).

Betimsel analiz yönteminde görüşme yapılan bireylerin ifadelerinden doğrudan yararlanılabilir. Daha sonra tanımlanan bulgular açıklanır ve bulgular arasında neden sonuç ilişkisi kurulur (Yıldırım ve Şimşek, 2005).

Görüşmeler sırasında kaydedilen kasetler araştırmacı tarafından tek tek çözümlenerek bilgisayar ortamına aktarılmıştır.

Araştırma bulguları, görüşme soruları temel alınarak araştırmaya katılanların görüşme sorularına verdikleri yanıtlardan alt tema oluşturularak sunulmuştur. Verilen cevapların betimsel analizi yapıldıktan sonra alt temaların hangi sıklıkta tekrar ettiği hesaplanarak en sık tekrarlanan öğretmen görüşleri belirlenmeye çalışılmıştır. Aileler tarafından belirtilme sıklığına göre alt başlıklara ayrılarak frekans (f) ve yüzde (%) çizelgeleri hazırlanmıştır. Daha sonra her soru tek tek yorumlanmıştır

IV. 6. Geçerlilik ve Güvenirlik

IV.6.1. Geçerlilik

Görüşme formunun iç geçerliliğini sağlamak için görüşme soruları 4 uzmana verilmiş ve incelenmesi sağlanarak forma son şekli verilmiştir. İki aile bireyi ile pilot görüşme yapılarak soruların araştırmanın amacını gerçekleştirmede yeterli

olup olmadığını, verilen cevapların soruların cevaplarını yansıtip yansıtmadığını belirlemek amacı ile görüşme sırasında kaydedilen sesler bilgisayar ortamında yazılı biçime dönüştürülmüştür. Ve uzman tarafından incelenmesi için gönderilerek kontrol edilmesi istenmiştir. Böylelikle soru maddelerinin geçerliliği saptanmıştır.

Araştırmada geçerlilik çalışmaları için, elde edilen bulgular daha önceden oluşturulan kuramsal çerçeve ile uyumlu olup olmadığı sürekli kontrol edilerek devam edilmiş ve bu verilerin araştırmaya rehber olduğu gözlenmiştir.

IV.6.2. Güvenirlik

Güvenirlik, aynı şeyin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır. Bu, bir bakıma, araştırmalarda alınan bir sonucun, başka araştırmacılar tarafından aynı süreçlerin izlenmesi ile aynı sonuçların alınabilmesidir.

Bu araştırmanın güvenilirliğini sağlamak için görüşme sırasında yapılan görüşmelerin dökümü oluşturulduktan sonra uzman görüşü alınarak kontrol edilmiştir. Daha sonra elde edilen veriler incelenerek kendi içinde aynı anlamı içeren veriler bütünleştirilerek betimsel bir tablo oluşturulmuştur. Tüm veriler bu şekilde incelendikten sonra görüşme verileri araştırmacılar tarafından ayrı ayrı okunarak “görüş birliği” ve “görüş ayrılığı” olan konular ortaya çıkarılarak gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Sonuç tüm araştırmacılar için güvenilir kabul edilmiştir.

BÖLÜM VI.

BULGULAR

Bu bölümde araştırma grubunun genel özellikleri ve araştırmada elde edilen bulguların tabloları yer almaktadır.

VI .1. Sosyodemografik Özellikler

Tablo -1: Anne-Baba Katılımcı Durumu

Aile Bireyi	n	%
Anne	47	%82.45
Baba	10	%17.54
Toplam	57	%100

Araştırmada görüşme yapılan örneklemin büyük bir çoğunluğu anneden oluşmaktadır. Bunun yanında "8" aile çocuklarında bozukluk olmadığını belirterek araştırmaya katılmayı reddetmiştir.

Tablo-2: Araştırma Grubunun Yaş'a göre Dağılımı

Yaş	n	(%)
20-29	7	%12.28
30-39	37	%64.91
40- ↑	13	%22.81
Toplam	57	%100

Araştırmanın yaş'a göre dağılımına bakıldığında, katılan ailelerin büyük bir çoğunluğunun 30-39 yaşları arasında olduğu görülmektedir.

Tablo-3 : Araştırma Grubunun Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	n	(%)
İlkokul	5	%8.77
Ortaokul	3	%5.26
Lise	29	%50.88
Üniversite	20	%35.09
Toplam	57	%100

Araştırma grubunun eğitim düzeylerine bakıldığı zaman araştırmaya katılan ailelerin yarısı lise mezunundan ve diğer yarısı ise üniversite, ortaokul ve ilk okul mezunundan oluşmaktadır.

Tablo-4 : Araştırma Grubunun Gelir Düzeyine Göre Dağılımı

Gelir Düzeyi	n	(%)
2.500TL- ↑	39	%68.42
1000TL-2.500TL	18	%31.58
1000TL- ↓	0	%0
Toplam	57	%100

Araştırmaya katılan ailelerin gelir düzeylerine göre araştırma grubunda, 1000 TL ve altında maaş alan kimse olmadığı, araştırmaya katılanların ise yarısından fazlasının 2.500 TL ve üzerinde maaş aldığı belirtilmiştir.

Tablo-5 : Araştırma Grubunun Gelir Düzeyine Göre Dağılımı

Ailenin Medeni Durumu	n	(%)
Evli	52	%92.23
Boşanmış	5	%8.77
Toplam	57	%100

Araştırmaya katılan ailelerin medeni durumlarına göre araştırma grubunun, büyük bir çoğunluğunun evli olduğu belirtilmiştir.

Tablo-6: Araştırma Grubunun Çocuklarının Yaşlarına Göre Dağılımı

Çocuğun Yaşı	N	ORAN (%)
3-5	26	%45.61
6-9	24	%42.10
10-12	22	%38.59

Araştırmaya katılan ailelerin çocuklarının yaşına göre araştırmanın yarısının 3-5 yaş ve 6-9 yaş grubunda çocuk sahibi olduğu ortaya çıkmıştır.

VI.2. Davranış Bozuklukları ile İlgili Bulgular

Değişen ve gelişen toplumumuz karşısında gelecek nesiller için daha sağlıklı bireylerden oluşan bir toplum yaşamı için, çocukların ilk yetiştirilmeye başladığı aile ortamın, davranış bozukluklarını önlemek için bilgili olmasına ihtiyaç vardır. Bu bağlamda, bu bölümde ailelerin bilgilerinin yeterli düzeyde olup olmadığına ilişkin ailelerle yapılan görüşmelerle toplanan verilerin analizi sonucunda varılan bulgulara yer verilmiştir.

Tablo-7**Soru-1 ; Davranış Bozukluklarının Ne Olduğuna Yönelik Görüşler**

Verilen cevaplar	n	%
Normal olmayan davranışlardır	29	%50.88
Çocuğun istem dışı davranışlarıdır	7	%12.28
Yaşına(gelişimine) uygun olmayan davranışlardır	7	%12.28
Çocukların saldırgan olması	6	%10.53
psikolojik bozukluklardır	5	%8.71
Karmaşık- duygusal ve davranışsal sorunlar	2	%3.51
Saplantıları olan çocuklardır	2	%3.51
Hareketlerindeki değişiklikler	2	%3.51
İletişim kuramama(bağırarak konuşma) sorunu	2	%3.51
Anne ve babanın yetiştirme tarzı	2	%3.51
Çeşitli nedenlere bağlı olarak davranmak	2	%3.51
Sürekli tekrar eden davranışlar	2	%3.51
Zihinsel, fiziksel davranışlardaki anormallik	1	%1.75
Kişiliğindeki değişiklikler.	1	%1.75
Zıtlıklardır	1	%1.75
Bilmiyorum.	1	%1.75
Genetik bozukluk veya eksikliklerin telafi edilmemesinden kaynaklanan davranışlardır	1	%1.75

Davranış bozukluklarının ne olduğu konusunda araştırmaya katılan ailelerin yarısı davranış bozukluklarını normal olmayan davranışlar olarak tanımlamışlardır. Bunun yanında bazı aileler davranış bozukluklarının çocuğun yaşına ve gelişimine uygun olmayan, istem dışı olan davranışları olduğunu belirtirken bazı aileler ise saldırganlık, karmaşık- duygusal ve davranışsal sorunlar, hareketlerindeki değişiklikler ve saplantılı olan çocuklar gibi birbirlerinden farklı cevaplar vermiştir.

Tablo-8

Soru-2; Davranış Bozukluklarının Çeşitlerinin Neler Olduğuna Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	Frekans	%
Saldırganlık	22	%38.60
Altını ıslatma	14	%24.56
Tırnak yeme	13	%22.81
Yalan söyleme	13	%22.81
Saygısızlık	9	%15.79
Hiperaktivite	9	%15.79
Parmak emme	8	%14.03
Çalma	6	%10.53
Bilmiyorum	5	%8.71
Tikler	5	%8.71
içe kapanıklık	5	%8.71
Kekemelik	5	%8.71
Kıskançlık	4	%7.02
Enkoprasiz(altına yapma)	3	%5.26
İnat	3	%5.26
Öğrenim bozukluğu(dislexi)	3	%5.26
Takıntı(obsesif-kompulsif)	2	%3.51
Şizofren	2	%3.51
Pika	2	%3.51
Küsme	2	%3.51
Uyurgezerlik	2	%3.51

Tablo-9

Soru-2(devamı); Davranış Bozukluklarının Çeşitlerinin Neler Olduğuna Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
Ağlamak	2	%3.51
Somurtkanlık.	1	%1.75
Geçimsizlik	1	%1.75
Saç koparma.	1	%1.75
Mastürbasyon.	1	%1.75
Bağımlılık	1	%1.75
Uyku- yeme bozuklukları	1	%1.75
Fobiler.	1	%1.75
Ders çalışmama	1	%1.75
Yetinmeyi bilmeme	1	%1.75
Kafasını duvara vurma	1	%1.75
Karşı cinsin oyuncaklarına ilgi duyma	1	%1.75
Okul korkusu	1	%1.75
Hep suçlu gibi veya hatalı gibi hissetme	1	%1.75
Benmerkezcilik	1	%1.75
Sorumsuzluk	1	%1.75
Otizmim	1	%1.75
Zekâ geriliği	1	%1.75
Hayvanlara acımasızca davranmak	1	%1.75
Epilepsi	1	%1.75
Nevrotik.	1	%1.75
İsteyerek davranma. İstemeyerek davranma	1	%1.75
Zihinsel bozukluk	1	%1.75
Bedensel bozukluk.	1	%1.75

Panik atak	1	%1.75
Hayal kurma	1	%1.75
Yalnız oynayan çocuk	1	%1.75

Aileler tarafından en çok bilinen davranış bozukluğu çeşidinin “saldırganlık” olduğunu, bunun yanında altını ıslatma, tırnak yeme, yalan söyleme belirtilerek bunların da ikinci sırada bilinenler arasında olduğunu göstermiştir. Bunların dışında içe kapanıklık, saygısızlık, inat, küsme ve ders çalışmama gibi bozukluklar olduğu da belirtilmiştir.

Tablo-10

Soru-3; Enürezis'in(Altını ıslatma) Nedenlerinin Ne Olduğuna Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
Korku	28	%49.12
Psikolojik baskı(tehdit)	19	%28.07
Sağlık sorunu	11	%19.30
Genetik.	10	%17.54
Yaşanan olaylar.	8	%14.03
Baskıcı tuvalet eğitimi(Tuvalet eğitimi kazanmaması)	7	%12.28
Yeni kardeş -kıskançlık	7	%12.28
İnat	2	%3.51
Oyuna dalma	2	%3.51
Çocuğun azarlanması, rencide edilmesi	2	%3.51
Tuvalete gitmeye üşenme	2	%3.51
Uyku esnasında hissetmeme	2	%3.51
Bilmiyorum	1	%1.75
Nefrit	1	%1.75
Güvensizlikten	1	%1.75
Heyecan	1	%1.75

Ailelerin yarısı Enürezis nedeninin korku olduğunu bazı aileler psikolojik baskı (tehdit), Sağlık sorunu ve genetik olduğu belirtilmiştir. Görüşler arasında uyku esnasında hissetmeme, güvensizlik ve tuvalete gitmeye üşenmenin de enürezisin nedeni olabileceğini belirtmiştir.

Tablo-11

Soru-4; Çocuğun Altını Islatması Durumunda Ne yapılması Gerektiğine Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
Doktora başvururum	18	%31.57
Konuşurum (kendim çözerim)	13	%22.81
Nedenini araştırırdım	11	%19.30
Uzman kişiden yardım alırım(psikolog, psikiyatris)	10	%17.54
Baskı yapmam	5	%8.71
Tuvalet alışkanlığını kazandırırım	4	%7.02
Zamana bırakırdım	4	%7.02
Kızarım	3	%5.26
Korkularını ortadan kaldırmak	2	%3.51
Hiçbir şey yokmuş gibi davranmalı	1	%1.75

Enürezis tedavisine yönelik olarak ailelerin yarısı kadarı uzman ve doktor yardımı gerektiğini bildirmektedir. Ailelerin diğer yarısı ise konuşma yaparak, zamana bırakarak, kendi yöntemleriyle çözerek veya kızarak ortadan kaldıracabileceğini düşünmektedir.

Tablo-12

Soru-5; Parmak Emmenin Nedenlerinin Ne Olduğuna Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
Alışkanlık	12	%21.05
Emme ihtiyacını giderme	10	%17.54
Psikolojik sorunlar	10	%17.54
Yalnızlık	5	%8.71
Kendini ifade edememe	5	%8.71
Rahatlama yöntemi	5	%8.71
Baskı ve stres	4	%7.02
Kalıtsal	4	%7.02
Güven yetersizliği	3	%5.26
Yetersiz sevgi	3	%5.26
Anne karından gelmedir	3	%5.26
Yeni doğan kardeş	2	%3.51
İlgi çekmek	2	%3.51
Korkudan	2	%3.51
Bilmiyorum	1	%1.75
Diş çıkarma	1	%1.75
Taklit etme	1	%1.75
Bir gelişim basamağıdır	1	%1.75
Uykusunun gelmesi	1	%1.75

Aileler birbirlerinden farklı cevaplar vererek parmak emmenin alışkanlık, emme ihtiyacını giderme, yalnızlık , taklit ve diş çıkarma gibi nedenlerden olduğunu düşünmektedir. Bazı aileler ise psikolojik sorunlar, baskı, stres ve yetersiz sevginin neden olduğunu belirtmiştir.

Tablo-13

Soru-6; Parmak Emmenin Ortadan Kaldırılması İçin Yapılması Gerekenlere Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
Konuşarak Zararlarını anlatırım	18	%31.57
Meşgul olmasını sağlardım	8	%14.03
Uzmanla başvururum(psikolog, psk.danışman)	8	%14.03
Sevgi ve ilgi göstererek	7	%12.28
İkaz ederim	5	%8.71
Zamana bırakırım	4	%7.02
Eline bir şey sürerek	4	%7.02
Doktora başvururdum	3	%5.26
Nedeni araştırırım	3	%5.26
Ona güven veririm	2	%3.51
Yapmadığı zaman ödüllendirerek	2	%3.51
Yalancı emzikle	2	%3.51
Ortadan kaldırılamaz	1	%1.75
Bilemiyorum	1	%1.75
Arkadaşlardan utanırsa vazgeçer	1	%1.75

Aileler çocuklardaki parmak emme davranışını çocukla konuşup zararlarını anlatarak, meşgul olmasını sağlayarak, ikaz ederek ve eline bir şey sürerek ortadan kaldırılabileceğine inanmaktadır. Ailelerin çok az bir bölümü uzmana başvurarak çözebileceğini belirtmiştir.

Tablo-14

Soru-7; Tırnak Yeme Davranışının Altında Yatan Nedenlerin Ne Olduğuna Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
Yaşanan olaylar, psikolojik sorunlar	15	%26.31
Stres	12	%21.05
Kendini anlatamama	10	%17.54
Endişe(kaygı)	10	%17.02
Korku	8	%14.03
Taklit	5	%8.71
Alışkanlıktır.	4	%7.02
Baskı	4	%7.02
Anne baba kavgası	3	%5.26
Güvensizlik	2	%3.51
Bilmiyorum	2	%3.51
Şiddet	2	%3.51
İlgi çekme isteği	2	%3.51
Gelişim dönemini atlatamamıştır	1	%1.75
Kardeş kıskançlığı	1	%1.75
Vitamin eksikliği	1	%1.75

Tırnak yemenin nedenlerine yönelik aileler bazıları yaşanan olayların, psikolojik sorunların, stres ve kendini anlatamama gibi faktörlerin etkili olduğunu belirtmişlerdir. Bunun yanında bazı aileler tırnak yemenin taklit, alışkanlık ve ilgi çekme yolu ile de oluşabileceğini düşünmektedir.

Tablo- 15

Soru-8; Tırnak Yeme Davranışının Tedavisine Ne Gibi Yöntemlerin Etkili Olabileceğine Yönelik Görüşler

Verilen Cevaplar	n	%
Konuşarak, zararlarını anlatmak	14	%24.56
Acı oje sürmek	11	%19.30
Doktor yardımı	10	%17.54
Uyararak tedavi edilmeli	9	%15.79
Uzmanla başvurmak(psikolog)	8	%14.03
Sorunun temeline inilmelidir	5	%8.71
Dikkatini başka yöne çekmek	5	%8.71
Sıkıntılardan uzak tutmak	3	%5.26
Yapmamasını ödüllendirmek	3	%5.26
Sevgi ve ilgi göstermek	3	%5.26
Bilmiyorum	2	%3.51
Etkili yöntem yok	1	%1.75
Aile problemlerini çözmek	1	%1.75
Tırnaklarını kısa tutmak	1	%1.75

Aileler tırnak yeme davranışının tedavisinde, çocukla konuşup zararlarını anlatarak, doktordan yardımı alarak ve uzmana başvurmak sorunu çözebileceğini düşünmektedir. Bazı aileler ise çocuğa uyarılar vermenin, elerine acı oje sürmenin etkili olabileceğine inanmaktadır. ailelerin çok az bir bölümü uzman veya doktor yardımı alınması gerektiğini belirtmiştir.

Tablo-16

Soru-9; Altına Yapma(Enkopresis) Davranışının Nedenlerinin Ne Olduğuna Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
Korku	16	%28.07
Fiziksel bir rahatsızlık (Kasların hazır olmaması)	13	%22.81
Aile baskısı ve şiddet	8	%14.03
Psikolojik sıkıntılar	7	%12.28
Tembellik	7	%12.28
Aile içi problem	6	%10.53
Kıskançlık.	6	%10.53
Genetik	6	%10.53
Dikkat çekme	6	%10.53
Biliyorum	4	%7.02
Anneye tepki	4	%7.02
Tuvalet eğitimi	3	%5.26
Anne ilgisizliği	2	%3.51
Uyku ağırlığı	2	%3.51
İçe kapanıklık	2	%3.51
Heyecan	1	%1.75
Fazla su içme	1	%1.75

Ailelerin bazıları, çocukların altına yapmasının nedeninin korku ve fiziksel rahatsızlık olduğunu düşünmektedir. Çok az aile de psikolojik sıkıntılar, aile baskısı, şiddet, aile içi problem ve anneye olan tepkisinin neden olabileceğini belirtmiştir.

Tablo-17

Soru-10; Çocukların Sürekli Altına Yapması Durumunda Bu Davranışın Tedavisi İçin Ne Yapılması Gerektiğine Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
Doktora başvururdum	22	%38.60
Uzman bir kişiye başvururum	20	%35.88
Tuvalet alışkanlığı kazandırırdım	4	%7.02
Uyarırdım(hatırlatırdım)	4	%7.02
Aile içi huzuru sağlamak	3	%5.26
Korkularını ortadan kaldırmak	3	%5.26
Zamanla düzelmesini beklerim	3	%5.26
Konuşurdum	3	%5.26
İstenilen davranışı yaptığında ödüllendiririm	1	%1.75
Bilmiyorum	1	%1.75

Ailelerin yarısından fazlası enkoprisis'in tedavisinde doktor veya uzman gerektiğini belirtmiştir. Ailelerin bazıları ise uyararak, zamanla düzelmesini bekleyerek kendinin tedavi ederek ortadan kaldırabileceğini düşünmektedir.

Tablo -18

Soru-11; Saldırganlık Davranışlarının Nedenlerinin Ne Olduğuna Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
Etrafındakileri örnek alma(taklit)	17	%29.82
Aile içi problemler	9	%15.79
İsteklerini yerine getirmek	9	%15.79
Televizyon(filimler)	7	%12.28
Kalıtsaldır	7	%12.28
Kıskanma	7	%12.28
Üstünlük kurma	6	%10.53
Önemsenmeme(ilgisizlik)	5	%8.71
Aşırı kızma, şiddet	5	%8.71
Özgüvensizlik	3	%5.26
Başarısızlık	2	%3.51
Hormon değişiklikleri	1	%1.75
Bilmiyorum	1	%1.75
İncelemek lazım	1	%1.75
Sinir bozukluğu	1	%1.75
Psikolojiktir	1	%1.75

Ailelerin çoğunluğu çocuğun etrafındakileri örnek almasının(taklit) ve aile için problemlerin saldırganlık davranışına neden olduğunu belirtmiştir. Bazı aileler ise çocuğun kendi isteklerini yerine getirme çabasının, özgüvensizliğin, kıskanmanın ve başarısızlığın neden olabileceğini düşünmektedir. Ailelerin çok azı aşırı kızma veya şiddet davranışının Saldırganlığa yol açabileceğini bildirmiştir.

Tablo -19

Soru-12; Saldırganlık Davranışlara Bir Son Verilmesi İçin Ne Yapılması Gerektiğine Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
Konuşurum Zararlarını anlatırım	20	%35.88
Uzmanı başvururum	10	%17.54
Örnek olurum	7	%12.28
Ceza veririm	6	%10.53
Şiddet içeren filmleri izlemesini engellerim	5	%8.71
Ev ortamını düzeltirdim	5	%8.71
Sebeplerini ortadan kaldırırım	5	%8.71
Çocuğa sevgi ile yaklaşırım	4	%7.02
İsteklerini yerine getirmem	3	%5.26
Tepki vermemem	1	%1.75
Bilmiyorum	1	%1.75

Ailelerin çoğunluğu saldırganlık davranışlarını konuşup zararlarını anlatarak kendi yöntemleri ile çözebileceğine inanmaktadır. Bunun yanında bazı aileler uzmana başvurarak Saldırganlığa son verebileceğini belirtirken, bazı aileler ise ceza vererek istediklerini yerine getirmeyerek ortadan kaldırabileceğini düşünmektedir.

Tablo -20

Soru-13; Çocuklardaki Okul Korkularının Nedenlerinin Ne Olduğuna Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
Aileden ayrılma (anneye bağılılık)	34	%59.65
Arkadaş ilişkileri (yalnızlık, şiddet)	11	%19.30
Başaramama endişesi	10	%17.54
Öğretmen korkusu	10	%17.54
Özgüvensizlik	7	%12.28
Yeni ortam endişesi	7	%12.28
Yanlış duygu yüklenmesi	1	%1.75
Anne babanın koruyucu davranışları	1	%1.75
Kıyaslanması ve yarıştırılması	1	%1.75

Araştırmada okul korkularının nedenleri yönünde ailelerin büyük bir çoğunluğu aileden ayrılma ve anneye olan bağılılık olduğunu belirtmiştir. Bazı aileler ise çocukların okul korkusunun nedeninin arkadaş ilişkileri ve başaramama endişesi olduğunu düşünmektedir.

Tablo -21

Soru-14; Okul Korkularını Ortadan Kaldırmaya Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
Okulun güzel yanlarını anlatırım	17	%29.82
Öğretmenler ile işbirliği yaparım	14	%24.56
Onunla okula gidip alışmasını sağlarım	8	%14.03
Nedenlerini ortadan kaldırırım	7	%12.28
Psikolog yardımı alırdım	5	%8.71
Ödüllendirmeden yararlanırım	2	%3.51
Arkadaşları ile yakınlaşmasını sağlarım	2	%3.51
Zamana bırakırım	2	%3.51
Özgüvenini kazandırmaya çalışırım	2	%3.51
Konuşurum	2	%3.51
Okulunu değiştirirdim	2	%3.51
Bilmiyorum	1	%1.75

Aileler okul korkusunu okulun güzel yanlarını anlatarak, öğretmenlerle işbirliği yaparak, okula gidip alışmasını sağlayarak ortadan kaldırdığını belirtmiştir. Bazı aileler ise çocuğun arkadaşları ile yakınlaşmasını sağlayarak, zamana bırakarak veya okulunu değiştirerek okul korkusunu çözebileceğine inanmaktadır.

Tablo -22

Soru-15; Tiklerin Nedenlerinin Ne Olduğuna Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
İçsel sıkıntıları dışarıya atma(yaşanan olaylar ve korkular)	13	%22.81
Psikolojik	11	%19.30
Bilemiyorum	11	%19.30
Taklit	7	%12.28
İlgi çekmek	6	%10.53
Aile içi problemlerden	6	%10.53
İstem dışı hareket	5	%8.71
Baskı	3	%5.26
Genetik	3	%5.26
Güvensizlik	2	%3.51
Sinir bozukluğu	1	%1.75
Utangaçlık	1	%1.75
Heyecan	1	%1.75

Ailelerin çok az bir bölümü çocuklardaki tiklerin nedenlerinin içsel sıkıntılar, aile problemleri ve baskı olabileceğini belirtmiştir. Bunun yanında bazı aileler ise tiklerin nedenini bilmediğini, taklit ve ilgi çekmek için yaptığını bildirmiştir.

Tablo -23

Soru-16; Tiklerin Çözümlerinin Ne Olduğuna Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
Destek alırım(psikolog ,psikiyatri)	24	%42.10
Bilmiyorum	8	%14.03
Görmemezlikten gelirim	7	%12.28
Konuşurum	7	%12.28
Baskı yapmaz sıkıntıları ortadan kaldırırm	4	%7.02
Sevgi -ilgi ihtiyacını karşılarım	2	%3.51
İkaz ederim	2	%3.51
Dikkatini başka şeylere çekerim	2	%3.51
Nedenini bulurum	2	%3.51
Aile sorunlarının çözülmesi gerekir	2	%3.51
Çözümü yok	1	%1.75

Ailelerin yarısına yakın bir bölümü görüşlerinde destek alınması gerektiğini belirtmiştir. bunun yanında ailelerin bazıları tikleri nasıl çözeceğini bilmediğini belirtirken bazıları ise çocuğa konuşarak, ikaz ederek, dikkatini başka yöne çekerek veya görmezlikte gelerek çözebileceğine inanmaktadır.

Tablo-24

Soru-17; Kekemeliğin Oluşmasındaki Nedenin Ne Olduğuna Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
Korkulardır	23	%40.35
Baskı- Şiddet	13	%22.81
Genetik(doğuştan)	10	%17.54
Yaşadığı olaylar	8	%14.03
Aile problemleri	6	%10.53
Heyecan.	3	%5.26
Söz hakkı verilmeme- sözünü kesme	3	%5.26
Dilindeki rahatsızlık	2	%3.51
Psikolojiktir	2	%3.51
Dikkat çekme	2	%3.51
Bilmiyorum	2	%3.51
Güvensizlik	1	%1.75
İlgisizlik	1	%1.75
Bir hastalık olabilir	1	%1.75
Duygusallık	1	%1.75

Ailelerin çoğunluğu kekemeliğin oluşumundaki nedenin korkular olduğunu belirtmiştir. Çok az aile ise kekemeliğin nedeninin genetik, baskı, şiddet ve çocuğun yaşadığı olaylar olduğunu düşünmektedir. Bunların yanında bazı aileler kekelemenin oluşmasında çocuğa söz hakkı verilmemesinin, heyecanın ve dildeki bir rahatsızlığın neden olduğuna inanmaktadır.

Tablo -25

Soru-18; Çocukların Kekelemeden Konuşabilmesi İçin Ne Yapılması Gerektiğine Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
Uzmanlardan yardımı alırım	14	%24.56
Dil terapisti gerekir	13	%22.81
Baskı uygulamazdım	7	%12.28
Konuşurken (sabırlı olur) dinlerdim	7	%12.28
Doğru konuşması için yardım ederdim (takdir, ödül)	6	%10.53
Doktora giderim	5	%8.71
Aile içi davranışlara dikkat etmek gerekir	4	%7.02
Korkularını yenmesi gerekir	3	%5.26
Yanlış konuştuğunda uyarıp- düzelterek	3	%5.26
Bilmiyorum	2	%3.51
Çocuk eğitim almalıdır	2	%3.51
Çevresindekilerin düzgün konuşması gerekir	1	%1.75
Anne babanın bilinçlendirilmesi gerekir	1	%1.75
Topluluklarda görev verilmeli	1	%1.75
Kitap okumasını sağladım	1	%1.75

Aileler çocukların kekelemeden konuşabilmesi için bir uzman veya dil terapisti gerektiğini belirtmişlerdir. Bunun yanında bazı aileler baskı uygulamayarak, konuşurken dinleyerek veya yanlış konuşmalarını uyararak çocuğun kekelemeden konuşmasını sağlayabileceklerini düşünmektedirler.

Tablo-26

Soru-19; Çocukların Neden Yalan Söylediğine Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
Korku(dayak veya kızılacağı korkusu)	25	%43.85
İşledikleri suçu veya yanlışı kapatmak(savunma)	12	%21.05
Büyüklerini çevresini örnek almak(özenti)	12	%21.05
Dikkat çekmek	12	%21.05
İstediklerini yaptırmak	7	%12.28
Alışkanlık	3	%5.26
Hastalık olabilir	2	%3.51
Baskıcı aile tutumu	2	%3.51
Aile içi iletişim eksikliği	2	%3.51
Kendine güvenmeme	1	%1.75
Kaygıları olması	1	%1.75
Kıskançlık	1	%1.75

Ailelerin çoğunluğu çocuğun korku duymasının, işlediği suçu veya yanlışı kapatma çabasının ve büyüklerini örnek almasının yalan söylemesine neden olduğunu belirtmiştir. Bunun yanında bazı aileler çocuğun dikkat çekmek ve istediklerini yaptırmak için de yalan söyleyebileceğini belirtmiştir.

Tablo- 27

Soru-20; Yalan Söyleme Davranışını Önlemek İçin Ne Yapılması Gerektiğine Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
Konuşarak ,Zararlarını anlatırım	25	%43.85
Aile-çocuk iletişim kurulup konuşarak	18	%31.57
Ebeveynin örnek olması gerekir	10	%17.54
Güven vererek	10	%17.54
Doğrularını ödüllendiririm	2	%3.51
Cezalar veririm	2	%3.51
Şiddet uygulamamak	1	%1.75
Her yaşta farklı önlemler alınması gerek	1	%1.75

Ailelerin yarısı çocukların yalan söylemesini önlemek için konuşup zararlarını anlatıldığını belirtmiştir. Ailelerin çok azı örnek olunması gerektiğini düşünmektedir.. Bazı aileler ise, aile-çocuk iletişim kurup konuşarak veya ceza verip şiddet uygulayarak çözebileceğine inanmaktadır.

Tablo -28

Soru-21; Çalma-Hırsızlık Yapma Davranışının Nedenlerinin Ne Olduğu Konusundaki Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
İhtiyaçlarının karşılanmaması	23	%40.35
Gördüğü şeylere sahip olma isteği (Özenti)	16	%28.07
Yanlış büyütmeye(Ahlak bilgisi eksikliği)	13	%22.81
Çevresinden görerek öğrenir(arkadaş ortamı, aile)	10	%17.54
Hastalıktır	4	%7.02
Bir şeyler kanıtlamak için	4	%7.02
Doyumsuzluk	4	%7.02
Psikolojik bozukluktur	2	%3.51
Heyecan olabilir	2	%3.51
Karakter	2	%3.51
Yasakların fazla olması	1	%1.75
Bilmiyorum	1	%1.75
Alışkanlık	1	%1.75
İçgüdüselidir	1	%1.75

Ailelerin çoğunluğu hırsızlık çalma davranışının nedeninin çocuğun ihtiyaçlarının karşılanmaması, gördüğü şeylere sahip olma isteği olduğunu belirtmiştir. Ailelerin bazıları yanlış büyütülme, çevresinden görerek öğrenmesinin neden olabileceğini düşünürken bazı aileler ise çocuğun doyumsuzluğunun veya birşeyler kanıtlamak istemesinin de neden olabileceğine inanmaktadır.

Tablo -29

Soru-22; Çocuğu Çalma Davranışından Vazgeçirmek Konusunda Ne Yapılabileceğine Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
Konuşup - Olumsuz örneklerini anlatırım	31	%54.38
Destek alırım (Psikolog, Doktor, Uzman)	14	%24.56
Uyararak	8	%14.03
Örnek olurum	8	%14.03
İhtiyaçlarını karşıladım	7	%12.28
Arkadaş çevresinden uzaklaştırdım	2	%3.51
Sebebi ortadan kaldırmak gerekir	2	%3.51
Bilmiyorum	1	%1.75

Çalma davranışından vazgeçirmek konusunda ailelerin yarısından fazlası görüşlerinde konuşup olumsuz örnekler vererek vazgeçireceğini belirtirken bazı aileler ise çalma davranışının destek alınarak çözülmesi gerektiğini belirtmiştir. Bunun yanında ailelerin bazıları uyararak, arkadaş çevresinden uzaklaştırarak veya ihtiyaçlarını karşılayarak da ortadan kaldırmabileceğini düşünmektedir.

Tablo -30

Soru -23; D.E.H.B Oluşmasındaki Etkenin Ne Olduğuna Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
Kalıtsal	21	%36.84
Bilmiyorum	9	%15.79
Yiyeceklerden	6	%10.53
Konsantre sorunu	3	%5.26
Aile içinde olan huzursuzluklar	3	%5.26
Beyin rahatsızlığı	3	%5.26
İlgisizlikten oluşur	3	%5.26
Aklındaki düşüncelerin yoğunluğudur	2	%3.51
Psikolojik	2	%3.51
Acelecilikten	2	%3.51
Zekâ seviyesinin yüksek olması	2	%3.51
Aşırı bağımsızlık	1	%1.75
Duygusal olabilir	1	%1.75
Can sıkıntısı	1	%1.75
Özel gelişen bir çocuk olabilir	1	%1.75
Sorumluk alamama	1	%1.75
Başardığını gösterememe	1	%1.75
Çevreden örnek almış olabilir	1	%1.75
Hormonlardan olabilir	1	%1.75
Ailenin hareketliliğini desteklemesi	1	%1.75

Aileler DEHB oluşmasında kalıtsal etmenlerin etkisi olduğunu belirtmiştir. Bunların dışında bazı aileler nereden oluştuğu konusunda bilgisi olmadığını belirtirken bazı aileler ise yiyeceklerden, konsantre sorunundan ve aklındaki düşüncelerin yoğunluğundan oluştuğu gibi birbirinden farklı nedenlere bağlamaktadır.

Tablo -31

Soru-24; D.E.H.B.'nin Nasıl Tedavi Edilebileceğine Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
Uzmanla başvurularak	12	%21.05
Doktora danışılarak	8	%14.03
Bilmiyorum	8	%14.03
Özel eğitim kurumlarında eğitim alınmalı	6	%10.53
İlaç Tedavisi uygulanmalı	5	%8.71
Onu meşgul edecek oyunlar vererek	5	%8.71
Yediklerini dengeleyerek	4	%7.02
Sakin hareket etmesini sağlayarak	3	%5.26
Ailenin çabaları gerekmektedir	3	%5.26
Tedavisi olmadığını düşünüyorum	2	%3.51
Zaman bırakılmalı düzelir	2	%3.51
IQ testi yaptırılmalı	1	%1.75

Aileler D.E.H.B'nin bir uzmanla veya doktora başvurularak tedavi edildiğini bildirmiştir. Bunun yanında bazı aileler bilmediklerini açıklarken, bazı aileler ise çocuğun meşgul olmasını sağlayarak, yediklerini dengeleyerek veya zaman bırakarak çözebileceğine inanmaktadır.

Tablo -32

Soru-25 (a); Bu Saydığımız Davranış Problemlerinden Hangisinin Veya Hangilerinin Daha Kolay Bir Şekilde Çözömlenebileceğine Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
Yalan söyleme	14	%24.56
Parmak emme	13	%22.81
Tırnak yeme	13	%22.81
Hiçbiri	11	%19.30
Altını ıslatma	9	%15.79
Okul korkusu	7	%12.28
Saldırganlık	5	%8.71
Kekemelik	3	%5.26
Altına yapma	3	%5.26
Tik	3	%5.26
Bozukluğun derecesine bağı	2	%3.51
Hırsızlık.	2	%3.51
Korku	2	%3.51
Dikkat eksikliği hiperaktivite	1	%1.75
Bilmiyorum	1	%1.75

Aileler tarafından en kolay çözülebilecek olan davranış bozuklukları yalan söyleme, tırnak yeme, altını ıslatma ve okul korkusu olduğu bildirilmiştir. Bunların yanında bazı aileler kolay çözülen davranış bozukluğu olmadığı belirtmiştir.

Tablo -33

Soru -25 (b); Neden Daha Kolay Çözömlenebileceğine Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
Aile desteği ile çözölür- doktor gerektirmez	29	%50.88
Yaş ilerledikçe geçebileceği için	9	%15.79
Doktordan yardımı ile çözölür	5	%8.71
İlaç tedavisi pek yoktur	4	%7.02
Evde de yapacağından kontrol altına alınabilir	4	%5.26
Oje sürerek çözölür	3	%5.26
Çevreden kaynaklanır	3	%1.75
Psikolojik sebepleri daha çok olduğu için.	2	%3.51
Sinire dayalı yapılan bir davranıştır(anlıktır)	2	%3.51

Ailelerin yarısı kolay olarak saydıkları davranış bozukluklarının aile desteği ile çözülebileceği ve doktor gerektirmediği için kolay olduğunu belirtmiştir. Buna karşın çok az sayıda aile bazı davranışları çözenin kolay olmasını doktor yardımı ile çözülebilmesine bağlamıştır.

Tablo -34

Soru-26 (a); Bu Saydığımız Davranış Problemlerinden Hangisinin Veya Hangilerinin Daha Zor Olduğuna Yönelik Görüşler

Verilen Cevaplar	n	%
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu	12	%21.05
Kekemelik	10	%17.54
Çalma	9	%15.79
Tikler	6	%10.53
Altını ıslatma	6	%10.53
Hepsi	4	%7.02
Saldırganlık	3	%5.26
Parmak emme	3	%5.26
Korku	2	%3.51
Yalan söylemek	2	%3.51
Tırnak yeme	2	%3.51
Altına yapma	2	%3.51
Ailenin çözemedikleri	2	%3.51
Problemin nedenine bağlı değişir	1	%1.75
İlaç tedavisi gerekenler	1	%1.75

Aileler dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, ve kekemelik davranışlarının daha zor çözüldüğünü belirtirken, ailelerden bazıları hepsi yanıtını vererek tüm davranış bozukluklarının çözülmesinin zor olduğunu belirtmiştir. Bunun dışında bazı aileler, kendi çözemedikleri davranışların ve ilaç tedavisi gerektiren davranışların zor olduğunu ifade etmiştir.

Tablo -35

Soru -26 (b); Neden Daha Zor Çözömlenebileceğine Yönelik Görüşler

Verilen Cevaplar	n	%
Uzun zaman alır	20	%35.88
Doktor ve psikolog ister	12	%21.05
Çözölemez	8	%8.71
Daha çok hastalıktır	4	%7.02
Genetiktir	4	%7.02
Psikolojiktir	3	%5.26
İstem dışı olduğu için	2	%3.51
Bilgimiz olmadığı için	1	%1.75
İlaç tedavisi gerekir	1	%1.75
Konuşarak çözölemediği için	1	%1.75
Uykusunda da yaptığı için	1	%1.75

Ailelerin belirttikleri davranış bozukluklarının uzun zaman alması, doktor ve psikolog istemesi nedeniyle zor olduğunu belirtmiştir. Bunun dışında bazı aileler ise bu bozuklukların çözölemeyeceği, bir hastalık olduğu ve istem dışı olduğu için zor çözöldüğünü açıkladı.

Tablo-36

Soru- 27: Çocuklarda Bu Davranış Bozukluklarından Birisi Ortaya Çıkarsa İlk Olarak Kime Veya Nereye Başvurulduğuna Yönelik Görüşler

Verilen Cevaplar	n	%
Psikoloğa (çocuk psikoloğu) danıştım	16	%28.07
Doktoruna başvururum.	15	%26.31
Basit sorunları ben çözerim	13	%22.81
Konunun uzmanı kişilere	12	%21.05
Psikiyatrise	4	%7.02
Rehber psikolojik danışmana	4	%7.02
Başından geçen kişilere	3	%5.26

Davranış bozukluklarından birinin ortaya çıkması durumunda aileler psikoloğa, doktora, konunun uzmanı kişilere başvurduğunu belirtmiştir. Bunun yanında bazı aileler ise basit sorunları kendi çözdüğünü veya başından geçen kişilere başvurduğunu açıklamıştır.

Tablo-37

Soru- 28: Tüm Bu Problem Davranışları Gidermede Bir Uzman Yardımına İhtiyaç Olup Olmadığına Yönelik Görüşler

Verilen cevaplar	n	%
Evet vardır	57	%100

Ailelerin tüm bu davranış bozukluklarını gidermede bir uzman yardımına ihtiyaç olduğunu belirtmiştir.

BÖLÜM VII.

Bu bölümde, tartışma, araştırma sonuçlarının genel bir değerlendirmesi ve bu değerlendirme sonucunda eğitimcilere ve gelecekte yapılacak araştırmalara yönelik önerilerde bulunulmuştur.

VII.1. TARTIŞMA

Araştırmanın veri toplama aşamasında bazı aileler görüşme yapmaktan kaçınmış ve kabul etmemiştir. Ailelerin bir kısmı çocuğunun davranış bozukluğu olmadığını ileri sürerek, bir kısmı ise konuyla ilgili konuşmak istemediğini belirterek araştırmaya katılmak istememiştir. Bu da bazı ailelerin davranış bozukluklarını, toplumda var olan, olağan bir durum olarak kabul etmediklerini, bu konuları hâlâ tabu olarak gördüklerini ve çocuklarda gözlenen davranış bozukluklarını göz ardı ettiklerini göstermektedir.

Çalışmamız görüşme yapılan ailelerin çocuklarda görülen davranış bozuklukları ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıklarını ve buna bağlı olarak davranış bozukluğu çeşitleri ile normal davranışları ayırt edemediklerini ortaya çıkmıştır.

Çocuklarda davranış bozukluklarını birçok araştırmacı çok farklı şekilde tanımlamaya çalışmıştır. Ayık (2004), davranış bozukluklarını çocuğun çeşitli ruhsal ve bedensel nedenlere bağlı iç çatışmalarını davranışlarına aktarması olarak açıklarken. DSM-IV (1994) ise en kapsamlı çerçeveyi çizerek “Çocuğun yaşına uygun olmayan, sürekli tekrar eden ve toplumsal kuralların hiçe sayılarak başkalarının temel haklarına saldırıda bulunan bir durum” olarak tanımlamıştır. Çalışmamızda aileler davranış bozukluklarını normal olmayan davranışlar, sürekli tekrar eden, istem dışı olan davranışlar gibi çok çeşitli şekillerde tanımlamaktadırlar. Ailelerin tek başına verdikleri bu cevapların sığ ve yeterli olmadığını ortak bir tanımları ortaya koyamadıklarını göstermiştir.

Araştırmada aileler en fazla saldırganlık, altını ıslatma, tırnak yeme, yalan söyleme gibi davranış bozukluklarını belirtmişlerdir. Bazı aileler ise parmak emme, çalma, tikler gibi birbirlerinden farklı çeşitler saymışlardır. Ancak araştırmamızda ailelerin çoğunlukla davranış bozukluklarının çeşitlerini sayamadıkları tespit edilmiştir. Bunun yanında bazı aileler ise saygısızlık, kıskançlık, içe kapanıklık, küsme, inat, ağlamak gibi doğal çocuk davranışlarını da davranış bozukluğu olarak tanımlayarak bir tanımlama karmaşası içerisinde olduklarını göstermişlerdir. Connors (1970) de yaptığı çalışmada ailelerin gelişim döneminin özellikleri ile davranış bozukluklarını ayırt edemeyerek karıştırdıklarını göstermektedir.

Çalışmamızda bazı aileler Enürezis'in korku, psikolojik baskı, tehdit veya genetik nedenlere bağlı olabileceğini belirtirken bazı aileler ise sağlık sorunu, uyku esnasında hissetmeme, tuvalete gitmeye üşenme gibi geçici durumlara bağlı olabileceğini belirtmiştir. Enürezis'in nedenleri arasında çeşitli ruhsal etkenlerin (Yavuzer, 1997) ve anne-babanın çocuğa kötü, sert davranışları ve uygunsuz-ağır ceza vermelerinin de etkisi (Bakırcıoğlu, 1976) olduğu bilinmektedir. Ailelerin bazıları Enürezis'in nedenleriyle ilgili doğruya yakın görüşler ortaya koyarken bazı aileler geçici nedenleri bozukluk nedeni olarak belirtmesi bilgilerinin yeterli düzeyde olmadığını göstermiştir.

Aytuna (1976) gece altını ve yatağını ıslatan çocuklara anne ve babaların alacakları ilk tedbir; bu çocukları bu alanda uzman bir hekime göstermesi gerektiğini bildirmiştir. Çalışmamızda ailelerin yarısı Enürezis tedavisini konuşma yaparak, zamana bırakarak, kendi yöntemleriyle çözerek veya kızarak ortadan kaldıracabileceğine inanmakta doktor veya uzman yardımı almayı düşünmemektedir. Enürezis tedavisinde psikoterapi (Ary, Duncan, Haps, 1999) ve ilaç tedavisinin (Yörükoğlu, 1983) önemli yer tuttuğunun aileler tarafından bilinmediği anlaşılmaktadır.

Aileler parmak emmenin nedenleri olarak en çok alışkanlık yanıtını vermişlerdir. Çağlar (1981), parmak emme davranışının psikolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkması sonrasında ancak bir tekrarlama sonucu alışkanlık olabileceğini belirtmektedir. Aydoğmuş (1993), sürekli Parmak emme davranışının psikolojik sorunlara, gerginliklere ve anne-çocuk ilişkisindeki yetersizliklere bağlı olduğunu bildirmiştir. Araştırmamızda, ailelerin bazıları parmak emmenin psikolojik sorunlar ve sevgi yetersizliği olduğunu bildirirse de bazı aileler gelişim basamaklarının özellikleri olan emme ihtiyacını giderme ve dış çıkarmanın neden olduğunu belirtmişlerdir.

Ailelerin çoğunluğu parmak emme davranış bozukluğunu çocuklarla konuşup zararları anlatılarak veya bir meşguliyet bulunarak çözülebileceğine inanırken uzmana başvurulması gerektiği çok az aile bireyi tarafından belirtilmiştir. Çağlar (1981) parmak emmenin tedavisinde, çocuklara bu alışkanlıkları terk etmeleri için uygun olmayan tedbirlerin, cezaların uygulanması sonucu birçok uyum ve duygusal problemlerin ortaya çıkmasının neden olabileceğini belirtmektedir. Aileler çocukların parmak emme davranışının ikaz ederek, eline bir şey sürerek veya zamana bırakıp hiçbir şey yapmayarak vazgeçirilebileceğine inanmaktadırlar. Bu tür inançlar ve bilgidен yoksun sorun çözme yöntemleri çocuklarda davranış bozukluklarını tedavi etmek bir yana çocuklarda daha ciddi bozukluklara da yol açabileceği gerçeğini ortaya çıkarmaktadır.

Aileler görüşlerinde tırnak yeme davranışına, yaşanan psikolojik olayların, stres-sıkıntı ve endişenin neden olduğunu belirtmiştir. Dirim (2003), Aydın (2003) ve Kapıcı (2005) Tırnak yeme davranışının nedeninin çocuğa ilgisizlik, aile büyüğünün kaybı, ani korku, yeni kardeş, anne baba geçimsizliği, anne babanın kavgaları, babanın uzun süre seyahat etmesi, çocuklar arası ayrım, aşırı kuralcı ve baskıcı eğitim olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda Tırnak yeme davranışına baskı, şiddet ve anne-baba kavgalarını neden olduğu çok düşük oranda belirtildiği ve nedenler arasında yer alan anne-baba tutumlarının hiçbir aile bireyi tarafından belirtilmediği ortaya çıkmıştır. Bunun yanında bazı aileler tarafından çocukların

taklit ve ilgi çekme isteği de tırnak yemenin nedenleri arasında görülmektedir. Aydın (2003) çocukların taklit ve ilgi çekmek için de tırnaklarını yiyebildiğini ancak bunların psikolojik nedenli olmayan davranışlar olduğunu belirtmiştir.

Tırnak yeme davranışının tedavisinde çoğu aileler konuşarak çözebileceğini düşünürken bazı aileler çocuğa uyarılar vermenin, ellerine acı oje sürmenin etkili olabileceğini düşünmektedir. Çalışmamızda tırnak yeme davranışının nasıl tedavi edileceğini bilmeyen aileler bulunduğu gibi etkili tedavi yöntemlerinin olmadığına inanan aileler de bulunmaktadır. Ancak çalışmalar belirtilenin tam aksine, çocuktaki tırnak yeme davranışını ortadan kaldırmada en önemli özelliğin sevgi ve bilgi olduğunu bildirmişlerdir (Tuzcuoğlu ve Tuzcuoğlu 2005; Dirim, 2003; Kapıcı, 2005).

Yörükoğlu (2003) ve Öztürk (2004), Enkoprezis'in oluşmasında yeni bir kardeşin doğumu, anneden ayrılık, korkutucu olaylar, gibi tedirgin edici durumların neden olduğunu bildirirken, çalışmamızdaki aileler Enkoprezis'e korku ve fiziksel bir rahatsızlığın neden olduğunu belirtmişlerdir. Aileler çok az oranda Enkoprezis'e psikolojik sıkıntıların, aile içi problemlerin ve kıskançlığın neden olduğunu belirtmiştir. Ayrıca aileler dikkat çekme, ağır uyku, fazla su içme, heyecan gibi geçici bir duruma bağlı olan nedenleri de Enkoprezis'in nedeni olarak koymuşlardır.

Enkoprezis'in tedavisinde ailelerin doktora veya uzmana başvurmada daha hassas oldukları görülmektedir. Buna rağmen bazı aileler konuşarak, uyararak veya zamanla düzelmesini bekleyerek Enkoprezis'in düzelebileceğine inanmaktadır. Yörükoğlu (2003), Enkoprezis'in çocuğu utandıran, benlik saygısını zedeleyen, sosyal yaşamını, arkadaş, aile ilişkilerini bozan bir belirti olduğundan sağaltımının büyük önem taşıdığını belirterek, davranış tedavisi ve ilaç kullanımının da gerekebileceğini bildirmiştir.

Yapılan çalışmalar, saldırganlığın genellikle doğuştan var olan bir dürtü olduğunu ve çocuğa yöneltilen saldırganlık, olumsuz tutum ve gereksiz

engellemelerin bu dürtünün beslenerek güçlenmesine ve çocukta Saldırganlığın oluşmasına neden olduğunu bildirmiştir (Aydoğmuş 1993; Worchel 2000; Ayan 2007). Çalışmamızda örnek alınarak Saldırganlığın öğrenilebileceğini, ailelerin ancak üçte birine yakını belirtmiştir. Ayrıca ailelerin çok azı aşırı kızma veya şiddet davranışının Saldırganlığa yol açabileceğini bildirmiştir. Bazı çalışmalar ise kitle iletişim araçlarının özellikle çocuklar ve ergenlerde saldırganlığı artırdığına ait anlamlı ve pozitif ilişkilerin olduğunu (Anderson ve Bushman, 2001; Dill ve Dill, 1998), Ayrıca medya faktörünün saldırganlığı kısa ve uzun dönemlerde tetiklediğini bildirmişlerdir (Silvern ve Williamson, 1987). Yine ailelerin çok azı televizyonun saldırganlığa neden olduğunu belirtmiştir.

Ailelerin bazıları çocuklardaki Saldırganlık davranışlarının tedavisinde uzman gerektiğini bazıları ise örnek olunması ve şiddet içeren filimlerin engellemesi gerektiğini ifade etmiştir. Öztürk (2006), saldırganlığın kimi zaman psikolojik destek gerektirdiğini kimi zaman ise ebeveynin doğru tutumları ile düzelebileceğini belirtmiştir. Ancak ailelerin üçte biri saldırganlık davranışlarını konuşup-zararlarını anlatarak ortadan kaldıracabileceğine inanmaktadır. Ailelerin saldırganlık davranışlarını ortadan kaldırmaya yönelik verdikleri diğer cevaplarda ise tepki vermeyerek, isteklerini yerine getirmeyerek ve ceza vererek düzeltebileceklerine inanmaktadırlar.

Ailelerin büyük bir çoğunluğu Okul korkularının nedenlerinin anneye olan bağıllık olduğunu belirtmiştir. Gordon ve Young (1976) okul korkusunun ortaya çıkmasında aile içi ilişkilerin önemli rol oynadığını belirtmiştir. Ailelerden sadece 1kişi ailenin koruyucu davranışlarının neden olduğunu belirtmiştir. Salk (1982) ve Özdoğan (1986) ise öğretmenin sert ve tutarsız tutumlarının da neden olabileceğini açıklamıştır. Az bir kısım aile ise çocukların okul korkusunun nedeninin öğretmen olabileceği yanıtını vermiştir.

Çalışmamızda ailelerin yarısı, okul korkusunu; okulun güzel yanlarını anlatıp, öğretmenle işbirliği yaparak ve okula giderek çözebileceğini düşünmektedir. Ailenin kendi yöntemleriyle çözebileceğini düşünmesi normal bir davranış olan okuldan

kaçınma davranışı ile bozukluğu karıştırıyor olabileceğini göstermektedir. Okul korkusu çocuğun bireysel tedavisi; davranış ve oyun tedavisi ile sürdürülmektedir (Öztürk, 1969). Ailelerin çok az bir bölümü psikolog yardımı alınması gerektiği görüşündedir. Bazı aileler ise zamana bırakarak, çocuğun arkadaşları ile yakınlaşmasını sağlayarak veya okulunu değiştirerek okul korkularını ortadan kaldıracabileceğine inanmaktadır.

Köknel (1992), Tiklerin çocuğun duygusal durumu, ana, baba ilişkileriyle yakından ilgili olduğunu genel olarak Tiklerin ortaya çıkmasında korku, tedirginlik, kaygı ve gerginliğin rol oynadığını belirtmiştir. Ailelerin çok az bir bölümü tiklerin nedenlerinin içsel sıkıntıların dışarıya yansımaları, aile problemleri ve aile baskının olabileceğini belirtmiştir. Leckman&Cohen (1992), geçici Tiklerin oluş nedenleri arasında çevresel ve stres faktörlerinin yanında genetik faktörlerin de yer aldığının önemini belirtmiştir. Ailelerin çok azı görüşlerinde genetik faktörlere yer vermiştir. Diğer ailelerin bazıları çocuklardaki tiklerin nedenlerinin ne olduğu konusunda bilgisi olmadığını bazıları ise taklit, ilgi çekmek, istem dışı hareket ve güvensizlik gibi birbirinden farklı cevaplar vermiştir.

Shapiorove ark. (1989) ve Yüksel (1998) Tiklerin tedavisinde ilaç tedavisinin başarı ile kullanıldığını bildirmiştir. Yavuzer (1994) ise çocukta Tik görüldüğü zaman bir pedagog ya da ruh hekimine gidilmesi gerektiğini, Tiki oluşturan nedenlerin, ruhsal kökenli olması sonucu da çocuklara oyun terapisi, psikoterapi ve davranış terapisi uygulandığını bildirmiştir. Ailelerin yarısına yakın bir bölümü destek alınması gerektiğini belirtirken ailelerin bazıları ise tikleri nasıl çözeceğini bilmediğini belirtmiştir. Diğer aileler ise çocuğa konuşarak, ikaz ederek, dikkatini başka yöne çekerek veya görmezlikte gelerek çözebileceğine inanmaktadır.

Zulliger (1991) Kekelemenin temelinde yatan nedenin bir korku nevrozu olduğunu, bu nevrozun psikosomatik belirtisi olarak da Kekeleme davranışının olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda ailelerin yarısından az bir bölümü kekemeliğin korkudan oluştuğunu ve yaşadığı olayların etkisi olduğunu belirtmiştir. Çalışmalar Akyıldız ve Yörükoğlu (1972), Ackerman ve Kappelman (1984), Konuşan çocuğu sürekli eleştirmenin , hatalarını düzeltmenin, Moncur (1952; Akt.

Van Riper, 1971) ise ebeveynlerinin aşırı baskıcı ve aşırı eleştirel olmalarının, çocuklarını disipline sokmaya ve eleştirmeye aşırı eğilimli olmalarının kekelemeye neden olabileceğini açıklamışlardır. Çalışmamızda az sayıda aile baskı ve şiddetin kekeleme davranışına neden olduğu görüşündedir. Hiçbir aile bireyi ebeveyn tutumlarının kekeleme davranışında bir etmen olabileceğini ise düşünmemektedir. Bunun yanında bazı aileler çocuğa söz hakkı verilmemesinin, heyecanının ve dikkat çekmenin neden olduğuna da inanabilmektedir. Bazı aileler ise organik bir nedene bağlı olan dildeki bir rahatsızlığı kekeleme davranış bozukluğu olarak tanımlamaktadır.

Yörükoğlu (1988), Kekemeliğin tedavisinde ilk önce bireyle görüşülerek onun psikolojik durumu hakkında bilgi edinilmesi, kekemeliğin altında yatan psikolojik faktörlerin ortaya çıkarılarak buna yönelik tedaviler uygulanması gerektiğini belirtmiştir. Öztürk (1969) de kekemeliğin tedavisinde psikoterapi uygulanması gerektiğini, psikoterapinin 8-9 yaşlarından küçüklerde oyun, daha büyük çocuklarda ise konuşma yoluyla uygulanarak ortadan kaldırılabileceğini belirtmiştir. Bizim çalışmamızda ise ailelerin ancak yarısı kadarının uzman, dil terapisti veya doktordan yardım alabileceğini belirtmiştir. Bazı aileler ise çocuğu konuşurken dinleyerek, yanlış konuştuğunda uyarıp-düzelterek veya çocuğa topluluklarda görev vererek kekeleme davranışını ortadan kaldırılabileceğine inanmaktadır.

Araştırmamızdaki aileler yalan söyleyen çocukların nedenini dikkat çekme, güvensizlik gibi çocukluk çağında zaman zaman da görülebilecek bazı davranışlar bir davranış bozukluğu olarak tanımladıkları görülmüştür. Illingworth, R., Illingworth, C., (1977) sert cezaların suçlanmadan kaçmak için çocuğun yalan söylemesine yol açtığını bildirmiştir. Doğramacı (1984) ve Enç (1978), de çocukların cezadan kurtulma çabalarının, baskı altında olmalarının ve korku duymalarının çocukları yalana iten nedenler olduğunu bunun yanında da büyüklerin hareketleriyle çocuğu yalana teşvik ederek alıstırdıklarını belirtmiştir. Ailelerin yarısı çocuklarının yalan söylemesine korku, büyüklerini örnek alması ve baskıcı aile tutumunun neden olduğu görüşündedir.

Çalışmamızda yalan söylemeyi ortadan kaldırmak için ailelerin çoğunluğu çocukla konuşarak ve zararlarını anlatarak çözebileceğini belirtmiştir. Enç (1978) çocuklarına günlük hayatları için kötü örnekler veren ana-babanın, işlerine gelmediği zamanlar yalanın kötülüğü hakkında vaazlar vererek onları doğruluğa alıştırmaya kalkmalarının etkisiz kalacağını açıklamıştır. Yavuzer (1994) de yalan söylemeyi önlemek için yetişkinlerin çocuğa iyi birer örnek olması gerektiği görüşündedir. Ailelerin az bir bölümü tarafından çocuklara örnek olunması gerektiği belirtilmiştir. Bunun yanında bazı aileler güven vererek veya ceza vererek ortadan kaldırılabileceğine inanmaktadır.

Ailelerin çoğu çocuğun ihtiyaçlarının karşılanmamasının Çalma davranışına neden olduğunu belirtmiştir. Zulliger (1991), hırsızlığa karşı eğilimin her zaman kusurlu bir eğitim sonucu çocuklara aşılandığını, çocuklarda çalıp çırpmanın temel hastalık olmadığını, hastalığın dışa vurulmuş bir belirtisi olduğunu açıklamıştır. Bunun yanında ailelerin çok azı tarafından yanlış büyütülmenin neden olabileceği belirtilmiştir. Enç (1978) ise çocuk ve gençlerin hırsızlıklarının bir kısmının ana-baba baskısına karşı sembolik bir isyan için işlendiğini bir kısmının da yeni heyecan verici tecrübeler yaşamak ve çevresini atlatarak bir üstünlük ya da hâkimiyet duygusu elde etmek için işlendiğini bildirmiştir. Ailelerin çok azı çocukların birşeyler kanıtlama çabasında olduklarını ve bir heyecan için yaptıklarını belirtmiştir. Bunun yanında ailelerden hiçbiri çocuklardaki çalma davranışına aile tutumlarının da neden olabileceğini belirtmemiştir.

Ailelerin yarısı konuşarak ve olumsuz örneklerini anlatarak ortadan kaldırılabileceği görüşlerini belirtmiştir. Çalışmalarda çalma davranışının tedavisinde bilişsel davranışçı tekniklerin yararlı olabileceğini, elektrokonvülsif terapiye yanıt alındığı ve duygu durum düzenleyici ilaçların kullanımı ile düzelmeler görüldüğü bildirmiştir (Burt&Katzman, 2000; Drust, 2001; Chong&Low, 1996; Figgitt &McClellan, 2000; Grant, 2002). Buna rağmen ailelerin çok azı tarafından destek alınması gerektiği belirtilmiştir. Yavuzer (1994) ise ailelerin doğru tutum ve davranışları ile çocuklarını, başkalarının mülkiyet haklarına karşı saygı duymaları yönünden eğitmesi ile de ortadan kaldırılabileceğini bildirmiştir. Aileler çok düşük

oranda örnek olarak veya çocuğu eğiterek ortadan kaldıracabileceğini belirterek, aile tutumlarının önemine değinmemiştir. Bunun yanında bazı aileler ise uyararak, ceza vererek, arkadaş çevresinden uzaklaştırarak çocuğu çalma davranışından vazgeçirebileceğine inanmaktadır.

D.E.H.B'in nedenlerine yönelik yapılan çalışmalarda biyolojik etkenlerin en önde olduğunu bunun yanında kalıtımın da etkisi olduğunu bildirmiştir (Ercan ve Aydın, 2003). Ailelerin bazıları kalıtsal etmenlerin rol oynadığını bildirmiştir. Bazı aileler ise DEHB'nun nedenlerini bilmediklerini bazı aileler ise bozukluk sonucu oluşan konsantre sorununu DEHB'nun nedeni olarak gördüklerini belirtmiştir. Öztürk (1997) ise dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların sıklıkla parçalanmış ailelerden geldiğini, ailelerinde sürekli geçimsizlik ve sürekli bozukluk olduğunu açıklamıştır. Aileler görüşlerinde çok az olarak aile içi huzursuzlukların neden olabileceğini belirtmiştir. Diğer aileler ise yiyeceklerin, zekasının yüksek olması, acelecilik, hormonlar ve can sıkıntısı gibi birbirinden farklı cevaplar vererek DEHB'nun nedenlerinin ne olduğunu açıklayamamışlardır.

Yapılan çalışmalar DEHB'nun tedavisinde çok yönlü bir tedavi kullanıldığını ortaya koymuştur. Tedavi sürecinde farmakolojik tedavi dışında davranışçı tedavi, sosyal hizmet uygulamaları ve okul ile ailenin çocuğa özel eğitim planı oluşturmasının yer aldığını bildirmektedir (Gillberg, Melander, Knorrning 1997; Sharp, Walter, Marsh 1999). Ailelerin yarısından az bir bölümü tarafından uzmana başvurarak veya doktora giderek tedavi edilebileceği görüşleri belirtilmiştir. Bunun yanında D.E.H.B. nasıl tedavi edilebileceğine bazı aileler bilmediğini belirtirken, bazı aileler çocukları meşgul edecek oyunlar vererek, zamana bırakarak veya tedavisi olmadığını düşünerek ilaç tedavisi ve davranışçı terapi (Swanson, 2003) ile kolayca normale dönebilecek olan bu çocukların kişilikleri bağlamında zarar görmelerine neden olabilme ihtimali vardır.

Aileler yalan söyleme, tırnak yeme, altını ıslatma ve okul korkusuna daha kolay çözüm bulunabildiği belirtilmiştir. Aileler bu davranışların kolay çözülmesinin nedenini doktor gerektirmeyen ve aile desteği ile çözülebilen davranışlar olmasına

bağlamışlardır. Aileler bazı davranış bozukluklarını normal çocukluk dönemi davranışları ile karıştırabildikleri ve bu davranışları bazen hastalık olarak değerlendirmedikleri anlaşılmaktadır. Böyle olunca da bu davranışları kolay çözebileceklerini düşünüyor olabilirler.

Aileler dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve kekemelik davranışlarının daha zor tedavi edildiğini belirtmiştir. Davranış bozuklukların çözülmesinin zor olmasının nedeni doktor, psikolog ve uzman gerektirmesine bağlanmıştır. Aileler bazı davranışları kendilerinin çözemeyeceğini ve bir uzmana ihtiyaç duyulduğunu düşündüklerinde bu davranışları zor olarak tanımlamaktadırlar. Bu davranışlar toplum genelinde de daha çok bir hastalık olarak bilinmesi ve çocukluk gelişimi ile daha az karıştırılması nedeniyle daha zor çözüldüğü ve uzmana ihtiyaç olduğu düşünülebiliyor olabilir.

Davranış bozukluklarından herhangi birinin ortaya çıkması durumunda aileler psikoloğa, doktora veya konunun uzmanı kişilere başvurdıklarını bildirmektedirler. Bazı davranış bozukluklarının bir uzman veya doktor tarafından destek alınması gerektiği bilinirken bazı aileler kendilerinin çözebileceğini düşünmektedirler. Bu durumda da eksik bilgi nedeniyle çocuklarının sağlığını da tehlikeye atabildikleri görülmektedir.

Aileler bütün davranış bozukluklarını gidermede bir uzman yardımına ihtiyaç duyduklarının farkındayken bu davranışların tedavi yöntemlerinin tek tek sorulması sırasında her aile birbirinden farklı cevaplar verdikleri tespit edilmiştir. Ailelerin bu konuda tutarlı bir görüşe sahip olmamalarının nedeni hangi davranışların bozukluk olduğunu bilmediklerinden ve bu davranışlar ile ilgili yeterli bilgilere sahip olmadıklarından kaynaklanmaktadır.

VII.2. SONUÇ

Bu çalışmada davranış bozuklukları yönünden ailelerin yeterli bilgiye sahip olmadıkları, davranış bozukluklarını tanımlamakta ve çeşitlerini saymakta zorluk yaşadıkları bununla birlikte normal davranışlarla bozuklukları ayırt edemeyerek tedavi sürecinde doğru bir yol izleyemedikleri ortaya çıkmıştır.

Araştırmada, aileler davranış bozukluklarının ne olduğu konusunda yeterli bir açıklama yapamamıştır. Bunun yanında ailelerin bazı gelişim döneminin özellikleri ile doğal çocuk davranışlarını davranış bozukluğu olarak tanımlamaları kavram karmaşası içerisinde olduklarını göstermiştir.

Araştırma ailelerin bozuklukların nereden kaynaklandığını tam olarak açıklayamadıklarını ortaya koymuştur. Bunu yanında ailelerin, davranış bozukluklarının nedenleri arasında önemli bir yer tutan aile tutumlarına az oranda yer vermeleri kendilerinin de bir neden olabileceğinin farkında olmadıklarını göstermiştir.

Aileler bazı davranışları hastalık olarak algıladıklarında ve bir uzmana ihtiyaç duyulduğuna inandıklarında zor tedavi edildiğini düşünmekte, bunun yanında normal çocukluk davranışı olarak algıladıkları bazı bozuklukları kendinin çözebileceğine inandığında ise bu bozuklukların daha kolay çözebileceğini düşünmektedir.

Çalışmamızda çocuklardaki problem davranışları gidermede ailelerin tümü bir uzmana ihtiyaç olduğunu belirtmiştir. Bozukluklar ayrı ayrı sorulduğunda ailelerin uzmana ihtiyaç duyulduğunu belirtmeyip tutarsız görüşler belirtmeleri çocuklardaki hangi davranışların bozukluk olduğu konusunda tam olarak bilgileri olmadığını ve bu nedenle her bozukluğa karşı nasıl davranılacağını bilinmediklerini düşündürmüştür.

Çocuklarda görülen davranış bozuklukları konusunda çocukların ruh sağlığı açısından ailelerin yeterli bilgiye sahip olmadığı ve ailelerin yeterli bilgiye sahip olmaları için kapsamlı bir eğitim ve bilinçlendirme programlarına ihtiyaç olduğu ortaya çıkmıştır.

VII.3. ÖNERİLER

- Davranış bozukluklarının ilerde daha farklı kişilik bozukluklarına yol açmasını beklemeden, ailelerin bilgilendirilmesini sağlamak için eğitim kurumları açılmalıdır. Her ailenin ulaşabilmesini sağlayacak şekilde anne baba okulları açılmalıdır.
- Aileler çocukların gelişim dönemlerinin özellikleri konusunda bilgilendirilmeye ihtiyaç duymaktadır.
- Ailelerin çocukluk dönemi ruhsal sorunlarını tanıma ve erken yardım almaya yönelik bilgilendirilmelidir.
- İyi bir aile, öğretmen ve sağlık çalışanı işbirliği sağlayarak annelere ve öğretmenlere çocukluk dönemi ruhsal sorunlarına yaklaşım konusunda danışmanlık verilmelidir.
- Davranış bozuklukları sadece ailenin bilgilendirilmesiyle önlenecek bir sorun değildir. Okulda bulunan öğretmen ve yöneticileri de ilgilendiren, neden ve sonuçları açısından bir çok etkenle açıklanabilecek bir olgudur. Bu nedenle tüm okul personeli bu konuda duyarlılık geliştirmeli, bilgilendirme ve önlemeye dayalı rehberlik hizmetlerine geniş ölçüde yer verilerek okul personeli de bilgilendirilmelidir.
- Evde, okulda, işyerinde aileyi, öğretmeni, yöneticiyi çocuk gelişimi, eğitimi, ruh sağlığı gibi konularda aydınlatacak yaygın eğitim olmalıdır.
- Küçük yaşlarda başlayıp ailelerin bilinçsiz davranışları sonucu değişerek daha farklı kişilik bozukluklarına yol açan davranış bozukluklarını önleme açısından orta öğretim kapsayan rehberlik çalışmaları ilköğretim de de yapılmalıdır.
- Okullarda okul aile birliği toplantılarının yanında aileleri davranış bozuklukları yönünden bilgilendirmeye yönelik de toplantılar yapılarak aile tutumlarının önemi yönünden farkındalık yaratılmalıdır.

- Rehber öğretmenlerin çocukların davranışlarına dikkat ederek gerektiğinde aileyi de okula çağırarak tüm bu bozuklukların oluşmasında etkili olan aile tutumları yönünden aşırı baskıcı ve cezalayıcı tutumlardan uzak durarak , gevşek bir tutum sergilemeyerek dengeli şekilde davranılması yönünden bilgilendirilmelidir.
- Devlet çocukların tüm yaşamını ve toplum sağlığını etkileyecek olan bu davranış bozukluklarını ciddiye alarak her okulun eğitim programında yer alacak şekilde aileleri bilgilendirmeye önem vermelidir.
- Devlet okullarda öğrenci sayısına bağlı olarak yeterli sayıda rehber öğretmenlere yer vermelidir.
- Devlet davranış bozukluklarını önlemeye yönelik araştırmalara da yer vererek önleyici etmenlerin neler olduğunu belirleyerek destek vermelidir.

“Önlemek, tedavi etmekten daha kolaydır”

- Davranış bozuklukları yönünden ailelerin bazı bilgileri olsa da tam anlamıyla çocukların gelecekleri açısından doğru bir yol izlemedikleri ortaya çıkmıştır. Bu nedenle bu konuda araştırma yapacak olanların, yaptıkları araştırma sonuçlarını mutlaka ailelerle paylaşımlarını, gerekse küçük seminerler vererek aileleri de bilinçlendirmeleri daha yararlı olacaktır.

Bunların yanında toplumun ruh sağlığını etkileyecek olan bu davranış bozukluklarına yönelik önleyici etkenleri ve tedavi olanaklarını ortaya çıkaran çalışmaların yapılması çok büyük bir öneme sahip olacaktır. Örneğin;

- ✓ Davranım bozukluğunun giderilmesinde hangi yöntem ve tekniklerin daha etkili olduğu deneysel yöntemlerle araştırılabilir.
- ✓ Davranış bozukluklarının önlenmesine yönelik neler yapılabilir ile ilgili araştırmalar yapılabilir.

- ✓ Davranım bozukluğunun sağaltımında konsültasyon çalışmaları ile ilgili araştırmalar yapılabilir.
- ✓ Davranım bozukluğunun giderilmesi ile ilgili başarılı sonuçlara ulaşan danışmanların ne gibi yöntemler kullandığı araştırılabilir.

Bunların yanında araştırmanın bazı sınırlıklarını dikkate alarak gelecekte yapılacak araştırmalara ilişkin öneriler,

- ✓ Güney ve Kuzey Kıbrıs'ta davranış bozukluklarına ilişkin kültürlerarası bir araştırma ile sonuçlar karşılaştırılabilir.
- ✓ Bu çalışmadaki bulgular 57 aile arasında sınırlıdır. Aynı çalışma KKTC çapında yapılarak daha genel bir sonuç elde edilebilir.
- ✓ Bu çalışma nitel bir çalışma olarak yapılmıştır. Daha sonra bu konuda birçok nicel araştırma yapılarak çocuklardaki bozukluklar konusunda daha detaylı bilgilere ulaşarak genellemelere varılabilir..

KAYNAKLAR

Ackerman, P. ve Kappelman, M.: (1984). **Çocuğunuzun Sorunları Davranışları ve Nedenleri**. Çeviren: T. Tangu. Cep Kitapları: 36. Yaşam Dizisi: 1. Doğu Matbaası. Ankara

Akkoyun, F. (2001) **Gestalt Terapi**. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, s.85-89.

American Psychiatry Association. (1980). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Third Edition (DSM-III), Washington DC

American Psychiatric Association.: (1994) **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)**, American Psychiatric Association, Washington D.C

Anderson, C. A. & Bushman, B. J. (2001). **Effects Of Violent Video Games On Aggressive Behavior, Aggressive Cognition, Aggressive Affect, Physiological Arousal, And Prosocial Behavior**: A meta-analytic review of the scientific literature. *Psychological Science*, 12, 353-359.

Ankay, Aydın, (1998). **Ruh Sağlığı ve Davranış bozuklukları**. Ankara: Turan Kitapevi

Ary DV., Duncan TE., Duncan S., Haps H. (1999). **Adolescent Problem Behavior: The Influence Of Parents And Peers**. *Behav Res Ther*; 37: 217- 230.

Aydoğmuş, Kayıhan. (1993). **Çocuklarda Uyum ve Davranış Bozuklukları** İstanbul: Remzi Kitapevi.

Ayık, Nurcan. (2004). **Rehberlik Ve Araştırma Merkezi**. T.C.: Artvin Valiliği.

Aytuna, A. Hasip. (1976). **Normal Çocuklarda Anormallikler**. İstanbul: Milli Eğitim Basımevi, s.222-224

Bakırcıoğlu, Rasim. (1976). **Ruh Sağlığı Ve Rehberlik**. Ankara: Çark matbaası.

Başoğlu Cengiz. (1998). **Saldırganlık Davranışının Biyolojik Belirleyicilerinin Araştırılması**. TC: Genel Kurmay Başkanlığı, Gülhane Askeri Top Akademisi (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi).

Baumrind, D. (1972). **Socialization and Instrumental Competence in Young Children**. W.W. Harturup'ın Derlediği **The Young Child**, Adlı Kitptan. Washington D.C. National Association for the education of Young children.

Beidel, DC. Turner, SM. (1997). **At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents**. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36:918-924.

Berndt, T.J. ve Bulleit, T.N. (1985). **Effects of sibling Relationships on Preschoolers behavior at school and at Home**. Developmental Psychology. 21(5):761-767.

Bernstein, GA. Massie, ED. Thuras, PD. ve ark. (1997). **Somatic symptoms in anxious-depressed school refusers**. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36:661-668.

Bowlby S. (1951). **Maternal and mental health**. Penguin Books Genova:57-78

Bowlby, S. (1953). **Child care and the growth of lowe harmony** Worth. Penguin Books: 78-95

Burt, VK. Katzman, JW. (2000). **Impuls-control disorder not elsewhere classified**. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sadock, BJ. Sadock V. (Ed), 2.Cilt, 7.Bask, Lippincott Wiliams& Willkins; s. 1701-1703

Büyüköztürk, Çakmak, E. K. Akgün, Ö. E. İrin, K. ve Demirel, F. (2008). **Bilimsel Araştırma Yöntemleri**, Ankara: Pegem Akademi.

Champman, AH. M.D. (1965). **Adjustment Disorders of training, Learning and Speech**. In: Champman, AH. M.D., eds. **Managment of Emotional problems of Children and Adolescents**. Philadelphia and Toronto: J.B. Lippincott Company; 166-167.

Chong, SA. Low, BL. (1996). **Treatment Of Kleptomania With Fluvoxamine**. Acta Psychiatr Scand: 93:314-315

Conners, C. K. (1970). **Symton patters in Hyperkinetic, Nevrotik and Normal Children**. Child development, , 41, 667-662.

Çağlar,D., (1981). *Uyumsuz Çocuklar ve Eğitimi*. İkinci baskı. A.Ü. Eğt. Fak. Yayınları Ankara: 103 Basımevi.

Çakırlı, A.(2004). *Çocuklarda Parmak Emme Ve Tırnak Yeme*. Baldık Ö. Editör. **Zafer Bilim Araştırma Dergisi**, Nisan

Dill, K. E. Dill, J. C. (1998). **Video game violence**: A review of the empirical literature. Aggress Violent Behav, 3:407-428.

Dirim, A. (2003). *Çocuk Uyumsuzlukları*. Dirim A editör. **Çocuk Ruh Sağlığı**. 1. baskı. İstanbul: Esin Yayınevi: 102-103.

Drust, R. Katz, G. Jabotinsky-Rubin, K. Knobler, HY. (2001). Kleptomania: diagnosis and treatment options. CNS Drugs; 15:185-195

Doğramacı, İ. (1984). **Annenin Kitabı**. Onbirinci baskı. Ankara: Meteksan Ltd Şti.

Douglas, N. Tietjen and Douglas, A. Hussmann. **Nocturnal Enuresis: Aguide to Evaluation and Treatment**. Mayo Clin Proc 1996; 71: 857- 862

Dökmen, YZ. (2000). *Çocuğunuzun ruh sağlığı*. **Türk Psikoloji Bülteni**; (7): 72-76.

Dunn, L. M., (1963). **Exceptional Children in the schools**, Holt-rinehart-Winston, U.S.

Enç.M., (1976). *Ruh Sağlığı Bilgisi*, **Bilim ve Kültür Eserler Dizisi**, İstanbul: 6.basım

Enç, M.,(1978). *Ruh Sağlığı Bilisi*. **Bilim ve Kültür Eserler Dizisi**. İstanbul: İnkılap ve Aka Basımevi. s.172-173

Ercan, Eyüp, Sabri. Aydın, Cahide. (2003). **Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu**. İstanbul: Kaya Matbaacılık.

Erden, G. Ve Kargı E. (2005). *Davranım bozukluklarında çevresel etkenlerin rolü*. **Türk Psikologlar Derneği Dergisi**: c.3.

Erikson, E.H. (1968). **Identity: Youth and Crisis**. New York: W.W. Norton&Company,Inc.

Eripek, S. (1982). *Problem Çocuğu Tanımlama Sorunu*. **A.Ü. Eğt. Fak. Dergisi**. 15(1):357-364

Farrington, David, P. (1987), **Prudictİng Individual Crime Kales**. İç. Prediction and Classification (Ed. D.M. Gottfredson ve M, Tonry), S, 53-101, Chicago: University of Chicago Pruss

Frederking, U., (1975). **Emotional conditions on behavior disorders in ten-year-old School Children**. A Study of Social Medicine. 24(7) :258-265.

Gençtan, E. (1978). **Çagdaş İnsanda Normal Dışı Davranışlar**. Ankara: A.U. Eğitim Fakültesi Yayınları No: 69.

Gençtan, E. (1984). **Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar**. İstanbul: Büyük fikir Kitaplar Dizisi. No:83 Evrim Matb.

Geçtan, E. (1993). **Psikodinamik Psikiyatri Ve Normal Dışı Davranışlar**. İstanbul: Remzi Kitapevi. s.82-92

Grant, EJ. Kim, SC. (2002). **Temperament and early environmental influences in kleptomania**. **Comprehensive Psychiatry**.43: 223-228

Goldman MJ. (1991). **Kleptomania: Making Sense Of The Nonsensical**. Am J Psychiatry; 148:986-996

Gordon, D.A. ve R.R. Young. (1976). **School Phobia : Adiscussion Of Etiology, Treatment And Evaluation**. Psychol. Resports, 39,

Güleç, C. Köroğlu, E. (1998). **Psikiyatri Temel Kitabı**, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, ss. 723-729.

Güneysu, S. (1992). **Ana-babaların Çocuklarına Karşı Tutumları ve Çocuklardaki Davranış Problemleri**. Ankara: Hacettepe Üniversitesi (Yayınlanmamış Uzmanlık tezi).

Hakbilen, N.(1984). İlkokul **Çağı Çocuklarının Okul başarılarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi**. H.Ü. Sağlık Bil. Ens. (Yayınlanmış Doktora Tezi).

Halis, Özerk. (2006). **Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı**. Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı (Doktora tezi).

Hall, C.S. Lindzey, G. Loehlin, J.C. Monosevitz, M. Locke, V.O. (1985). **Introduction to Theories of Personality**, New York: John Wiley & Sons.

Hallahan, D.P. and Jame K.M. (1978). *Exeptional Children*. **Prentice-Hall Series** in Special Education, U.S.

Herbert, M. (1977). *Problems of Childhood*. second edition, **Child Development Series**, Pan Books, London.

Jersild, Arthur, T. (1979). *Çocuk Psikolojisi*. Çev. Gülseren, Günçe. Ankara: “S” **Yayımları**.

Kapıcı, Eg. (2005). Erken Çocukluk Döneminde Sıklıkla Karşılaşılan Duygusal Davranışsal Sorunlar. Uzuner Y editör. *Çocukta Ruh Sağlığı, Uyum Bozukluğu*. 3. Baskı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları; 74-76.

Kann, R. ve Hanna, F. (2000). *Disruptive Behavior Disorders İn Children And Adolescents: How Do Girls Differ From Boys*. **Journal of Counseling & Development**: c.78, s.3, ss.267.

Kavaz, Semra. (2006). **Anne-baba tutumları ile Gençlerin Duygusal ve Davranışsal Sorunları Arasındaki İlişki**. Lefkoşa: Eğitim Bilimleri Enstitüsü (yayınlanmamış yüksek lisans tezi).

Kazdin,A.E. (1987). **Treatment of antisocial behavior in children: Current status and future directions.** Psychological Bulletin: 102 (2)

Kılıçcı, Y. (2000). **6-15 Yaş Öğrencilerinin Gelişimsel Güçleri ve Kişilik Gelişimini Kolaylaştırma, İlköğretimde Rehberlik.** Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

King, NJ. Bernstein, GA. (2001). **School Refusal İn Children And Adolescent: A Review Of The Past 10 Years.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 40:197-205.

Kirk, S.A. (1972). **Educating Exceptional Children.** Second Edition, Houghton Mifflin Company, Boston.

Koff, SA. (1990). **Enuresis In:** Koff SA (ed). Campbells Urology, Seventh edition, W.B. Saunders Company; 2055- 68.

Kozian, R. Otto, FG. (2003). **Pharmacological treatment of kleptomania-review.** Psychiatr Prax; 30:216-220

Köknel, Ö. (1981). **Ailede ve toplumda Ruh Sağlığı.** İstanbul: Hürriyet Yayınları: s/264. Hür-Yayın, A.Ş.

Kulaksızoğlu, A. (2000). **Ergenlik Psikolojisi.** İstanbul: Remzi Kitabevi. (3. baskı),

Lahey, B. Hammer, D. Crumrine, P.L. Ve Forehand. R.L. (1980). *Birth order sex interactions in child behavior Problems.* **Developmental Psychology.** 16(6): 608-615

Laslett, R., (1978). **Educating Maladjusted Children.** London: Granda Publishing Limited.

Leckman, JF. Cohen, DJ. (1992). *Tic Disorder*. İn: Rutter M, Taylor E, Hersoy L, editors, **Chil and adolescent psychiatry**. Modern approaches, 3rd Edition, Cambridge : Blackwell science; P.455-66.

Lockhart, E. J. Keys, S. (1998). **The Mental Health Counseling Role Of School Counselors**. Professional School Counseling, c.1

Martin, JL. Ford, CB. Dyer-Friedman, J. ve ark. (2004). **Patterns of agreement between parent and child ratings of emotional and behavioral problems in an outpatient clinical setting: when children endorse more problems**. J Dev Behav Pediatr, 25:150-155.

Mc Elroy, SL. Hudson, JA. Pope, HG. (1991). **Kleptomania: Clinical Characteristics And Associated Psychopathology**. Psychol Med; 21: 93-108

Olfson, M. Marcus, SC. Gameroff, MJ. ve ark. (2003). **National Trends İn The Treatment Of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder**. Am J Psychiatry, 160: 1071-1077.

Öy, B. (1995). *Çocuk ve ergenlerde depresyon epidemiyolojisi ve risk etmenleri ile ilişkisi*. **Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi**; 2 (1): 40-44.

Özdoğan, B., (1986). *Okul Fobisi*. **Eğitim Bil. Fak. Dergisi**. 19(1-2): 239-246.

Öztürk, M. (1994) **Çocukluk Çağı Ruhsal Sorunları ve Bozuklukları, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, O. Öztürk (ed.). Ankara: Medikomat Basım Yayın, 5. Baskı,

Öztürk, Orhan. (1997). **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, s.429 -431, s.445

Öztürk, Orhan. (2004). **Ruh Sağlığı ve Bozukluğu**. Ankara: Nobel Tıp Katibevleri.

Öztürk, Tolga. (2006). **Çocuklarda Saldırganlık**. Lefkoşa: Yakındoğu Üni. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, (yayımlanmamış tez).

Peterson, D.R., (1967). **Behavior problems of middle childhood**. Educated Children With learning Disabilities. Ed. :E.C. Frierson, W.B. Barbe. Metedith Publishing Company. New York. 52-57.

Ross, A. O. (1981). **Psychological Disorders of children** "A Behavioral Approach to Theory, Research and Therapy." Tokyo: Mc Graw-Hill Kogakusha LTD.: Seceond edition.

Sallee, FR. Nesbitt, L. Jakson, C. Sine, L. Sethuraman, G. (1997). **Relative efficacy of haloperidol and pimozide in children and adolesents with Tourette's disorder**. Am J psychiatry:154

Salk, L., (1982). **Çocuğun Duygusal Sorunları. Bebeklikten Yetişkinliğe**. Çev.:E. Onur. İstanbul: Evrim Matbaacılık, İkinci basım

Sayın, İ. (1962). **Doğuş sırası ve davranış Problemleri arasındaki münasebet**.Ankara: A.Ü. Gazi Eğt. Ens. Pedagoji Böl. (Asistanlık tezi)

Sears, R. Mocoby, E.E., ve Levin, H. (1957). **Patterns of child rearing**. Evantson, Illionsis : Row, Peterson

Shader, W.K. ve Leventhal, T. (1968). *Birth order of Children and Prenatal Report of Problems*. **Child Development**. 39:1116-1175.

Shapiro, ES. Shapiro, AK, Fulop, G. Hubbard, M. Mandeli, J. Nordlei, J. (1989). *Controlled study of haloperidol , pimozidde and placebo fort he tretment of Gilles de la tourette's syndrome*. **Arch Gen Psychiatr**; 46.

Sieber, M. ve Corbaz, R. (1983). **Relations Between Birth Order, Intelligence and Personality in Children With Problem Behavior.** 32(2):67-71

Silvern, S. B. & Williamson, P. A. (1987). *The effects of video game play on young children's aggression, fantasy, and prosocial behavior.* **J Appl Dev Psychol**, 8:453-462.

Sipahioğlu, Şeyma, (2002). Ana-baba Tutumları ile Gençlerdeki Duygusal ve Davranışsal Bozukluklar Arasındaki İlişki, Ankara Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Swanson, J. (2003). **Compliance with stimulants for attention-deficit/hyperactivity disorder.** *CNS Drugs*, 17: 117-131.

Tuzcuoğlu, S. Tuzuoğlu, N. (2005). **Davranış Bozukluğu ve Çocuklarda görülen Davranış Bozuklukları.** Kar A editör. Davranış bozukluğu Gösteren Çocukları Tanıma ve Anlama “ kimse beni anlamıyor”. İstanbul: Morpa Kültür Yayınları, 1. baskı.

Ünal halil ve ark. (2004), *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu*(derleme). **Hacettepe Tıp Dergisi**; 35:160-167

Vanderbleek L. (2004). *Engaging families in school-based mental health treatment.* **Journal of Mental Health Counseling**, c.26. s.3.

Van Riper, C. (1972). **Speech Correction Principles and Methods**, , New Jersey: Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliff. 5th Edition

Yavuzer, H. (1984). **Çocuk Psikolojisi**, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.

Yavuzer, Haluk. (1994). **Çocuk Psikolojisi.** İstanbul: Remzi Kitapevi: s.27

Yavuzer, Haluk. (1997). **Ana Baba ve Çocuk**, İstanbul: Remzi Kitabevi, s.247 -248

Yavuzer, Haluk. (2003). **Ana- Baba ve Çocuk**. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yavuzer, Haluk. (2001). **Çocuk ve Suç**. İstanbul: Remzi kitabevi.

Yavuzer, Haluk. (2004). **Ana Baba ve Çocuk**. İstanbul : Remzi kitabevi.

Yıldırım, A. Şimşek, H. (2005). **Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri**. Ankara : Seçkin Yayıncılık. ikinci baskı

Yıldız S, Kavaklı, A. (1995). **Çocuklarda Psikolojik Sorunlar ve Etkileyen Faktörler**. Hemşirelik Bülteni; 9(35): 67-76

Yörükoğlu, A. (1968). *Yuva Çocuklarında Ruh Ve Beden Gelişmesi*. H.Ü. **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi** :10:70-78

Yörükoğlu, A. (1979). **Çocuk Ruh Sağlığı. Çocuğun Kişilik Gelişimi, Yetiştirilmesi ve Ruhsal Sorunları**. Ankara:. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, Türk Tarih Kurumevi. İkinci baskı

Yörükoğlu, A. (1983). **Değişen Toplumda Aile ve Çocuk**. Ankara: Aydın Kitabevi. s.250

Yörükoğlu, A. (1988). **Çocuğun Kişilik Gelişimi Eğitimi Ve Ruhsal Sorunları**. İstanbul: Türkiye İş Bankası Yayınları.

Yörükoğlu, A. (1989). **Çocuğun Kişilik Gelişimi Eğitimi Ve Ruhsal Sorunları**. İstanbul: Türkiye İş Bankası Yayınları

Yörükoğlu, A. (1998). **Çocuk Ruh Sağlığı**, İstanbul: Özgür Yayınları, 23. Baskı.

Yörükoğlu, Atalay. (2000). **Gençlik Çağı, Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunlar**. İstanbul: Özgür yayınları.

Yörükoğlu, Atalay. (2003). **Çocuk Ruh Sağlığı**, İstanbul: Özgür Yayınları

Yörükoğlu, A. ve Akyıldız, S. (1971). **75 Çocukta Yeni Başlayan Kekemelik Üzerine Bir İnceleme**. 7. Milli Nöro-psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ajans Türk Matbaacılık Sanayi, 373-382

Yurtbay, T. (1997). **Okul fobisi vakalarında depresif belirti incelenmesi**. Düşünen Adam, 10:40-46.

Yüksel, N. (1998). **Psikofarmakoloji**. Ankara: Bilimsel Tıp yayınevi.

Worchel, S. (2000). **Agression : Harming Others USA. Social Psychology**. Wadsworth Thomson Learning ; 10:300-333

Zarin, DA. Suarez, AP. Pincus, HA. ve ark. (1998). **Clinical and treatment characteristics of children with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder in psychiatric practice**. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 37(12):1262-1270.

Zulliger, Hans (1991). **Suçlu Çocuklar ve Çocuk Mahkemeleri**. İstanbul: Cem Yayınları, s.86-87

EKLER

EK-1

Ailelere Sorulan Görüşme Soruları

ANNE-BABALARA GÖRE ÇOCUKLARDAKİ DAVRANIŞ BOZUKLUKLARININ NEDENLERİ VE TEDAVİ YÖNTEMLERİ NELERDİR

Aşağıda bir dizi sorular verilmiştir. Araştırmanın amacı anne- babaların bu konudaki bilgilerinin ne olduğudur. Cevaplar cevaplayıcının özgürlüğüne bırakılmıştır. (kısa, tek kelime uzun cevaplarda verilebilir). Cevapları soruların hemen altına yazabilirsiniz. Verilen cevapların doğru veya yanlışı yoktur. Sizlerin vereceği cevaplar araştırmaya ışık tutacak ve sonuçlarını etkileyecektir. Bu nedenle ne düşünüyorsanız onu yazabilirsiniz.

Katkılarınız için şimdiden çok teşekkür ederim.

Cevaplayan (Anne/ Baba) :

MEDENİ DURUMU

Yaş :

Evli /Boşanmış:

Çocuğun cinsiyeti :

Yaşı :

AİLENİN EĞİTİM DUR

AİLENİN AYLIK GELİR
DÜZEYİ

İlkokul :

Ortaokul :

Lise :

Üniversite :

1000 TL'den az

1000-2500 TL kadar

2500YTL'den fazla

1. Davranış bozukluğu nedir/ bu konusunda ne biliyorsunuz?
2. Kaç tane davranış bozukluğu biliyorsunuz? İsimleri nelerdir?
3. Sizce çocuklarda görülen altını ıslatma(enüresis) davranışının nedenleri nelerdir?
4. Çocuğun altını ıslatması durumunda ne yapardınız?
5. Parmak emme davranışının size göre nedenleri nelerdir?
6. Parmak emmeyi ortadan kaldırmak için sizce yapılması gerekenler nelerdir?
7. Tırnak yeme davranışının altında yatan nedenler nelerdir?
8. Çocuklardaki tırnak yeme davranışının tedavisinde sizce ne gibi yöntemler etkili olur?
9. Altına yapma(Enkoprasis) davranışının nedenleri nelerdir?
10. Çocuğunuzun sürekli altına yapması durumunda bu davranışın tedavisi için ne yapardınız?
11. Saldırganlık davranışlarının nedenleri nelerdir?
12. Saldırganca davranışların tedavi edilmesi için ne yapardınız?
13. Çocukların okul korkularının nedenleri nelerdir?
14. Çocuğunuzda okul korkusu varsa veya olsa bu korkularını ortadan kaldırmak için ne yapardınız?
15. Çocukta görülen tiklerin nedenleri nelerdir?

16. Sizce tik davranışlarının olası çözümleri nelerdir?
17. Kekemeliğin oluşmasındaki neden nedir?
18. Çocukların kekelemeden konuşabilmesi için ne yapılması gerekir?
19. Sizce çocuklar neden yalan söyler?
20. Yalan söylemeyi önlemek için ne yapılması gerekir?
21. Çalma- hırsızlık yapma davranışının nedenleri konusundaki düşünceleriniz nelerdir?
22. Çocuğu çalma davranışından vazgeçirmek konusunda ne yapılabilir?
23. Sizce Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun oluşmasındaki etken nedir?
24. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu nasıl tedavi edilebilir?
25. Sizce bu saydığımız davranış problemlerinden hangisi veya hangileri daha kolay bir şekilde çözümlenebilir? Neden?
26. Sizce bu saydığımız davranış problemlerinin hangisinin veya hangilerinin çözümlenmesi daha zorlu bir çaba gerektirir? Neden?
27. Eğer çocuğunuzda bu davranış bozukluklarından birisi ortaya çıkarsa veya varsa ilk olarak kime veya nereye başvururdunuz?
28. Tüm bu problem davranışları gidermede bir uzman yardımına ihtiyaç var mıdır?