T.C.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

# EBEVEYN STRES DÜZEYİ İLE OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARIN ANKSİYETE DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Hatice Ela ÇAKMAK ŞAKİROĞLU

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN

ERZURUM-2023

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

# ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

| I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİ ve TEZİ İLE İLGİLİ BİLGİLER | |
|---|---|
| **Adı, Soyadı** : Hatice Ela ÇAKMAK ŞAKİROĞLU | **Sınav tarihi:** 23 /06 / 2023 |
| **Anabilim Dalı** : Aile Hekimliği Anabilim Dalı | |
| **Tez Danışmanı** : Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN | |
| **Tezin Konusu** : **Ebeveyn Stres Düzeyi ile Okul Öncesi Çocukların Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişki** | |
| **Tezin Niteliği** : ☒ Tıpta Uzmanlık Tezi | |
| **Tez Sınavının Nasıl Yapıldığı:** ☒ Yüz yüze katılım sağlanarak ☐ Online (Jürinin teşkil edilmesinde kurum dışından belirlenecek olan jüri üyesi, aynı il sınırları içerisinde bulunmadığından, tez sınavı dijital ortamda yapılmıştır.) | |

## II. KARAR

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunma sınavının tamamlanması sonucunda adı geçenin tezinin, jüri üyelerince "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak;

☒ Kabulüne

1.Tez Sınavı ☐ Reddine (Eksikliklerin tamamlanması ve gerekli düzeltmelerin yapılması için uzmanlık öğrencisine, TUEY'nin 19. Maddesinin 6. fıkrası gereğince altı aylık ek bir süre verilmesine)

2.Tez Sınavı ☐ Reddine (TUEY'nin 19. Maddesinin 7. fıkrası gereğince, uzmanlık öğrencisinin uzmanlık öğrenciliği ile ilişiğinin kesilmesine)

☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

## III. AÇIKLAMALAR

## IV. JÜRİ ÜYELERİ

| | Unvanı Adı Soyadı | Uzmanlık Dalı | Kurum Bilgisi | İmza |
|---|---|---|---|---|
| **Jüri Başkanı** | Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR | Aile Hekimliği | Atatürk Üniversitesi | |
| **Jüri Üyesi** | Doç. Dr. Kenan TAŞTAN | Aile Hekimliği | Atatürk Üniversitesi | |
| **Jüri Üyesi** | Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN | Aile Hekimliği | Atatürk Üniversitesi | |

# İÇİNDEKİLER

**TABLOLAR DİZİNİ.....iv**

**ŞEKİLLER DİZİNİ..... vi**

**KISALTMALAR DİZİNİ .....vii**

**TEŞEKKÜR .....viii**

**ÖZET.....ix**

**ABSTRACT.....xi**

**1. GİRİŞ ve AMAÇ..... 1**

**2. GENEL BİLGİLER..... 2**

**2.1. Stres ..... 2**

**2.1.1. Stres Kavramı ..... 2**

**2.1.2. Stres Kaynakları ..... 2**

**2.1.2.1. Bireysel Faktörler ..... 2**

**2.1.2.2. Örgütsel Faktörler ..... 3**

**2.1.2.3. Çevresel Faktörler ..... 3**

**2.1.3. Stres Belirtileri ..... 3**

**2.1.3.1. Stresin Fiziksel Belirtileri ve Sonuçları ..... 3**

**2.1.3.2. Stresin Psikolojik Belirtileri ..... 3**

**2.1.3.3. Stresin Davranışsal Belirtileri ..... 4**

**2.1.4. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri ..... 4**

**2.1.5. Stres Düzeyinin ölçülmesi ..... 4**

**2.1.6. Ebeveyn Stresi ..... 5**

**2.1.7. Ebeveyn Stresinin Ruhsal ve Fiziksel Sağlık Üzerindeki Etkisi ... 5**

**2.1.8. Ebeveyn Stres Düzeyinin Ölçülmesi ..... 6**

**2.2. Anksiyete ..... 6**

**2.2.1. Anksiyete Tanımı ..... 6**

**2.2.2. Anksiyete Belirtileri ..... 7**

**2.2.3. Anksiyete Tanısı ..... 7**

**2.2.4. Anksiyete Bozuklukları Sınıflandırılması (DSM V) ..... 8**

**2.2.4.1. Panik Bozukluk ..... 9**

**2.2.4.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu ..... 10**
**2.2.4.3. Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi) ..... 11**
**2.2.4.4. Agorafobi ..... 11**
**2.2.4.5. Özgül Fobi ..... 12**
**2.2.4.6. Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu .....12**
**2.2.4.7. Madde İlişkili Anksiyete Bozukluğu ..... 12**
**2.2.4.8. Ayrılık Anksiyete Bozukluğu ..... 13**
**2.2.4.9. Seçici Konuşma Bozukluğu (Selektif Mutizm) ..... 13**
**2.2.5. Okul Öncesi Dönemde Anksiyete Bozuklukları ..... 13**
**2.2.5.1. Çocukluk Döneminde Ayrılık Anksiyete Bozukluğu ..... 13**
**2.2.5.2. Çocukluk Döneminde Yaygın Anksiyete Bozukluğu ..... 14**
**2.2.5.3. Çocukluk Döneminde Özgül Fobi ..... 14**
**2.2.5.4. Çocukluk Döneminde Toplumsal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi) ..... 15**
**2.3. Aile Hekimliğinde Psikiyatrik Hastalıklara Yaklaşımın Önemi ..... 15**
**2.4. Aile Hekimliğinde Okul Öncesi Psikiyatrik Muayenenin Önemi ..... 19**
**3. GEREÇ ve YÖNTEM ..... 20**
**3.1. Araştırmanın Tipi ..... 20**
**3.2. Örneklem ..... 20**
**3.2.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri ..... 20**
**3.2.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri ..... 20**
**3.3. Veri Toplama Araçları ..... 20**
**3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu ..... 21**
**3.3.2. Anne-Baba Stres Ölçeği (ABSÖ) ..... 21**
**3.3.3. Okul Öncesi Çocuklarda Anksiyete Ölçeği (OÖÇA) ..... 21**
**3.4. İstatistiksel Analiz ..... 22**
**3.5. Etik Kurul İzni ..... 22**
**4. BULGULAR..... 23**
**4.1. Sosyodemografik Veri Analizi..... 23**
**4.2. Anne Baba Stres Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi..... 25**
**4.3. Okul Öncesi Çocuk Anksiyetesi Ölçeği Puanlarının İncelenmesi..... 28**
**5. TARTIŞMA ..... 33**

**6. SONUÇ ve ÖNERİLER..... 44**
**7. KAYNAKLAR ..... 46**
**8. EKLER..... 54**
**Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu..... 54**
**Ek 2. Anne-Baba Stres Ölçeği (ABSÖ) ..... 55**
**Ek 3. Okul Öncesi Çocuklarda Anksiyete Ölçeği (OÖÇA) ..... 56**
**Ek 4. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı ..... 59**

## TABLOLAR DİZİNİ

**Tablo 1.** Sosyodemografik Özellikler-1

**Tablo 2.** Sosyodemografik Özellikler-2

**Tablo 3.** Anne Baba Stres Ölçeği Verileri

**Tablo 4.** ABS Ölçeği Puanının Ebeveyn Yaşı ile Karşılaştırılması

**Tablo 5.** ABS Ölçek Puanının Çocuk Cinsiyeti ile Karşılaştırılması

**Tablo 6.** ABS Ölçek Puanının Eğitim Düzeyi Gruplarında İncelenmesi

**Tablo 7.** ABS Ölçeği Puanının Eğitim Yılı ile İncelenmesi

**Tablo 8.** ABS Ölçek Puanının Meslek Gruplarında İncelenmesi

**Tablo 9.** ABS Ölçek Puanının Sahip Olunan Çocuk Sayısı ile İncelenmesi

**Tablo 10.** ABS Ölçek Puanının Aylık Gelir ile Karşılaştırılması

**Tablo 11.** OÖÇA Ölçeği Verileri

**Tablo 12.** OÖÇA Ölçeği ve Alt Boyutlarının Çocuk Cinsiyeti ile Karşılaştırılması

**Tablo 13.** OÖÇA Ölçeği Alt boyutları ile Ebeveyn Eğitim Yılı Karşılaştırılması

**Tablo 14.** OÖÇA Ölçeği Ayrılık Kaygı Bozukluğu Puanının Meslek Gruplarında İncelenmesi

**Tablo 15.** OÖÇA Ölçeği Alt Gruplarının Ebeveyn Eğitim Düzeyleri ile İncelenmesi

**Tablo 16.** Ebeveyn yaşı ile OÖÇAÖ Puan Karşılaştırılması

**Tablo 17.** OÖÇA Ölçeği Alt Gruplarının Aylık Gelir Miktarı, Değerlendirilen Çocuğun Doğum Sırası, Sahip Olunan Çocuk Sayısı ile Karşılaştırılması

**Tablo 18.** OÖÇAÖ Alt Gruplarının ABSDÖ ile Karşılaştırılması

## ŞEKİLLER DİZİNİ

**Şekil 1.** Meslek Dağılımı

**Şekil 2.** Değerlendirilen Çocuğun Cinsiyeti

## KISALTMALAR DİZİNİ

AAB: Ayrılık Anksiyete Bozukluğu

ARK.: Arkadaşları

ABSÖ : Anne Baba Stres Ölçeği

ABS: Anne Baba Stresi

OÖ: Okul Öncesi

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EPDÖ: Edinburg Pospartum Depresyon Ölçeği

HYP: Hastalık Yönetim Platformu

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

OÖÇA: Okul Öncesi Çocuk Anksiyetesi

OÖÇAÖ: Okul Öncesi Çocuk Anksiyete Ölçeği

ORT.: Ortalama

PP: Preschool Period

PSI: Parenting Stress Index

PSI-SF: Parenting Stress Index-Short Form

PSS: Parental Stress Scale

SCAS: Spence Children's Anxiety Scale

SS: Standart Sapma

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

## TEŞEKKÜR

Sadece tezimde değil her konuda beni destekleyen, yol gösteren ve yüreklendiren kıymetli tez danışmanı hocam Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN' a

Birlikte çalıştığım için şanslı hissettiğim, öğrenciliğimden beri örnek aldığım saygıdeğer hocamız Anabilim Dalı başkanımız Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR' a,

Her zaman bilgi, birikim, deneyimlerini bizlerle paylaşan ve bizleri hipnoterapi ile tanıştıran değerli hocamız Doç. Dr. Kenan TAŞTAN' a,

İçten ve samimi tavırlarıyla her daim destek olan, bilgilerini paylaşan, yol gösteren kıymetli hocamız Dr. Öğr. Üyesi Mustafa BAYRAKTAR' a

Birlikte çalışmaktan her zaman mutluluk duyduğum aynı zamanda bizlere ablalık yapan ve cesaretlendiren sevgili hocamız Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL' a

Klinik hemşiremiz, sevgili ablamız Nilgün PALA' ya

Her zaman yanımda olan ve başarılarımda en az benim kadar emeği olan, sabır ve sevgiyle beni her zaman destekleyen, büyüten canım annem Meliha ÇAKMAK ve babam Kayhan ÇAKMAK' a; sevgili kardeşlerim Ayşe' ye, Fatma' ya ve abim Uğur' a; her konuda sağımda solumda olan, kızımın en iyi arkadaşı kardeşim, canım ciğerim Ferda' ya ve kocaman ailemize

Hayatıma girdiği günden beri her zaman sevgisini, desteğini hissettiğim değerli eşim ve en iyi arkadaşım Furkan' a ve biricik kızımız Doğa' ya

Tatlı yeğenim İpek Aslı'ya

Çocukluk arkadaşım Merve'ye

Yol arkadaşlarım Yağmur, Nahide, Aytül ve Emine' ye

Yolumun kesiştiği bütün öğretmenlerime sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Hatice Ela ÇAKMAK ŞAKİROĞLU

# ÖZET

## Ebeveyn Stres Düzeyi ile Okul Öncesi Çocukların Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişki

**Giriş-Amaç:** Psikiyatrik hastalıkların insidansı gittikçe artmaktadır. Yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardan olan anksiyetenin okul öncesi dönemde başladığı düşünülmektedir. Bu dönemde erken tanı tedaviyi daha etkin ve kalıcı kılmaktadır. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinde ergenler, lohusalar ve yaşlılar için ruhsal tarama ölçekleri bulunmaktadır. Ancak okul öncesi (OÖ) dönem ve ebeveynler için rutin kullanılan ruhsal değerlendirme ölçeklerine rastlanmamıştır. Bu durumun OÖ dönemde ortaya çıkan pek çok psikiyatrik bozukluğun atlanmasına sebep olabileceği öngörülmektedir. Toplumsal ve sürdürülebilir sağlık için sağlıklı aile içi ilişkiler zorunludur. Bu bağlamda ebeveynlerin de değerlendirilmesi çocuklardaki anksiyete etyolojisini belirlemek için gereklidir. Bu çalışmanın amacı ebeveyn stres düzeyini ve OÖ çocuk anksiyete düzeyini belirleyip bu iki durumun birbiriyle ilişkisini incelemektir.

**Yöntem:** Bu çalışma Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne kayıtlı 2-5 yaş arasında çocuğu olan ebeveynler ile yapılan kesitsel özellikte bir araştırmadır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri alınıp; ABS ve OÖÇA ölçeklerini doldurmaları sağlandı. Sosyodemografik veri formu ile yaş, çocuğun cinsiyet, meslek, eğitim yılı, aylık gelir miktarı, çocuk sayısı verileri toplandı. ABS ve OÖÇA ölçeği dört boyutunun puanları hesaplandı. Çalışmadan elde edilen verilerin analizleri SPSS 22 programı kullanılarak yapıldı. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 232 anne katıldı. Katılımcıların %59,9'u (n=139) ev hanımı idi. Yaş ortalamaları 32,36±5,41 yıldı. ABSÖ puan ortalaması 30,16±9,86 iken OÖÇAÖ puan ortalaması 1,48±0,76 olarak bulundu. ABSÖ ve OÖÇAÖ boyut puanlarının tamamı ile pozitif korelasyon tespit edildi. Annenin eğitim yılı arttıkça ABSÖ ve OÖÇAÖ boyut puanlarının tamamında puan ortalamalarının anlamlı şekilde düştüğü tespit edildi ($p<0,05$).

**Sonuç:** Bu çalışmada ebeveyn stresi ile OÖ çocuk anksiyetesi tüm boyutlarının birbirinden etkilendiği sonucuna varıldı. Buna göre stres ve anksiyete düzeylerinin etkileşim halinde olduğu düşünülmektedir. Bireyleri bir bütün olarak değerlendirerek sürekli sağlık hizmeti sunan aile hekimlerinin bu durumu yönetmesi, psikiyatrik hastalıkların önlenmesi, tanı, tedavi ve takibini daha kolay sağlayabilir. Birçok tarama programının yer aldığı birinci basamakta psikiyatrik taramaların yapılması koruyucu olduğu kadar önleyici bir yaklaşım olup erken dönemde müdahale imkânı sunabilir. Bu bağlamda OÖ çocuklar psikiyatrik taramalarda hedef kitleler arasında yer almalıdır. Bu dönemde çocuğun en iyi gözlemcisi ve rol modeli olan ebeveyninin de psikiyatrik değerlendirmeler içerisinde olması zorunludur. ABSÖ ve OÖÇAÖ bu amaçlarla kullanılacak kolay ve anlaşılabilir ölçekler olabilir.

**Anahtar kelimeler:** anksiyete, ebeveyn stresi, aile hekimliği, birinci basamakta psikiyatrik değerlendirme

## ABSTRACT

### The Relationship Between Parental Stress Level and Anxiety Level of Preschool Children

**Introduction-Aim:** The incidence of psychiatric diseases is increasing gradually. Anxiety, one of the common psychiatric disorders, is thought to start in the preschool period. Early diagnosis makes treatment more effective and permanent in this period. In our country, there are psychiatric screening scales for puerperant women, the elderly and adolescents in primary health care services. However, there were no psychiatric assessment scales used routinely for the preschool period and parents. It is predicted that this situation may cause many psychiatric disorders that occur in the PP period to be missed. Healthy family relationships are essential for social and sustainable health. In this context, evaluation of parents is necessary to determine the etiology of anxiety in children. The aim of this study is to determine the parental stress level and the child anxiety level of PP and to examine the relationship between these two conditions.

**Method:** This is a cross-sectional study conducted with parents who have children between the ages of 2 and 5 registered in the Education Family Health Centers of Atatürk University, Department of Family Medicine. We learned the sociodemographic characteristics of the participants. Participants completed the PSS and SCAS.We collected data on age, gender of the child, occupation, years of education, monthly income, and number of children with the sociodemographic data form. We calculated the scores of the four dimensions of the PSS and SCAS. The analyzes of the data obtained from the study were performed using the SPSS 22 program. Significance level was accepted as $p<0,05$.

**Results:** 232 mothers participated in the study. 59.9% (n=139) of the participants were housewives. The mean age was 32.36±5.41 years. While the mean PSS score was 30.16±9.86, the mean PSAS score was found to be 1.48±0.76. A positive correlation was found with all of the PSS and SCAS dimension scores. As the education years of the mother increased, it was determined that the mean scores of all of the PSS and SCAS dimension scores decreased significantly ($p<0.05$).

**Conclusion:** In this study, it was concluded that all dimensions of parental stress and PP child anxiety were affected by each other. Accordingly, it is thought that stress and anxiety levels are in interaction. Managing this situation by family physicians, who provide continuous health services by evaluating individuals as a whole, will provide easier prevention, diagnosis, treatment and follow-up of psychiatric diseases. Psychiatric screening in primary care, where many screening programs are included, is a preventative approach and can offer early intervention. In this context, children with PP should be included among the target groups in psychiatric screenings. During this period, the parent, who is the child's best observer and role model, must also be included in psychiatric evaluations. PSS and SCAS can be easy and understandable scales to be used for these purposes.

**Key words:** anxiety, parental stress, family medicine, psychiatric evaluation in primary care

# 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Psikiyatrik hastalıkların insidansı tüm dünyada giderek artmaktadır. Ülkemizde ulusal hastalık yüküne bakıldığında kardiyovasküler hastalıklardan sonra %19 ile ruhsal sağlık problemleri yer almaktadır (1). Ruhsal problemi olan altı kişiden yalnızca bir kişi yardım için başvuruda bulunmaktadır. Psikiyatrik hastalıkların çoğunun temeli okul öncesi döneme dayanmaktadır ve bu dönemde yapılacak müdahaleler ile psikiyatrik hastalıklar yetişkinlik dönemine göre kolay tedavi edilmektedir. Bu dönemde tanı almamış psikiyatrik bozukluklar yaşamın ilerleyen dönemlerinde bireyin sosyal yaşamını, bedensel ve zihinsel gelişimini olumsuz etkileyebilir (2, 3). OÖ dönem çocukların ruhsal bozukluklarının kaynağı ebeveynleri olabilir. Aynı zamanda OÖ çocuk psikiyatrik bozuklukları da ebeveynlerin stres kaynağı olabilir. Bu döngüyü kırabilmek için hem OÖ dönem çocuklarda hem de ebeveynlerde ruhsal sağlık taramalarına ihtiyaç vardır.

Aile hekimleri kendilerine kayıtlı bireylere prenatal dönemden itibaren sürekli sağlık hizmetleri sunarlar. Hastalık dışında sağlam çocuk izlemi, periyodik sağlık muayeneleri, aşılar, rapor, danışmanlıklar aile hekimlerine başvuru nedenleridir (4). Bu ziyaretler bireylerin davranış değişikliklerini saptamada ve ruhsal hastalıkları taramada fırsat niteliğindedir. Gelişmiş ülkeler bedensel hastalıklar kadar ruhsal hastalıklar ile de ilgilenirler. Bu bağlamda birinci basamak sağlık hizmetlerine ruhsal hastalıkların taranmasının entegre edilmesi bireylerin psikiyatrik bozuklarının önlenmesi, erken tanısı, tedavisi ülkemizin gelişmişlik düzeyine katkı sağlayabilir.

Çalışmamızda, ebeveynlerin stres düzeyini, okul öncesi çocukların anksiyete düzeyini ve bu iki durumun birbiri ile ilişkisi araştırmayı amaçladık.

# 2. GENEL BİLGİLER

## 2.1. Stres

### 2.1.1. Stres Kavramı

Stres kelimesi Latinceden köken alan "sıkıştırmak" veya "germek" anlamına gelen "estrictia" kelimesinden türetilmiştir (1). Stres konusuyla ilgilenen öncü bilim adamlarından olan Selye stresi "vücuda yüklenilen herhangi bir özel olamayan isteme karşı vücudun tepkisi" olarak ilk kez tanımlamıştır (2). Strese neden olan çevresel tetikleyiciye “stresör” denilmektedir (3). Bugün için stres, bireyin baskı, çatışma, gerilim gibi çevresel bir uyaran tarafından tetiklenen ve bireyin kendini fiziksel veya zihinsel olarak tehdit altında hissetmesine neden olan bir tepki olarak tanımlanabilir. Günümüzde stres yaşamın bir gerçeği haline gelmiştir. Strese maruziyet bedenen, ruhen ve sosyal iyilik halini bozabilmektedir. Bununla beraber uzun süre stres yaşayan bireylerin işlevselliği bozulup yaşam kalitesi etkilenebilmektedir (4). Kronik stres maruziyeti birçok hastalığa sebep olabilmektedir. Schneiderman ve ark. 2005 te ve Gunnar ve Quevedo 2007 de stresin insan sağlığı üzerinde olumsuz etkilerini gösteren çalışmalar yapmışlardır (5).

### 2.1.2. Stres Kaynakları

Stres kaynağı, bireyin stresli bir duruma veya uyarıcıya tepki vermesine neden olan faktörler olarak tanımlanabilir (6). Bu faktörler birbirleri ile etkileşimdedir. Keskin sınırlarla ayrılmamıştır ve bireyler arası farklılıklar gösterebilmektedir (7). Ancak genel anlamda stres kaynaklarını üç grupta toplamak mümkündür.

#### 2.1.2.1. Bireysel Faktörler

Her bireyin stres kaynağına verdiği yanıt farklıdır. Bu durum bireyler arası kişisel farklılıklardan kaynaklanır. Yaş, cinsiyet, kişisel tecrübeler, hayat standartları, ekonomik durum, duygusal etkilenim, medeni durum, çocuk sahibi olma bireysel faktörler arasındadır (7).

#### 2.1.2.2. Örgütsel Faktörler

Bireyin iş hayatındaki stres faktörleridir. Çalışma şartları ve saatleri, iş arkadaşları, çalışma ortamı, izin durumu, performans beklentisi, sorumlulukların verdiği endişe örgütsel faktörler arasında sayılabilir (8).

#### 2.1.2.3. Çevresel Faktörler

Çevresel stres kaynakları, bireyin kendinden bağımsız olup çevresel faktörlerden kaynaklanan stresörlerdir. Ekonomik kriz, doğal afetler, savaşlar, kalabalık kentleşme, gürültü, psikolojik ve fiziksel şiddet çevresel faktörlerden sayılabilir.

### 2.1.3. Stres Belirtileri

Günlük yaşamda birçok stresör ile karşılaşılmaktadır. Bu stresörler bireyin tolere edebileceği yoğunlukta ya da yönetilebilecek düzeyde ise birey bu duruma aşırı tepki vermeyebilir. Ancak stresli durumlar bireyin baş edemeyeceği kadar yoğun bir hale geldiğinde bireyde bazı tepkilere neden olabilmektedir. Bu tepkiler yeni duruma adaptasyon sağlamak ve organizmanın bütünlüğünü korumak için verilen birtakım reaksiyonlardır (9).

#### 2.1.3.1. Stresin Fiziksel Belirtileri ve Sonuçları

Stresin fiziksel belirtileri vücudun strese verdiği tepkinin yansımasıdır. Bireyde taşikardi, taşipne, tremor, diyare, konstipasyon, hazımsızlık, terleme, ağız kuruluğu gibi belirtiler görülebilmektedir (9, 10). Bununla birlikte stresin uzun dönem fiziksel belirtileri de söz konusudur. Yapılan çalışmalara göre stresin hastalıklar ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu hastalıklara hipertansiyon, peptik ülser, irritabl barsak hastalıkları, migren, dengesizlik, konuşma güçlüğü, fibromyalji örnek verilebilir (11, 12, 13, 14).

#### 2.1.3.2. Stresin Psikolojik Belirtileri

Stres; sinirlilik, sabırsızlık, öfke, kaygı, endişe gibi psikolojik belirtilere neden olabilmektedir. Bu belirtiler geçici olabileceği gibi uzun süre devam edebilir ve hastalık haline gelebilir. Stresli bireylerin depresyon tanısı alma olasılıklarının

daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar vardır (15)**.** Uyku bozuklukları, yaşamdan zevk alamama**,** benlik saygısı ve verimlilikte azalma, ölüm isteği ve intihar girişimleri stresin psikolojik belirtileri arasında yer almaktadır (16, 17, 18, 19).

#### 2.1.3.3. Stresin Davranışsal Belirtileri

Stresin davranışsal belirtilerine aşırı hareketlilik hali ya da hareket bozuklukları, huzursuzluk, konuşma problemleri, yeme davranış bozuklukları, şiddete başvurma verilebilecek örneklerdendir. Stresin davranışsal belirtileri bağımlılığa dönüşebileceğinden erken tanı önemli yer tutmaktadır. Tütün, alkol ve madde bağımlılıkları çoğunlukla stres zemininde olmaktadır (20, 21, 22, 23).

### 2.1.4. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri

Stres yönetimi stres unsuru ile karşılaşıldığında bireyin kendi için en etkili yöntemi kullanarak stresin etkilerini en aza indirdiği süreci tanımlamaktadır. Uygun yöntem sonucunda bireyler stresten en az şekilde etkilenmektedirler. Stres yönetiminde öncelik stres kaynağının belirlenmesi ve stresle başa çıkmak için uygun yöntemin uygulanmasıdır**.** Stresle baş etmede en sık kullanılan fizyolojik yöntem nefes alış verişinin etkili kullanıldığı kas gevşetme egzersizleridir (24). Zaman yönetimi, meditasyon, davranışsal terapiler, egzersiz, hipnoterapi kullanılabilecek diğer yöntemlerdendir (25).

### 2.1.5. Stres Düzeyinin ölçülmesi

Farklı stres türlerini ve nedenlerini belirleyen birçok ölçek geliştirilmiştir.

*Holmes ve Rahle Sosyal Uyum Ölçeği* günlük yaşantıda karşılaşılan stresörlerin stres düzeyine etkisini araştırmak amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek, bireyin son bir yıl karşılaştığı strese neden olabilecek olayların stres düzeyine etkisini puanlamaktadır (25).

Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından geliştirilen *Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)* bireyin hayatındaki bazı durumları ne derece stresli algıladığını ölçmektedir. 14 maddeden oluşup beşli likert tipinde bir ölçektir (4).

*Kopenhag Psikososyal Risk Değerlendirmesi Ölçeği* bireylerin iş hayatındaki stres düzeyini belirlemek için kullanılan bir ölçektir. İş yükü, çalışma doyumu, duygudurum, çalışma koşulları gibi durumları değerlendirmektedir (26).

Bu ölçeklere ek olarak özel durumlardaki stres düzeyini ölçen ölçekler de bulunmaktadır. *Gebelik stresini değerlendirme ölçeği* (27), *Aile Stresini Değerlendirme Ölçeği* (28), *Sınıfta Stres Nedenleri Ölçeği* (29), *İş Stresi Ölçeği* (30), *Yenidoğan Ağrı Ve Stres Değerlendirme Ölçeği* (31), *Anne Baba Stres Ölçeği* (32) bu ölçeklerden bazılarıdır.

### 2.1.6. Ebeveyn Stresi

Ebeveyn olmak bireylerin çocuk sahibi olması ile başlar. Eve yeni bir bebek gelişi ile çiftlerin tüm yaşamı bir anda değişmektedir. Bireylerin sosyal ve aile içi hayatları dramatik bir biçimde bebek etrafında şekillenmektedir. Bu beraberinde ciddi sorumluluklar getirmektedir (33). Ebeveynler bebeğin temel ihtiyaçlarını karşılamak kadar bebeği değişen dış dünyanın tehlikeli etkilerinden de koruma sorumluluklarını üstlenirler. Bu sorumluluklar ebeveynlerde stres kaynağı olabilmektedir. Ebeveyn olmanın vermiş olduğu sorumluluktan dolayı meydana gelen stres ebeveyn stresi olarak tanımlanmaktadır (32). Deater-Deckard (1998)'a göre ebeveynlik rolünü yerine getirememenin vermiş olduğu stres olarak tanımlanabilmektedir (34). Bebeğin bakımında iş bölümü, kişisel sosyal alanların yeniden düzenlenmesi, bebeğin aile ekonomisinde fazla yer edinmesi, bebek yetiştirmede fikirsel ayrılıklar, cinsel hayat, anneanne, babaanne, dede ilişkileri ebeveynler için stres kaynakları olabilmektedir (35). Bebeğin büyümesi ile eğitim, ergenlik dönemi, çocuğun sosyal çevresi stres kaynakları arasına eklenebilmektedir (36, 37).

### 2.1.7. Ebeveyn Stresinin Ruhsal ve Fiziksel Sağlık Üzerindeki Etkisi

Stresin birçok olumsuz sonuçları olabilmektedir. Söz konusu ebeveyn stresi olduğunda bu durum sadece bireyi değil tüm aileyi etkileyebilmektedir. Ebeveyn stresi ebeveynlerin ve çocuğun ruhsal-fiziksel sağlığını etkileyebilmektedir. Ebeveynler açısından karşılıklı sevgi ve saygıda azalma, cinsel hayatın bozulması, ebeveyn rolünün sorumluluklarını yerine getirememe ile sonuçlanabilmektedir (38).

Çocuklarda ise kaygı, öfke, davranış sorunları, düşük özgüven, depresyon, saldırgan hareketler, kronik mutsuzluk ve sosyal hayatta olumsuz ilişkiler ebeveyn stresinin ruhsal sonuçlarından sayılabilmektedir. Bununla beraber birtakım fiziksel sağlık sorunlarına da neden olabilmektedir. Stresli ebeveyne sahip çocuklarda stres hormon düzeyinin daha yüksek olduğunu destekleyen çalışmalar mevcuttur. Bu yükseklik, çocuklarda bağışıklık sisteminin zayıflamasına ve uyku düzen bozukluklarına neden olabilmektedir. Ebeveyn stresi yalnızca çocukluk döneminde değil çocuğun gelişimi sürecinde de bir etkiye sahip olabilmektedir (39, 40). Bir çocuğun biyopsikososyal gelişiminin yalnızca ebeveyn desteği ile gerçekleşebildiğinden ebeveynlerin stres yönetimlerini yapmaları gerekmektedir (38).

### 2.1.8. Ebeveyn Stres Düzeyinin Ölçülmesi

Literatür incelendiğinde ebeveyn stresini ölçmeye yönelik birçok aracın olduğu görülmüştür. Abidin Ebeveyn Stres Teorisi'ni geliştirerek ebeveyn rolünü belirleyip ilk olarak *Ebeveyn Stres İndeksi (PSI)*'ni geliştirmiştir (41). 120 maddelik olan bu indeks daha sonra yenilenerek *Ebeveyn Stres İndeksi-Kısa Formu* (PSI-SF) olarak 36 maddeye güncellenmiştir (41). *Ebeveyn Stres Ölçeği* Berry ve Jones (1995) tarafından geliştirilip 2021 yılında Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılmış beşli likert tipide bir ölçektir (41). *Anne-Baba Stres Ölçeği* Kaymak ve Kaymak Özmen tarafından 2012 yılında geliştirilen bir ölçektir (32). *Anne-Baba Stres Ölçeği* 2015 yılında Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılıp 2018 yılında kısa formu geliştirilen bir ölçektir (32, 42). *Ebeveynlik Stres Ölçeği* 2017 yılında Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılmış sağlıklı çocuğu olan ebeveynlerin stresini ölçmek üzere tasarlanmış bir ölçektir (43). Kaner tarafından 2001 yılında engelli çocuğa sahip ailelerin stresini değerlendirmek için *Aile Stresini Değerlendirme Ölçeği* nin Türkçe uyarlamasını yapmıştır (44).

## 2.2.Anksiyete

### 2.2.1. Anksiyete Tanımı

Anksiyete kelimesi Hint-Germen asıllı olup "sıkıntı, tasa ve sıkıca bastırmak" anlamına gelen "angh" kelimesinden türetilmiştir (45). Yaygın görülen ruhsal bozuklardan olan anksiyete otonom ve somatik belirtiler ile seyreden öznel

huzursuzluk hissi olarak tanımlanmaktadır (46). Anksiyete olası tehlikeli bir duruma karşı geliştirilebilse de normal şartlarda da oluşabilmektedir. Anksiyete bireyin günlük işlerini yapmasına engel olacak şiddette olursa bu durum anksiyete bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (47). Hastalar günlük yaşamında karşılaştığı bir duruma ya da nesneye gereğinden fazla tehlike ve endişe göstermektedir. *"The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V"* (DSM-5) anksiyete bozukluklarını agorafobi, seçici konuşmazlık, sosyal fobi (toplumsal anksiyete bozukluğu), özgül fobi yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, maddenin yol açtığı anksiyete bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu, tanımlanmış ve tanımlanmamış anksiyete bozukluğu olarak sınıflandırmaktadır (48).

### 2.2.2. Anksiyete Belirtileri

Anksiyete her zaman olumsuz sonuçlar doğurmayabilir. Normal düzeyde olan anksiyete ile bireyler daha motive olup harekete geçebilmekte ve güç durumlar karşısında performanslarını artırabilmektedir (49). Ancak patolojik düzeyde olan anksiyete tanımlaması zor olan korku haline dönüşebilmektedir. Anksiyetede korkudan farklı olarak nedeni belli değildir ve somut bir tehlike gösterilememektedir. Birey kötü bir şey olacakmış gibi hissedip korkulu, kaygılı, endişeli ve huzursuz ruh halindedir. Bu duygudurumun temelinde olası bir tehlikeye hazırlıksız oluş düşüncesi yer almaktadır (50). Terleme, baş ağrısı, tuvalete gitme hissi, çarpıntı, göğüste sıkışma hissi, mide rahatsızlıkları, hazımsızlık anksiyete belirtileri olarak sayılabilmektedir. Her hastada bu belirtilerden biri ya da daha fazlası baskın olabilmekte ve bu durum hastalar arasında çeşitlilik göstermektedir (51). Hastalar en sık görülen belirtilerden olan kas katılığı sonucunda baş ağrısı ve boyun tutulması ile kliniklere başvurabilmektedir.

### 2.2.3. Anksiyete Tanısı

DSM-5 kılavuzuna göre anksiyete bozukluğuna ilişkin tanı kriterleri şunlardır:

A. En düşük altı aylık süre zarfında hemen her gün birçok olay veya etkinliklerle (iş veya okul ortamında başarı gösterebilme gibi) bağlantılı olarak, fazlasıyla kaygı ile kuruntu mevcuttur.

B. Kişi, kuruntularını kontrol altında tutmakta güçlük çekmektedir.

C. Kaygı ile kuruntuya aşağıda yer alan altı belirtiden en az üçü (veya daha fazlası) eşlik etmektedir (bazı belirtiler en azından son altı ayda neredeyse her gün bulunmalıdır):

1. Sakinleşememe (huzursuzluk) veya sinirli veya çoğu zaman diken üzerinde hissetme,

2. Kolay yorulma,

3. Odaklanmada zorluk çekme veya zihin boşalması,

4. Kolay kızma,

5. Kas gerginliği,

6. Uyku bozukluğu (uykuya geçmekte veya uykuyu devam ettirmekte zorluk yaşama veya dinlendirmeyen, yeterli gelmeyen uyku uyuma).

D. Kaygı, kuruntu veya bedensel semptomlar, klinik bakımından belirgin bir zorluğa veya sosyal-meslek ile ilgili alanlarda ve önemli başka işlevsellik alanlarında bozulmaya sebep olmaktadır.

E. Kişide var olan bu bozukluk, başka tıbbi bir durumla veya madde kullanımının etkileri ile açıklanamamaktadır.

F. Bu bozukluk farklı bir ruhsal patolojiyle daha iyi açıklanamamaktadır.

### 2.2.4. Anksiyete Bozuklukları Sınıflandırılması (DSM V)

DSM-5'e göre anksiyete bozuklukları on kategoride sınıflandırılmıştır. Bunlar;

- Panik Bozukluk
- Yaygın Anksiyete Bozukluğu
- Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi)
- Agorafobi
- Özgül Fobi

- Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu
- Madde İlişkili Anksiyete Bozukluğu
- Ayrılık Anksiyete Bozukluğu
- Seçici Konuşma Bozukluğu (Selektif Mutizm)
- Tanımlanmış ve Tanımlanmamış Anksiyete Bozukluğu

DSM-5'te DSM-4'e göre birtakım değişiklikler yapılmış olup DSM-4 anksiyete bozuklukları içerisinde yer alan obsesif kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu DSM-5'te çıkarılmıştır.

#### 2.2.4.1. Panik Bozukluk

Panik bozukluk, panik atak tanısı olan bireylerin atak yaşamadıkları dönemlerde atak gelecekmiş gibi yoğun anksiyete ve korku yaşadığı psikiyatrik hastalıktır. Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir. Panik bozukluk tanısı koyabilmek için hastanın son bir ay içerinde panik atak geçirmemiş olup atak beklentisi ve bu duruma yönelik davranış değişikliklerinin olması gerekmektedir. Hastada bu duruma sebep olabilecek tıbbi durumlar, ilaç ve madde kullanımı, diğer ruhsal bozuklukların dışlanmış olması gerekmektedir.

Panik atak tanısı koyabilmek için beklenmedik ve tekrarlayan atakların olması gerekmektedir. Ataklar sırasında aşağıdaki bulgulardan en az dört tanesinin olması gerekmektedir.

1-Çarpıntı

2-Terleme

3-Titreme ya da sarsılma

4-Nefes darlığı

5-Soluğun tıkandığı duyumu

6-Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma

7-Bulantı ya da karın ağrısı

8-Baş dönmesi, sersemlik hali

9-Ttreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu

10-Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları)

11-Gerçek dışılık

12-Denetimini yitirme ya da çıldırma korkusu

13-Ölüm korkusu

#### 2.2.4.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) bireyin günlük hayatında birçok şey hakkında belirli bir sebep olmaksızın aşırı endişe duyma hali olarak tanımlanmaktadır (52). Kadınlarda daha sık görülmektedir. Panik bozukluktan farkı bireyin panik atak tanısı olmamasıdır. Yaygın anksiyete bozukluğu hastada birçok fiziksel belirtilere neden olabilmektedir. Bundan dolayı hastalar psikiyatri polikliniği dışında birçok polikliniğe fiziksel belirtileri için sıkça başvurmaktadır. Etyolojisinde biyolojik ve psikososyal etmenler birlikte yer alabilmektedir.

YAB için DSM-5'te yer alan tanı kriterleri aşağıda gösterilmiştir.

A-En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde olaylara aşırı kaygı ve kuruntu durumunun olması

B- Kişi kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.

C- Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki belirtiden en az üçü eşlik eder.

Not: Çocuklarda yalnızca bir belirtinin olması yeterlidir.

1-Huzursuzluk

2-Kolay yorulma

3-Odaklanamama

4-İrritabilite

5-Kas gerginliği

6-Uyku bozukluğu

D- günlük yaşantıda işlevsellik kaybına neden olur.

E- Bu bozukluk başka bir ruhsal bozuklukla ya da madde kullanımı ile açıklanamaz.

### 2.2.4.3. Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi)

Sosyal fobi bireyin sosyal hayatta karşılaşabileceği olaylarda utanabileceği düşüncesi ve bu durumlarda bulunma korkusu olarak tanımlanabilmektedir. Etyolojik araştırmalar sosyal fobi tanısı almış ebeveynlerin çocuklarının sağlıklı ebeveyne sahip çocuklara göre daha az bakım aldığı, daha muhafazakar ailelerde yetiştirildiklerini göstermektedir. Kısa süreli bir fobi olmayıp genellikle kronik seyretmektedir. Sosyal fobi için DSM-5'te yer alan tanı kriterleri aşağıda gösterilmiştir.

- Kişi olumsuz olarak değerlendirilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirti göstermekten korku ve kaygı duyar.
- Söz konusu toplumsal durumlar neredeyse her zaman korku ya da kaygı doğurur.
- Kişi bu durumdan kaçınır ya da sıkıntılı biçimde katlanır.
- Duyulan korku ve kaygı sosyokültürel bağlamda orantısızdır.
- Bu durum en az altı ay devam eder.
- Bu durum madde ya da ilaç kullanımına bağlanamaz.
- Kişinin, başkalarınca değerlendirilebilecek olduğunda kaygı duyar.

### 2.2.4.4. Agorafobi

Agorafobi kelimesi köken olarak Yunancaya dayanıp 'agora' ve 'phobos' kelimelerinden türetilmiştir. Kelime anlamı olarak 'pazar yeri korkusu' anlamına gelmektedir. Panik bozukluk ile birlikteliği sık olmasına karşın DSM-5'te ayrı bir hastalık olarak yer almıştır. Genellikle travmatik bir olaydan sonra meydana gelir. Bireyler yalnız kalacaklarını düşündükleri yerlerde bulunmaktan kaçınırlar ve bu

yerlerde panik atak geçirmekten endişe duyarlar. DSM-5'e göre en az altı ay süren ve madde kullanımı, başka hastalık ya da ruhsal bozuklukla açıklanamayan birtakım bulguların olması gerekmektedir. Kapalı ya da açık ortamda bulunmaktan kaçınma, toplu taşımada bulunmama isteği, tek başına evden çıkamama durumu bu belirtilerden sayılabilmektedir.

### 2.2.4.5. Özgül Fobi

Bireyin belirli nesne, durum ya da olay hakkında tekrarlayan, aşırı ve sürekli korku geliştirme durumudur. Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir. Özgül fobi için kaynak olabilecek nesneler arasında böcek, kan, örümcek, uçak sıklıkla yer almaktadır. Fırtına, şimşek, yükseklik, kapalı yer, hastalık, yaralanma ve ölüm özgül fobiye sebep olabilecek durumlar arasında sıklıkla yer alabilmektedir. Bu kaynaklar hemen her zaman korku, kaygı ve endişe oluşturmaktadır. Yaşanılan korku ve kaygı nesneden orantısız şiddettedir. Bu duygudurum hastalarda işlevsellik kaybına neden olmaktadır. DSM-5 özgül fobiyi kaynaklarına göre sınıflandırmaktadır. Bu kaynaklar;

- Doğal çevre tipi (fırtına, yükseklik, su),
- Hayvan tipi (örümcek, böcek, kedi),
- Kan-enjeksiyon-yaralanma tipi (iğne, kan alma),
- Durumsal tip (uçak, asansör) ve diğer tip (yüksek sesler, özel giysili kişiler gibi) şeklinde sınıflandırılabilmektedir.

### 2.2.4.6. Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu

Bazı tıbbi durumlar da anksiyeteye sebep olabilmektedir. Hipotiroidi, hipertiroidi, menopoz, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, kanser, kemoterapi sonrası durumlar anksiyete bozukluğuna neden olabilmektedir. Tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu tedavisi altta yatan hastalık tedavisini içermektedir.

### 2.2.4.7. Madde İlişkili Anksiyete Bozukluğu

Madde ile ilişkili anksiyete bozukluğu reçete edilebilir ilaçların ya da keyif verici maddelerin kullanımı sonucu meydana gelir. Sempatomimetik ve serotonerjik

ilaçlar en sık madde ilişkili anksiyeteye neden olan ajanlardır. Bulgular kullanılan ilacın etkisine göre değişmektedir. DSM-5'e göre madde ile ilişkili anksiyete bozukluğu tanısı koyabilmek için kaygı ya da panik atak varlığı zorunludur. Mevcut bozukluklar madde kullanımı sırasında ya da madde kullanımını bırakmayı takiben bir ay içerisinde olmalıdır. Tedavisi etkene yöneliktir.

#### 2.2.4.8. Ayrılık Anksiyete Bozukluğu

Birey için önemli olabilecek bağlanma nesnelerine zarar gelme düşüncesi ya da bu nesneyi kaybetmeye karşı geliştirilebilen aşırı kaygı durumu olarak tanımlanmaktadır.

#### 2.2.4.9. Seçici Konuşma Bozukluğu (Selektif Mutizm)

Selektif mutizm olarak adlandırılan seçici konuşma bozukluğu bireyin konuşmasının beklendiği zamanda konuşmaması olarak tanımlanmaktadır.

### 2.2.5. Okul Öncesi Dönemde Anksiyete Bozuklukları

DSM-5'te yer alan anksiyete bozukluklarının dört tanesi okul öncesi dönemde sık görülmektedir. Bunlar;

- Ayrılık Anksiyete Bozukluğu (AAB),
- Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB),
- Özgül Fobi,
- Toplumsal Kaygı Bozukluğu olarak sıralanabilir.

#### 2.2.5.1. Çocukluk Döneminde Ayrılık Anksiyete Bozukluğu

Ayrılık kaygısı yaşamın ilk yılında ortaya çıkan ebeveynlerden ayrılmaya gösterilen tepkidir. Yaş ilerledikçe nesne sürekliliği ile bu kaygını azalması beklenir (53). Ancak ayrılık kaygısının azalmayıp çocuğun gelişiminden uyumsuz olarak artması ile ayrılık anksiyete bozukluğu meydana gelebilmektedir (53, 54). Ayrılık anksiyetesi olan çocuklar belirli nesne ya da bireylere aşırı bağlanma durumu göstermektedirler. Bu nesne ya da bireylerden ayrılma fikrinde bile aşırı korku, endişe ve rahatsızlık hissederler. Bu çocuklar ebeveynlerinden ayrılmak istemezler

ve ayrılmamak için ısrarcı olurlar. Ayrılmak zorunda kaldıklarında ise ağlama nöbetleri ve saldırgan davranışlar sergileyebilirler. Anne-babadan uzun süre ayrı kalma, yeni kardeş doğumu, sevdiği birinin ölümü, sevdiği oyuncağından istemeden ayrı kalma, okula başlama ayrılık anksiyete bozukluğuna sebep olabilecek durumlar arasında sayılabilmektedir (55). DSM-5'e göre ayrılık anksiyete bozukluğu tanısı için bu durumun çocuklarda en az dört hafta devam ediyor olması gerekmektedir. Tanısı genellikle okul çağı döneminde konulmaktadır. Ebeveynler genelde okula gitmek istemeyen çocukları nedeniyle kliniklere başvurmaktadır. Ancak okul öncesi dönemde edinilen kötü ayrılma deneyimleri ayrılık anksiyete bozukluğuna neden olabilmektedir (56, 57).

#### 2.2.5.2. Çocukluk Döneminde Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Çocukluk döneminde YAB tehlikeli durumların neden olduğu strese karşı gelişen somatik belirtiler ve yoğun kaygı ile karakterizedir (58). YAB tanılı çocuklar sürekli endişeli ve kaygılı hissederler, konsantre olmakta zorlanırlar, uyku problemleri yaşayabilirler. Bununla beraber mide ağrısı, baş ağrısı, kas gerginliği, terleme, titreme gibi somatik yakınmaları da olabilmektedir. Ayrıca yaygın anksiyete bozukluğu çocukların günlük işlevselliğini de etkileyebilmektedir. Çocuklar okula gitmek istemezler ve sosyal hayatta olabildiğince kaçarlar (59, 60).

#### 2.2.5.3. Çocukluk Döneminde Özgül Fobi

Çocukluk dönemi aktif olarak yeni nesneler ve durumlarla karşılaşılan kısa olmayan bir dönemdir. Bu dönemde çocuklar bazı nesne ya da durumlara özgü korku geliştirebilirler (61). Bu korku aşırı tepki ile sonuçlanırsa fobiye dönüşebilmektedir. Özgül fobi belirli bir nesne, durum veya aktiviteye karşı yoğun ve aşırı korku veya endişe duymayı içerir. Özgül fobi tanılı çocuk korku kaynağının kendine zarar vereceğini düşünür. Böcek, kan, hastalık, kedi, köpek, yükseklik, karanlık, tünel şimşek, oyuncak bebek, yılan gibi fobiler çocukluk çağı özgül fobilerine örnek verilebilir (62, 63, 64). Bir çocukta genellikle birden fazla özgül fobi bulunur (65). Bu durumu yaygın anksiyete bozukluğu kliniğinden ayırmak önemlidir. Bu fobilerin belirtileri, çocuğun özgül korkusu veya kaygısı ile ilgilidir. Genellikle çarpıntı, hızlı nefes alıp-verme, titreme, terleme ve ilgili kaynaktan kaçma olarak kendini

gösterebilmektedir. Yetişkin dönemi özgül fobileri çocukluk döneminde başlamaktadır (66).

#### 2.3.5.4. Çocukluk Döneminde Toplumsal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi)

Toplumsal anksiyete bozukluğu sosyal fobi olarak da bilinmektedir (67). Çocukluk döneminde sık görülür. Çocukluk döneminde belirli durum ya da sosyal etkileşimden duyulan kaygıyı ifade etmektedir (68). Çocuk bu durumlarda bulunduğunda eleştirileceği, yargılanacağı, başarısız olabileceği, utanç duyabileceği düşünür. Bu kaygı çocuğu sosyal yaşamdan alıkoyar. Yaşamın ilerleyen dönemlerinde depresyon ve yaygın anksiyete bozuklukları ile birlikteliği sıktır. Toplumsal anksiyete bozukluğu olan çocuk sosyal ortamlarda bulunmakta, konuşmayı başlatmakta, müzik gibi performans sergilemekte, yabancı kişilerle konuşmakta sıkıntı yaşar (66, 69, 70).

### 2.3. Aile Hekimliğinde Psikiyatrik Hastalıklara Yaklaşımın Önemi

Birinci basamakta depresyondan sonra en sık görülen ruhsal bozukluk anksiyetedir (51). Dünya Sağlık Örgütü nün tanımına göre sağlık bedenen ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Gelişmekte olan ülkeler bedenen sağlık üzerine yoğunlaşırken gelişmiş ülkeler ruhsal sağlıkla da özel olarak ilgilenmektedir. Ülkemizde ulusal hastalık yükü açısından hastalıklar gruplandırıldığında kardiyovasküler hastalıklardan sonra %19 oranında psikiyatrik hastalıklar ikinci sırada yer almaktadır. Ve yine ülkemizde her altı ruhsal bozukluğu olan bireyden yalnızca bir tanesinin yardım aradığı düşünüldüğünde aslında bu oranın daha yüksek olduğu tahmin edilebilir. Özürlülükle kaybedilen yaşam yıllarına bakıldığında psikiyatrik hastalıkların il sırada yer almaktadır (71).

*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA) aile hekimliğini '*Esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelini harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir*.' şeklinde tanımlamıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlığa erişimde ilk temas noktasını oluşturur. Aile hekimleri bireylere yaş, cinsiyet veya herhangi bir sınırlama koymadan akut-kronik tüm sağlık sorunlarını birlikte yönetirler. Gerekli gördüğü

durumlarda diğer sağlık sunucuları ile iş birliği içinde hasta yönetimini planlarlar. Bireylere kişi merkezli yaklaşıp sürekli sağlık hizmeti sunarlar. Diğer branşlardan daha fazla hasta-hekim ilişkisi ve empati içerirler. Tüm hastalıkların ilk temas noktası olduğundan toplumda sık görülen hastalıklara yönelik kendine özgü problem çözme becerilerine sahiptirler. Hastalıkları tüm boyutları ile ele alarak bireylere, ailelerine ve topluma tam bir iyilik halinin oluşturulması için çalışırlar (72, 73, 74). Aile hekimliği disiplininin bu özellikleri dikkate alındığında sıklığı her geçen gün artan psikiyatrik bozukluklar için aile hekimlerinin rolleri önemli bir yer tutmaktadır (75).

Sağlık hizmetleri sunumunda ulaşılabilirliği en kolay olduğu aile hekimliği sistemine göre bir birey hiçbir sağlık sorunu olmasa dahi yılda en az bir kere aile hekimine başvurması gerekmektedir. 15-49 yaş grubundaki kadınlar ise senede en az iki kez aile hekimi tarafından değerlendirilmelidir. Sağlık raporu, evlilik raporu, ehliyet raporu, askerlik raporu okul çağı taramalar, aşılar düşünüldüğünde aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı her birey ile karşılaşma sayısı artmaktadır. Bununla beraber sağlıklı görünen bireylerin izlendiği periyodik sağlık muayeneleri birinci basamakta uygulanmaktadır (76). Bu başvurular bireylerin ruhsal muayeneleri için fırsat niteliğindedir. Hasta-hekim ilişkisinin daha uzun süreli ve yakın olduğu aile hekimlerinde etkin bir psikiyatrik muayene ile ruhsal hastalıkların erken teşhisi ve doğurabileceği diğer problemlerin önüne geçilebilmesi mümkün olabilir (77).

Psikiyatrik hastalıkların ruhsal belirtileri kadar fiziksel belirtileri de vardır. Hastalar bedensel yakınmalardan dolayı psikiyatri polikliniği dışında birçok kliniğe başvurmaktadır. Bu durum sağlık hizmeti sunumunda kaynakların gereksiz kullanımına, hastadan gereksiz tetkikler alınmasına ve en önemlisi tanı konulmada gecikmelere sebep olabilmektedir. Bireyleri bir bütün olarak değerlendiren aile hekimleri uygun stratejiler ile bu durumun önüne geçebilir. 2021 yılında Hastalık Yönetim Platformu'nda taranması gereken kronik hastalıklar sıralanmıştır. Ancak eklenmesi gereken farklı psikiyatrik bozukluk taramalarına da ihtiyaç vardır. Koruyucu sağlık hizmetleri sunumunun en güzel modeli olan aile hekimliği sistemine psikiyatrik sağlık tarama muayeneleri entegre edilebilir (78).

Sağlık Bakanlığı'nın hazırlamış olduğu 2011-2023 Ruh Sağlığı Eylem Planı Rehberinde aile hekimleri ve birinci basamak sağlık çalışanlarının psikiyatrik muayenede daha fazla görev alması gerektiği belirtilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü psikiyatrik şikayeti olan hastaların ilk başvuru noktalarını sorgulamak amacıyla 1988'de 11 ülkede bir çalışma yapmıştır. Çalışmada, "Ruh Sağlığı Hizmetine Ulaşım Yolları Görüşme Formu" nu kullanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre Amerika Ülkeleri ve Küba'da başvurular çoğunlukla pratisyen hekimlere yapıldığı tespit edilmiştir. Ülkemizde Ankara da yapılan benzer çalışmaya göre ise başvuruların çok küçük bir kısmının aile hekimliğine, yarısından fazlasının doğrudan psikiyatri uzmanına yapıldığı tespit edilmiştir. Erzurum da yapılan çalışmaya göre hastaların yine az bir kısmının aile hekimliğine başvurduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılan bu iki çalışmadan yola çıkarak sevk zincirinin yetersiz düzeyde olduğu düşünülebilir.

1 Ocak 2021'de yönetmeliğe giren Hastalık Yönetim Platformu (HYP) kapsamında birçok kronik hastalığın entegre edilmiş sistemlerce izlenmesi mümkün olmuştur. HYP' nin amacı birçok hastalığın oluşmasının önüne geçmek ve ilerlemesini durdurmaktır. HYP bünyesinde birçok değerlendirme ölçeği yer almaktadır. Bunlarda özel yaş, dönemlere, hastalıklara spesifik olanları vardır. Ebeveynlere yönelik ölçeklerin de bu platforma eklenmesi faydalı bir yaklaşım olabilir.

Aile hekimleri bireyleri prenatal dönemden başlayıp tüm hayatları boyunca izlemektedirler. Bireyler şikayetleri olmadan çeşitli sebeplerle aile hekimlerine başvurmaktadırlar. Bu başvurular psikiyatrik değerlendirme için fırsat niteliğindedir. Hastalık dışı başlıca başvuru nedenleri şu şekildedir;

- **Evlilik öncesi danışmanlık**

Evlilik öncesi sağlık raporu almak bu sebeplerden bir tanesidir. Rapor talebi ile başvuran ebeveynlere evlilik öncesi danışmanlık verilmelidir. Sağlık Bakanlığının 2014'te yayımlamış olduğu Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi'ne göre çiftler birçok konuda bilgilendirilmelidir. Birtakım psikolojik testlere de tabi tutulmalıdır. Ancak bu testler evliğe engel oluşturabilecek durumları içermektedir (79). Çiftlerin ebeveyn olmaya yönelik yeterlilikler hakkında sorgulamaları içeren muayenelere de

yer verilmelidir. Ayrıca ebeveyn olmanın getireceği sorumluluklardan da bahsedilmelidir.

- **Gebe izlemi**

Birinci basamakta her gebe en az dört kez izlenmelidir. Bu izlemlerdeki temel amaç anne ve bebeğin bedenen iyilik halinin devam etmesidir. Bununla beraber annenin ruh halinin de değerlendirilmesi gerekmektedir. Doğum öncesi bakım rehberine göre her izlemde anne adayında psikiyatrik değerlendirme yapılmalıdır (80). Bir gebeyi en az dört kez görmek aile hekimi için fırsat niteliğindedir. Doğum sonrası karşılaşabileceği problemler stres kaynağına dönüşmeden anneye anlatılmalıdır (81).

- **Lohusa izlemi**

Aile hekimliğinde lohusa kadın en az iki kez izlenmektedir. Bu dönemde annenin beden sağlığı kadar ruhsal durumu da değerlendirilmelidir (82). Sağlık Bakanlığı Doğum Sonrası Bakım Rehberi'nde yer alan psikiyatrik değerlendirmeler yapılmalıdır. Bu dönemde en yaygın kullanılan ölçek *Edinburg Pospartum Depresyon Ölçeği* dir. Bu ölçek lohusalık döneminde annenin depresyon riski, değişimi ve düzeyini belirlemektedir. Anne son yedi gün içinde kendini nasıl hissettiğini belirten ifadeyi işaretler. Toplam on soru içeren ölçeğin kesme puanı 12dir. 12 puan üzeri riskli sayılıp sevk gerektirmektedir (83).

- **15-49 yaş kadın izlemleri**

Ülkemizde 15-49 yaş aralığındaki kadınlar üreme sağlığı açısından altı ayda bir aile hekimleri tarafından düzenli olarak izlenmelidir. Bu yaş grubu doğurganlık yaşları olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla ebeveyn olunduğu yaşlar da bu aralıktadır. İzlemler için gelen annelere üreme sağlığı yaklaşımları bulunulurken psikiyatrik muayene için de fırsat oluşmaktadır. Yapılacak kısa muayeneler ve sorulabilecek birkaç soru ile olası ruhsal bozuklukların erken tanısı mümkün olabilmektedir. Ebeveynlerin anne-baba olmanın vermiş olduğu sorumluluklardan dolayı stresli olmalarının doğal bir süreç olduğu anlatılmalıdır. Ancak kontrol edilememiş ve iyi yönetilememiş ebeveyn stresinin olumsuz sonuçlarının tüm aileyi

dolayısı ile de toplumu etkileyebileceğinin bilincinde olunmalıdır. Aile hekimliğinin koruyucu sağlık hizmet sunumu disiplini ebeveyn stresi açısından değerlendirilmelidir.

### 2.4. Aile Hekimliğinde Okul Öncesi Psikiyatrik Muayenenin Önemi

Sağlık Bakanlığı'nın 2018 yılında yayımlamış olduğu Bebek Çocuk ve Ergen İzlem Protokolleri Rehberi'ne göre yaşamın ilk gününden itibaren birey sağlıklı görünse dahi belli aralıklarla izlenmesi gerekmektedir. Okul öncesi çocukluk döneminde 24. ve 30. aylarda, 3. 4. 5. yaşlarda izlemlerin yapılması gerekmektedir. Bu izlemlerde belirli taramalar yapılmaktadır. Bu taramalar sosyal davranışların değerlendirilmesini de içermektedir. Bu yaşlardaki çocukların sosyal davranışlarının en iyi gözlemcisi çocuğun primer bakımından sorumlu olan kişidir. Toplumumuzda çocukların bakımından en fazla sorumlu annedir. Genellikle göz ardı edilen ya da normal olduğu düşünülen bazı davranışlar çocuğun ilerleyen yaşamında psikiyatrik bir bozukluğun habercisi olabilmektedir. Bu yaşlarda çocuğun kendisini tam olarak ifade edemeyişi olası bir psikiyatrik bozukluğun tespit edilememesine sebep olabilmektedir. Yapılan çalışmalar psikiyatrik bozuklukları temelinin bu döneme dayandığını göstermektedir. Ayrıca olası psikiyatrik bozuklukların tedavisinin okul öncesi dönemde daha kolay olabileceğini destekleyen çalışmalar mevcuttur. Bu bağlamda bu yaş grubunda olan çocukların ebeveyni tarafından iyi gözlemlenmesi gerekmektedir (84). Bununla beraber belirli aralıklarla aile hekimi tarafından muayene edilen çocuklar değişen duygudurum değişikleri gibi psikiyatrik semptom bulgular bakım verenin gözlemi dışında bir uzman tarafından takip edilmiş olur. Bu sıklıkla çocuk ruh sağlığı uzmanları ve klinik psikologlar tarafından tarama yapılması mümkün değildir.

# 3. GEREÇ ve YÖNTEM

## 3.1. Araştırmanın Tipi

Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren Üniversite Kampüs Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve Saltuklu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi aile hekimliği birimlerine kayıtlı 2-5 yaş arası çocuğu olan ebeveynler üzerinde yapılan kesitsel özellikte bir araştırmadır.

## 3.2. Örneklem

Saltuklu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve Üniversite Kampüs Eğitim Aile Sağlığı Merkezindeki beş birime kayıtlı 2-5 yaş aralığında 392 çocuk bulunmaktaydı. %95 güven aralığında ve anlamlılık düzeyi p değeri 0,05 altı kabul edilerek yapılan örneklem hesabına göre çalışmanın 232 ebeveyn ile gerçekleştirilmesi planlandı.

### 3.2.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş üzerinde olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek ve onam vermek
- 2-5 yaş arası çocuk sahibi olmak
- Çocuğun bakımından primer sorumlu olmak

### 3.2.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- Ebeveyne veya çocuğa ait tanı konulmuş kronik bir hastalık sahibi olmak
- Düşünce içeriğini etkileyecek herhangi bir psikiyatrik ya da nörolojik hastalığı bulunmak

## 3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışma öncesinde çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildi. Dahil edilme kriterlerini sağlayan katılımcılar çalışmaya alındı. Tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alındı. Yüz yüze anket uygulama tekniği kullanılarak Sosyodemografik Veri Formu, ABS ve OÖÇA ölçeklerini doldurmaları sağlandı.

### 3.3.1.Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan ve hastaların tanımlayıcı özelliklerine dair verileri toplamaya uygun sorulardan oluşan bir formdur (Ek 1).

### 3.3.2. Anne-Baba Stres Ölçeği (ABSÖ)

Kaymak Özmen ve Özmen tarafından 2012 yılında geliştirilmiştir. Anne-babaların günlük yaşamda çocukları ile ilişkilerinde yaşadıkları stresi ölçmek amacıyla 16 maddeden oluşan tek boyutlu bir ölçektir. Dörtlü likert tipi bir derecelendirme ile hazırlanan ölçekte "Her zaman" 4 puan, "Sık sık" 3 puan, "Bazen" 2 puan, "Hiçbir zaman" 1 puan olarak değerlendirilerek ölçekten alınabilecek en düşük puan 16, en yüksek puan 64 olarak ifade edilmiştir. Ölçekten alınan yüksek puan, anne-baba stresinin yüksek olduğunu göstermektedir. Anne-Baba Stres Ölçeği'nin Cronbach-Alpha iç tutarlılık değeri 0,85 olarak hesaplanmıştır (32) (Ek-2).

### 3.3.3. Okul Öncesi Çocuklarda Anksiyete Ölçeği (OÖÇA)

1999 yılında Doktor Susan H. Spence ve Prof. Ronald Rapee tarafından Spence Çocuk Kaygı Ölçeğinden Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) adapte edilmiştir. Daha sonra 2001 yılında tekrar aynı kişilerce revize edilmiştir. Ölçeğin revize edilmiş versiyonu da tıpkı bir önceki versiyonu gibi 5'likertten oluşmaktadır. 0 = hiç doğru değil, 1 = nadiren doğru, 2 = bazen doğru, 3 = oldukça doğru, 4 = çok zaman doğru şeklinde ailelerden çocuklarını değerlendirmek suretiyle maddelere cevap vermeleri beklenmektedir. Bu faktörleri sosyal fobi, ayrılık anksiyetesi, özgül fobi, yaygın kaygı bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) oluşturmaktadır. Ancak ölçek revizyonunda OKB yaygın anksiyete bozukluklarının içine alınarak ölçeğin son hali 4 faktörlü olarak yayınlanmıştır. Toplamda yanıtlanması beklenen 30 madde mevcuttur. Test ve testin alt ölçekleri güçlü bir iç tutarlılığa sahiptir. Alt ölçeklerin güvenirlik katsayıları 0.72'den 0.92'ye değişmektedir. 2016 yılında Uğraş ve ark. tarafından Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış olup ölçeğin geneline ait Cronbach Alpha katsayısı 0.93; alt boyutların Cronbach Alpha katsayıları sırasıyla 0.84 – 0.83 –0.73 – 0.82 olarak bulunmuştur. Madde toplam korelasyonları 0.42 ile 0.65 aralığında bulunmuştur (70) (Ek-3).

### 3.4. İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen verilerin analizleri IBM SPSS Statistics 22 programı kullanılarak yapıldı. Verilerin analizinde önce tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama ± standart sapma (SS) ve % (n=sayı) olarak verildi. Normal dağılım gösteren değişkenlerde ABS ve OÖÇA ölçek puanları açısından karşılaştırmalarda Student-t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. Post Hoc karşılaştırmalarda Tukey's B ve Tamhane testleri kullanıldı. Numerik veriler arasındaki korelasyonun değerlendirilmesinde Pearson korelasyon testi uygulandı. Varyansları eşit olmayan gruplarda ise Mann Whitney U testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edildi.

### 3.5.Etik Kurul İzni

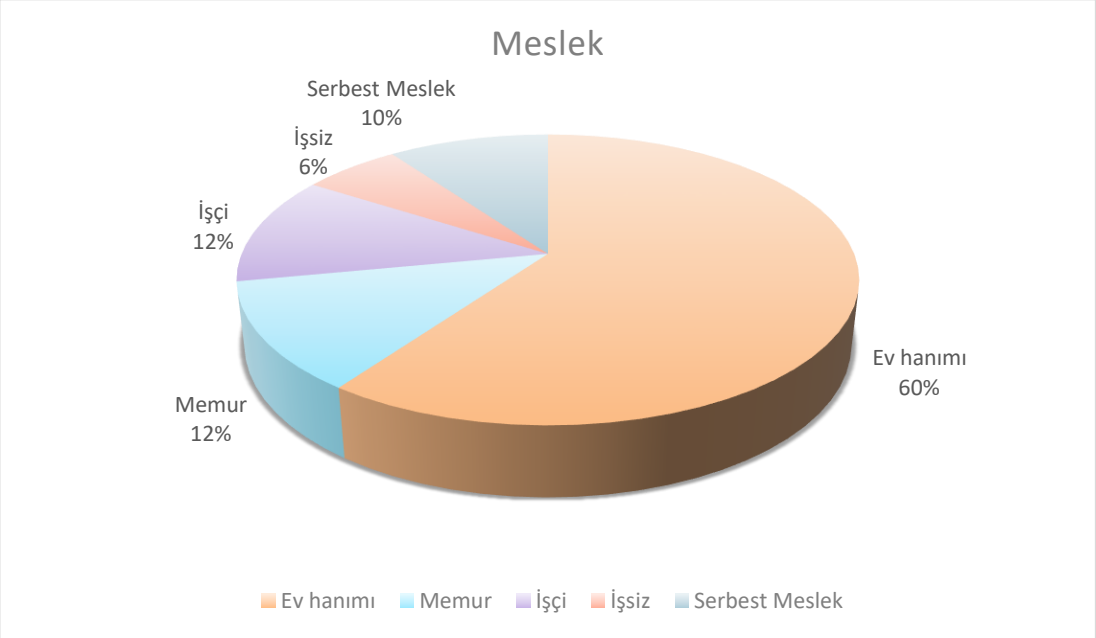
Bu tez çalışmasına başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından izin alındı. Çalışma 04.03.2021 tarih ve B.30.2.ATA.0.01.00/74 sayılı karar ile bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür (Ek-4).

# 4. BULGULAR

## 4.1. Sosyodemografik Veri Analizi

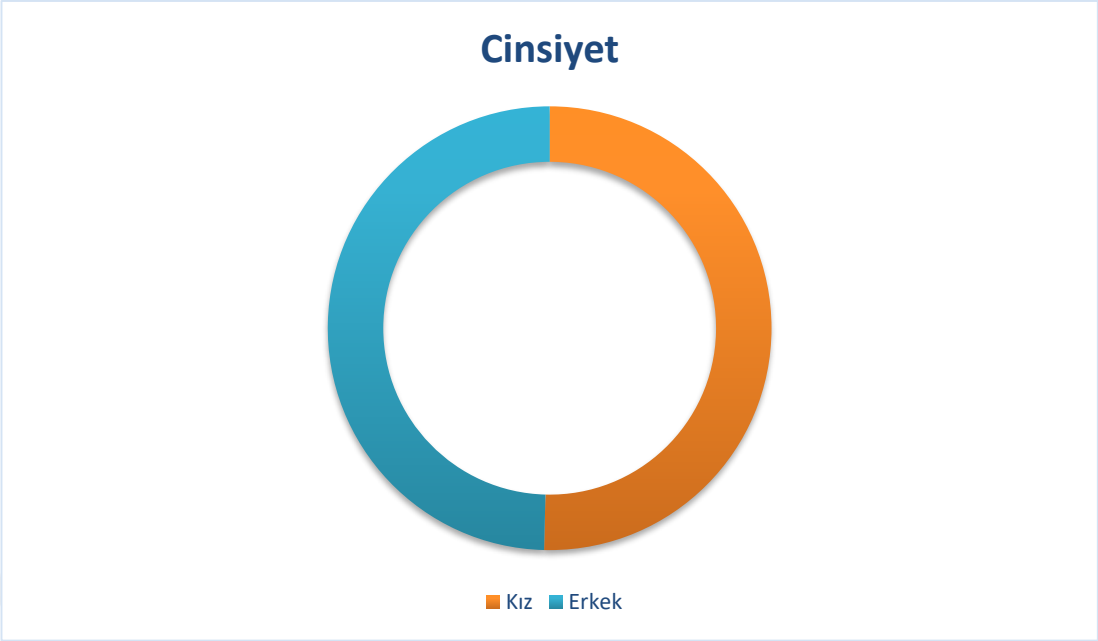
Çalışmamıza dahil olma ve dışlanma kriterleri göz önüne alınarak Atatürk Üniversitesi'ne bağlı aile sağlığı birimlerine kayıtlı olan 232 ebeveyn ile yüz yüze anket uygulaması yapıldı. Tüm katılımcılar değerlendirilen çocuğun bakımı ile primer sorumlu ebeveynleri idi.

Katılımcıların aktif olarak yürüttükleri meslekler sorgulandığında %59,9'u (n=139) ev hanımı, %12,1'i (n=28) memur, %12,1'i (n=28) işçi, %6'sı (n=14) işsiz, %9,9'u (n=23) serbest meslek (düzensiz iş) olarak tespit edildi (Şekil 1).




**Şekil 1.** Meslek Dağılımı

Ebeveynlerin değerlendirdikleri çocuklarının cinsiyeti %50,4 (n=117) kız, %49,6 (n=115) erkek idi (Şekil 2).




**Şekil 2.** Değerlendirilen Çocuğun Cinsiyeti

Katılımcıların yaş ortalaması 32,36±5,41 yıl idi. Katılımcıların aylık gelirlerinin ortalaması 4153,15±2534,55 TL idi. Çalışmamızın yapıldığı zaman aralığındaki Türkiye gelir dağılımına göre brüt asgari ücret 3577.5 TL idi. Ebeveynlerin sahip oldukları çocuk sayısı ise ortalama 2±1 idi. Katılımcıların eğitimi 12,16±4,04 yıl olarak tespit edildi (Tablo1).

**Tablo 1.** Sosyodemografik Özellikler-1

| | Sayı(n) | Ortalama | Standart Sapma (SS) | En Düşük | En Yüksek |
|---|---|---|---|---|---|
| Ebeveyn yaşı | 232 | 32,36 | 5,41 | 21 | 50 |
| Aylık gelir miktarı | 232 | 4153,15 | 2534,55 | 0 | 14000 |
| Ebeveyn eğitim yılı | 232 | 12,16 | 4,04 | 2 | 18 |

Eğitim durumları yıllara göre kategorize edildiğinde %19,4 (n=45) ilkokul-ortaokul, %24,6 (n=57) lise ve dengi, %56 (n=130) üniversite ve üzeri olarak bulundu (Tablo2).

**Tablo 2.** Sosyodemografik Özellikler-2

| Eğitim Düzeyi | % (Yüzde) | n (Sayı) |
|---|---|---|
| İlkokul-Ortaokul | | |
| Lise ve dengi | 19,4 | 45 |
| Üniversite ve | 24,6 | 57 |
| üzeri | 56 | 130 |

## 4.2. Anne Baba Stres Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Anne Baba Stres Ölçeğinin tavan puanı olan 64 puanı 2 kişi verirken en düşük verilen puan 16 oldu. Anne Baba Stres Ölçeğinden alınan puan ortalaması ise 30,16±9,86 olarak bulundu (Tablo 3).

**Tablo 3.** Anne Baba Stres Ölçeği Verileri

| | En Düşük | En Yüksek | Ortalama | SS. |
|---|---|---|---|---|
| ABSÖ puanı | 16 | 64 | 30,16 | 9,86 |

ABS ölçek puanı ile ebeveyn yaşı arasında, yapılan pearson korelasyon testinde düşük düzeyde negatif korelasyon tespit edildi (p=0,007, r=.-0,178) (Tablo 4).

**Tablo 4.** ABS Ölçeği Puanının Ebeveyn Yaşı ile Karşılaştırılması

| ABSÖ Puanı | | Ebeveyn Yaşı (Yıl) | | r | P* |
|---|---|---|---|---|---|
| Ortalama | SS | Ortalama | SS | | |
| 30,16 | 9,86 | 32,36 | 5,41 | **-0,178** | **0,007** |

*Pearson Korelasyon

ABS puanı ile değerlendirilen çocuğun cinsiyeti arasında istatistiksel anlamlı fark olup OÖ kız çocuğu olan ebeveynlerin stres puanları OÖ erkek çocuğu olan ebeveynlere göre anlamlı yüksek bulundu (Tablo 5).

**Tablo 5.** ABS Ölçek Puanının Çocuk Cinsiyeti ile Karşılaştırılması

| | Çocuğun Cinsiyeti | Ortalama±SS | p* |
|---|---|---|---|
| ABS puanı | Kız | 31,7±11,18 | **0,035** |
| | Erkek | 28,6±8,06 | |

*Mann Whitney U

ABS ölçek puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri incelendiğinde; eğitim düzeyi ilkokul-ortaokul olan bireylerin eğitim düzeyi üniversite olanlara göre ABS ölçek puanları anlamlı yüksek bulundu (Tablo 6).

**Tablo 6.** ABS Ölçek Puanının Eğitim Düzeyi Gruplarında İncelenmesi

| | Eğitim Düzeyi Grubu 1 | Eğitim Düzeyi Grubu 2 | Ort. Farkı (I-J) | p* |
|---|---|---|---|---|
| ABSÖ | İlkokul-ortaokul | Lise ve dengi | 5,83 | 0,64 |
| | | Üniversite | **6,84** | **0,011** |

*Oneway ANOVA-Tamhane

Bununla beraber bireylerin toplam eğitim yılı ile ABS ölçek puanları arasında anlamlı negatif korelasyon tespit edildi (p=0,03) (Tablo 7).

**Tablo 7.** ABS Ölçeği Puanının Eğitim Yılı ile İncelenmesi

| ABS Puanı | | Eğitim Yılı | | r | p* |
|---|---|---|---|---|---|
| Ortalama | SS | Ortalama | SS | | |
| 30,16 | 9,86 | 12,16 | 4,04 | **-0,195** | **0,003** |

*Pearson Kolerasyon

İşçi olan ebeveynlerin ev hanımı ebeveynlerine göre ABS ölçeği puanı anlamlı düşük bulundu (p=0,030). Diğer meslek grupları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı (Tablo 8).

**Tablo 8.** ABS Ölçek Puanının Meslek Gruplarında İncelenmesi

| | Meslek Grubu 1 | Meslek Grubu 2 | Ort. Farkı (I-J) | p* |
|---|---|---|---|---|
| ABSÖ | İşçi | Ev hanımı | -5,91 | **0,030** |
| | | Memur | -3,28 | 0,715 |
| | | İşsiz | -3,57 | 0,796 |
| | | Diğer | -3,02 | 0,805 |

*Oneway ANOVA-Tukey

ABS ölçeği puanlarının sahip olunan çocuk sayısı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi (sırasıyla p=0,551 r=0,039 (Tablo 9).

**Tablo 9.** ABS Ölçek Puanının Sahip Olunan Çocuk Sayısı ile İncelenmesi

| ABSÖ | Sahip Olunan Çocuk Sayısı |
|---|---|
| r* | 0,039 |
| p | 0,551 |

*Pearson Korelasyon

ABS ölçek puanı ile aylık gelir arasında, yapılan pearson korelasyon testinde düşük düzeyde anlamlı negatif korelasyon tespit edildi (p=0,028 r=-0,144) (Tablo 10).

**Tablo 10.** ABS Ölçek Puanının Aylık Gelir ile Karşılaştırılması

| ABS Puanı | | Aylık Gelir (TL) | | r* | P |
|---|---|---|---|---|---|
| Ortalama | SS | Ortalama | SS | | |
| 30,16 | 9,86 | 4153,15 | 2534,55 | **-0,144** | **0,028** |

*Pearson Korelasyon

## 4.3. Okul Öncesi Çocuk Anksiyetesi Ölçeği Puanlarının İncelenmesi

OÖÇA ölçeği dört boyut puan ortalamalarından en yüksek olan 1,64 ile özgül fobi olurken, en düşük ortalama 1,22 ile toplumsal kaygı bozukluğu oldu. Tüm boyutlarda en az bir katılımcı tavan puanını (dört) verdi. Toplumsal kaygı bozukluğu boyutunda 16, ayrılık anksiyetesi boyutunda 19, özgül fobi boyutunda iki katılımcı taban puan olan sıfır verdi (Tablo 11).

**Tablo 11.** OÖÇA Ölçeği Verileri

| | En Düşük | En Yüksek | Ortalama | SS. |
|---|---|---|---|---|
| OÖÇA Ölçeği puanı | 0,21 | 4 | 1,48 | 0,76 |
| Toplumsal Kaygı Bozukluğu | **0** | 4 | **1,26** | 0,91 |
| Yaygın Kaygı Bozukluğu | 0,13 | 4 | 1,46 | 0,74 |
| Ayrılık kaygı bozukluğu | **0** | 4 | 1,60 | 1,04 |
| Özgül fobi | **0** | 4 | **1,64** | 0,86 |

Çocukların cinsiyeti ile ebeveynlerinin OÖÇA ölçeği tüm alt grupları arasında anlamlı istatistiksel fark bulundu. Kız çocuğa sahip ebeveynlerin erkek çocuğa sahip ebeveynlere göre OÖÇA ölçeği puan ortalamaları anlamlı yüksek tespit edildi (Tablo 12).

**Tablo 12.** OÖÇA Ölçeği ve Alt Boyutlarının Çocuk Cinsiyeti ile Karşılaştırılması

| | Çocuğun Cinsiyeti | Ortalama±SS | p* |
|---|---|---|---|
| Toplumsal Kaygı Bozukluğu | Kız | 1,61±0,87 | **0,00** |
| | Erkek | 0,83±0,78 | **0,00** |
| Yaygın Kaygı Bozukluğu | Kız | 1,76±0,74 | **0,00** |
| | Erkek | 1,15±0,6 | **0,00** |
| Ayrılık Kaygı Bozukluğu | Kız | 2±0,96 | **0,00** |
| | Erkek | 1,19±0,96 | **0,00** |
| Özgül Fobi | Kız | 2±0,8 | **0,00** |
| | Erkek | 1,27±0,77 | **0,00** |
| OÖÇA Ölçeği puanı | Kız | 1,84±0,7 | **0,00** |
| | Erkek | 1,12±0,64 | **0,00** |

*Student t test

Ebeveynlerin toplam eğitim yılı ile OÖÇA ölçeği tüm alt boyutlarında düşük derecede anlamlı negatif korelasyon tespit edildi (Tablo 13).

**Tablo 13.** OÖÇA Ölçeği Alt boyutları ile Ebeveyn Eğitim Yılı Karşılaştırılması

| | Toplumsal Kaygı Bozukluğu | Yaygın Kaygı Bozukluğu | Ayrılık Kaygı Bozukluğu | Özgül Fobi |
|---|---|---|---|---|
| Ebeveyn eğitim yılı | | | | |
| r* | -0,249 | -0,275 | -0,285 | -0,246 |
| p | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |

Mesleği işçi olan ebeveyne sahip OÖ çocukların, serbest meslek grubunda ebeveyni olan OÖ çocuklara göre ayrılık kaygı bozukluğu boyut puanlarında anlamlı yükseklik tespit edildi (p=0,047). Mesleği ev hanımı olan ebeveyne sahip OÖ çocukların, memur meslek grubunda ebeveyni olan OÖ çocuklara göre özgül fobi boyut puanlarının daha yüksek olduğu bulundu (p=0,012) (Tablo 14).

İlkokul-ortaokul eğitim düzeyine sahip ebeveyni olan OÖ çocukların diğer eğitim düzeylerine sahip ebeveyni olan OÖ çocuklara göre OÖÇAÖ tüm boyut puanları arasında istatistiksel anlamlı yükseklik bulundu (p sırası ile; 0,00; 0,00; 0,00; 0,00; 0,00; 0,00; 0,002; 0,001) (Tablo 15).

**Tablo 14.** OÖÇA Ölçeği Ayrılık Kaygı Bozukluğu Puanının Meslek Gruplarında İncelenmesi

| | Meslek Grubu 1 | Meslek Grubu 2 | Ort. Farkı (I-J) | p* |
|---|---|---|---|---|
| Ayrılık kaygı bozukluğu | İşçi | Ev hanımı | 0,18 | 0,905 |
| | | Memur | 0,70 | 0,073 |
| | | İşsiz | 0,64 | 0,304 |
| | | Serbest meslek | **0,79** | **0,047** |
| Özgül fobi | Ev hanımı | Memur | **0,57** | **0,012** |
| | | İşçi | -0,01 | 1,000 |
| | | İşsiz | 0,13 | 0,980 |
| | | Serbest meslek | 0,36 | 0,309 |

*Oneway ANOVA-Tukey

**Tablo 15.** OÖÇA Ölçeği Alt Gruplarının Ebeveyn Eğitim Düzeyleri ile İncelenmesi

| | Eğitim düzeyi grubu 1 | Eğitim düzeyi grubu 2 | Ort. Farkı (I-J) | p* |
|---|---|---|---|---|
| Toplumsal Kaygı Bozukluğu | İlkokul-ortaokul | Lise ve dengi | **0,79** | **0,00** |
| | | Üniversite ve üzeri | **0,77** | **0,00** |
| Yaygın Kaygı Bozukluğu | İlkokul-ortaokul | Lise ve dengi | **0,68** | **0,00** |
| | | Üniversite ve üzeri | **0,68** | **0,00** |
| Ayrılık Kaygı Bozukluğu | İlkokul-ortaokul | Lise ve dengi | **0,94** | **0,00** |
| | | Üniversite ve üzeri | **0,99** | **0,00** |
| Özgül Fobi | İlkokul-ortaokul | Lise ve dengi | **0,73** | **0,002** |
| | | Üniversite ve üzeri | **0,72** | **0,001** |

*Oneway ANOVA-Tamhane

Ebeveyn yaşı ile OÖÇA ölçeğinin tüm alt grupları arasında istatistiksel anlamlı fark gözlenmedi (p>0,05) (Tablo 16).

**Tablo 16.** Ebeveyn yaşı ile OÖÇAÖ Puan Karşılaştırılması

| | Toplumsal Kaygı Bozukluğu | Yaygın Kaygı Bozukluğu | Ayrılık Kaygı Bozukluğu | Özgül Fobi |
|---|---|---|---|---|
| Ebeveyn yaşı | | | | |
| r | -0,057 | -0,066 | -0,119 | -0,088 |
| p* | 0,385 | 0,317 | 0,070 | 0,182 |

*Pearson Korelasyon

Aylık gelir miktarı ile toplumsal kaygı bozukluğu, ayrılık kaygı bozukluğu, özgül fobi alt grupları arasında negatif düşük korelasyon bulundu (sırasıyla p=0,029 ,r=-0,143 ;p=0,004 ,r=-0,190 ;p=0,000 ,r=-0,238) Sahip olunan çocuk sayısı ile OÖÇA ölçeği tüm alt grupları arasında pozitif düşük korelasyon (sırasıyla p=0,001 ,r=0,217 ;p=0,009 ,r=0,171 ;p=0,009 ,r=0,171 ;p=0,008 ,r=0,174) (Tablo 17).

**Tablo 17.** OÖÇA Ölçeği Alt Gruplarının Aylık Gelir Miktarı, Değerlendirilen Çocuğun Doğum Sırası, Sahip Olunan Çocuk Sayısı ile Karşılaştırılması

| | Toplumsal Kaygı Bozukluğu | Yaygın Kaygı Bozukluğu | Ayrılık Kaygı Bozukluğu | Özgül Fobi |
|---|---|---|---|---|
| Aylık gelir miktarı (TL) | | | | |
| r* | **-0,143** | -0,127 | **-0,190** | **-0,238** |
| p | **0,029** | 0,053 | **0,004** | **0,000** |
| Sahip olunan çocuk sayısı | | | | |
| r* | **0,217** | **0,171** | **0,171** | **0,174** |
| p | **0,001** | **0,009** | **0,009** | **0,008** |

* Pearson korelasyon

ABSÖ puanı ile OÖÇAÖ alt grup puanları arasında, yapılan pearson korelasyon testinde anlamlı orta düzeyde pozitif korelasyon tespit edildi (sırasıyla p=0,000, r=0,515; p=0,000, r=0,617; p=0,000, r=0,537; p=0,000, r=0,494) (Tablo 18).

**Tablo 18.** OÖÇAÖ Alt Gruplarının ABSDÖ ile Karşılaştırılması

| | Toplumsal Kaygı Bozukluğu | Yaygın Kaygı Bozukluğu | Ayrılık Kaygı Bozukluğu | Özgül Fobi |
|---|---|---|---|---|
| ABSDÖ | | | | |
| r | **0,515** | **0,617** | **0,537** | **0,494** |
| p* | **0,000** | **0,000** | **0,000** | **0,000** |

* Pearson Korelasyon

# 5. TARTIŞMA

Psikiyatrik hastalıkların insidansı tüm dünyada giderek artmaktadır. Her ne kadar bu hastalıklar için yeni ve etkin tedavi yolları aranıyor olsa da etkili tedavi hastalıkların ortaya çıkışını azaltmamaktadır. Bu bağlamda ruhsal bozuklukların oluşmasını önlemek ve erken tanısını koymak modern tıbbın hedefleri arasında olmalıdır. Toplum yönelimli olma disiplininde olan aile hekimleri psikiyatrik bozuklukların önlenmesi, erken tanı ve tedavisinde etkin rol alabilirler. Ancak yapılan çalışmalar ruhsal bozukluğu olan kişilerin ilk başvuru noktası olarak aile hekimlerini tercih etmediklerini göstermiştir (85, 86, 87). Kendilerine kayıtlı bireyleri en iyi tanıyan sağlık hizmet sunucusu aile hekimleridir. Olası duygudurum değişikliği gibi psikiyatrik semptom ve bulguları tespit etme imkanı olabilecektir. Aile hekimleri bu sayede ruhsal hastalıkları erken tanıyabilir ve en etkin tedaviyi sunabilir.

Ruhsal bozukluğu olan her altı kişiden yalnızca biri destek yollarını aramaktadır. Bununla beraber ruhsal bozukluğu olan birçok insan hastalıklarının farkında değildir. Bu bozuklukların neden olduğu fiziksel yakınmalar ile dahiliye, pediatri üroloji, kadın doğum, fizik tedavi, nöroloji gibi psikiyatri dışında polikliniklere sıkça başvurmaktadırlar. Bu psikiyatrik hastalıkların tanısında gecikmelere ve sağlık kaynaklarının gereksiz yere kullanımına neden olmaktadır. Birinci basamak yönetimi gereği aile hekimleri seçilmemiş sorunları değerlendirebilir. Özgün problem çözme becerisine sahip olan aile hekimleri ayrışmamış durumları hasta ile iş birliği içinde yönetebilir. Etkin sevk zincirini sağlayabilir. Prevelansı ve insidansı yüksek olan hastalıklar için hastanın başvuru şikayetini bu hastalıklar ile ilişkilendirebilir. Hastanın sağlık sisteminde kendi için en uygun hizmeti almasını sağlayabilir. Kapsamlı yaklaşım sayesinde hastanın çok sayıda yakınmasını akut, kronik hastalıkları ile ilişkilendirebilir. Bu sayede iyilik halinin devamını sağlayabilir. Ruhsal hastalıklarda önemli yer tutan rehabilite edici sağlık hizmeti de bu beceriler ile mümkündür.

Güncel çalışmalar birçok ruhsal bozukluğun okul öncesi dönemde başlangıç yaptığını ve bu dönemde tedavinin daha olumlu sonuçlar verdiğini göstermektedir. Pek çok çalışma anksiyete bozukluklarının okul öncesi dönemde görülme sıklığını

%10 ile %20 arasında olduğunu belirtmektedir (88). Ancak henüz kendini ifade edemeyen yaş grubu olan okul öncesi çocukluk döneminde tanısal gecikmeler tedaviyi zorlaştırmaktadır. Bu dönemde olası ruhsal bozukluklar yalnızca iyi bir gözlem ile mümkün olmaktadır. Bu gözlemi de en iyi yapacak olan çocuğun primer bakımından sorumlu olan ebeveyni olmalıdır. Aile hekimleri kişi merkezli bakım prensibi gereği psikiyatrik bozukluklar için çocukların aileleri ile etkin iletişimde bulunurlar. Aynı zamanda ebeveynlerin çocuklarını yakın gözlemlemeleri davranış ve durumlar hakkında ailelere yol gösterip ve bu konularda süreklilik sağlayabilirler. Bütüncül yaklaşım sayesinde bireylere ve bireylerin ailelerine tam bir iyilik hali sunar.

Psikiyatrik bozukluklar yalnızca bir kişiyi etkilemeyip toplumun geneli için önemli yer oluşturur. Sağlıklı bir toplum ancak sağlıklı bir aile ile mümkün olmaktadır. Aile içinde edinilen sağlıklı iletişim kurma becerileri toplum genelinde de kullanılabilir. Aile bireylerinden birinde ruhsal bozukluk olması durumunda diğer üyeler de etkilenmektedir. Ebeveynlerden birinde olabilecek stres diğer ebeveyni ve çocukları olumsuz etkileyip aile içi duygusal paylaşımların bozulmasına neden olabilir. Bu durumda çocukların gelişimleri olumsuz etkilenebilir. Yalnızca çocukluk döneminde değil çocuk yetişkin birey olduğunda da bu bozukluklar kişilik gelişimine ve gelecekteki davranışlara etki edebilmektedir. Ve çocukluktan getirilmiş olan olumsuz düşünce ve davranışlar yetişkinlik döneminde psikiyatrik hastalıkların kaynağı olabilir. Hayata ve zorluklara karşı tutumunu olumsuz etkileyip çözümlenmemiş olan problemlerini kendisi ebeveyn olduğunda çocuklarına yansıtmasına sebep olabilir. Her çocuk sağlıklı bir ailede büyümeyi hak eder. İyi bir gözlem ile ruhsal bozukluğu olan çocukların erken tanınması ve hastalıklarının tedavisi mümkün olabilmektedir. Çocukluk döneminde sağlam çocuk izlemi yapan aile hekimleri çocukları ruhsal açıdan da sorgulamalıdır. Aileleri bilgilendirip çocuklarını gözlemeleri konusunda eğitmelidir. Sağlık hizmetlerinin en kolay ve hızlı başvuru noktası olan aile hekimleri, ebeveynleri çocukları için olumsuz sayılabilecek her davranışında kendilerine başvurmaları konusunda desteklemelidir. Öte yandan bir çocuğun sorumluluğunu üstlenen ve bu sorumluluktan stres yaşayabilecek anne için ruhsal sağlık sorunu yaşayan çocuğu olan annenin stresi daha da artabilmektedir. Bu da çocuğun aldığı bakımın kalitesini düşürmektedir. Aile hekimleri ebeveynler ile

de düzenli aralıklarla görüşmeler sağlamalı ve psikiyatrik bozukluklar için taramalar yapmalıdır.

Araştırmamızda ebeveyn stres düzeyi ile okul öncesi çocuk anksiyete düzeyi arasındaki ilişkiyi ABSÖ ve OÖÇAÖ' yü kullanarak karşılaştırdık. Çalışmamızın bulgularına göre ebeveyn stresinin okul öncesi çocukların anksiyetesini etkilediğini tespit ettik. Aynı zamanda okul öncesi çocuk anksiyetesinin ebeveyn stres düzeyini etkilediği tespit ettik. ABSÖ puanı ile en fazla korelasyon gösteren OÖÇA ölçeği alt boyut puanları yaygın kaygı bozukluğu ve ayrılık kaygı bozukluğu olarak gözlemledik. 2019 yılında 25 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analize göre ebeveynlerinde anksiyete bozukluğu olan çocukların, sağlıklı ebeveyni olan çocuklara göre depresyon ve anksiyete riski anlamlı yüksek bulunmuştur (89). Yapılan çalışmalar çocukların kaygı düzeylerinin ailesi ve sosyal hayatından etkilendiğini göstermektedir. Çocuklardaki kaygının en büyük etkeninin aile olduğu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (90). Stresin birçok kaynağı vardır ve çeşitli sebepler stresin şiddetini arttırabilir (91). Olumsuz ebeveyn davranışları ailenin diğer bireylerinin de olumsuz davranışlar geliştirme olasılığını arttırır. Ebeveyn-çocuk etkileşimleri bir döngü şeklinde ilerleyerek aile içi psikiyatrik bozuklukları tetikleyebilir. Bu durum ebeveynlerde daha fazla strese neden olabilir (35). Bu döngüyü bir yerde kırmak sağlıklı bireyler için zorunluluktur.

Ebeveyn-çocuk ilişkisi çocukluk çağının her dönemi ve bireyin ilerideki yaşamının şekillenmesi için büyük önem arz etmektedir (92). Okul çağındaki çocuğun okula başlaması ile öğretmenleri tarafından analiz edilmesi ve olası davranış problemlerinin tespiti mümkün olabilmektedir. Ancak OÖ dönem daha çok hassasiyet gerektiren ve çocuğun tek gözlemcisinin ebeveyni olduğu dönemdir. Bu dönemde kişilik gelişiminin temelleri atılır ve edinilen sosyal, duygusal beceriler vasıtasıyla dış dünya ile iletişim başlar (93). Bundan dolayı araştırmamızı OÖ çocuklar üzerinden tasarladık. Anksiyetenin okul öncesi yaşlarda ortaya çıktığı ileri sürülmektedir ancak çalışmalar genelde daha büyük yaşlardaki çocuklar üzerinde yapılmıştır. Okul öncesi yaşlarda yapılan çalışmaların azlığı nedeniyle klinik belirtilerin ortaya çıktığı dönem hakkında yeterince bilgi bulunmamaktadır. Erken çocukluk dönemlerinde anksiyete problemlerinin görülme sıklığının, kalıcılık ve

gidişatının daha ileri yaştaki çocuklardakine benzer seyrettiği rapor edilmiştir (94). Fakat daha ileri yaşlardaki çocuklara nazaran erken çocukluk dönemlerinde karşılaşılan anksiyete bozukluklarının gidişatını yönetmek daha mümkün olmaktadır. Bu sayede erken tanıyla birlikte gelen tedavinin yanı sıra önleme çalışmaları yapılabilmektedir (94). Birleşik Amerika'da okul öncesi dönem çocukların dahil edilip 12 yıl sonra tekrar değerlendirildiği prospektif bir çalışmaya göre ÖO dönemde sinirli olan çocukların 12 yıl sonra daha kötü akran ilişkileri, kötü fiziksel sağlıklarının olduğu, daha sık antidepresan kullanımının olduğu sonucuna varılmıştır (95). Yaygın psikolojik hastalıklardan olan anksiyeteyi başlangıcında fark etmek ilerleyen dönemlerde yaşanabilecek birçok psikolojik problemin önüne geçebilecektir. Aile hekimleri bireyleri prenatal dönemden beri hastalık durumu olmasa bile düzenli aralıklarla görmektedir. Bu da çocuk ya da yetişkinlerde olabilecek en ufak davranış değişikliklerini fark edebilmek için fırsat niteliğindedir(73).

OÖÇA ölçeği puan ortalaması 1,48±0,76 olarak bulduk. OÖÇA ölçeği en yüksek puan alan alt boyutu 1,64 ortalaması ile özgül fobi olarak tespit ettik. Norveç'te OÖ dönemden ergenliğe kadar anksiyete bozukluklarının gelişimi ve belirtilerini araştıran bir çalışma; OÖ dönemde en yaygın anksiyete bozukluğunu özgül fobi olarak tespit etmiştir(73). Ülkemizde 2016-2017 yıllarında yapılan bir çalışmada çocuk-ergen ruh sağlığı polikliniğine başvuran hastaların başvuru nedenleri incelenmiştir. Anksiyete bozuklukları arasında en sık nedenin özgül fobi olduğu gözlenmiştir (96). Uğraş ve arkadaşlarının 2018 yılında İstanbul genelinde yapmış oldukları çalışmada da benzer olarak özgül fobi en yaygın alt grup olarak tespit edilmiştir (97). Yetişkin dönemi özgül fobilerin kaynağı genelde çocukluk dönemine dayanmaktadır. Özgül fobi bireylerin işlevselliğini bozmaktadır. Genellikle korku verici nesne ya da duruma maruziyetten dolayı oluşmaktadır. Prevelansın yüksek oluşu, kronik seyretmesi ve tedavide zorlukları nedeniyle sağlık hizmetlerinde ciddi bir yük oluşturmaktadır (98, 99). Günümüzde yetişkinlik dönemi özgül fobileri için birçok yöntem denenmiş olsa da çoğunlukla tedaviler yetersiz olup özgül fobi tekrarlama eğilimi göstermektedir. Çocukluk döneminde maruziyetin önlenmesi özgül fobiler için koruyucu olabilir. Bununla beraber bu dönemde tanısı konulmuş özgül fobilerin tedavisi daha kolay olabilmektedir. Bireylere prenatal

dönemden itibaren sürekli sağlık hizmeti sunan aile hekimleri özgül fobinin çocukluk dönemi erken tanısı ve tedavisinde aktif görev alabilir.

Çalışmamıza göre anne yaşı ile OÖ çocukların anksiyete düzeyleri arasında ilişki tespit edilmedi. Literatür incelendiğinde bizim çalışmamızla benzer sonuçlar gösteren çalışmalar bulunmaktadır (100, 101, 102). Ancak çalışmamızda 18 yaş altı annelerin dışlanmış olduğunu unutmamak gerekir. 18 yaş altı yapılan çalışmaların farklı sonuçları olabilir. Afyonkarahisar'da yapılan okul öncesi dönem çocuklarının sosyal davranışının incelendiği bir çalışmaya göre 30 yaş altı annelerin çocuklarının olumsuz davranışları daha az sergilediklerini göstermektedir. Aynı çalışmada 30 yaş altı annelerin çocukları daha fazla olumlu davranışlar sergilemektedir (103). Bu çalışmaya göre 30 yaş altındaki ebeveynlerin daha enerjik ve tahammül sınırlarının daha yüksek olmaları veya çocuk sayılarının daha az olmalarıyla ilişkili olabilir.

Çocukların cinsiyetine göre OÖ anksiyete puanları arasında anlamlı fark bulunmuş olup kız cinsiyetteki çocukların anksiyete puan ortalamaları daha yüksek tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalara göre sadece okul öncesi dönemde değil ergenlik ve yetişkinlik döneminde de kızlarda depresyon, anksiyete stres düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (104, 105). Dağılımın yaşla birlikte değişmemesine dayanarak birçok ruhsal bozukluğun temelinin OÖ dönemde ortaya çıktığı düşünülebilir.

Annenin aldığı toplam eğitim yılı ile OÖÇA ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı negatif korelasyon bulduk. Anne eğitim düzeyi arttıkça okul öncesi çocukların anksiyete düzeyleri azalmaktaydı. Ülkemizde ebeveyn eğitiminin okul öncesi çocukların davranışları üzerinde etkili olduğunu destekleyen çalışmalar mevcuttur. Ebeveyn eğitim düzeyi arttıkça çocuklardaki kazanımların artıp, problemli davranışların azaldığını gösteren çalışmalar yapılmıştır (106, 107) Malatya'da yapılan bir çalışma ebeveyn eğitimi ile aile içi iletişimin güçlendiğini göstermiştir. Bu çalışmanın diğer sonucu anne-baba eğitimi sayesinde çocuğun davranışlarında ebeveyn farkındalığının olmasıdır. Bu sayede ebeveynler çocuğun davranışlarını daha iyi yorumlayabilmektedir (108). Okul öncesi çocukların olgunluk seviyesine bakıldığı diğer bir çalışmaya göre ise eğitim düzeyi yüksek annelerin çocukları daha yüksek olgunluk seviyesindedir (100). Ancak bu sonuçlara paralel

olmayan çalışmalar da mevcuttur. 2022 yılında Ankara'da yapılan bir çalışmaya göre çocukların davranış problemlerinin ebeveyn eğitim düzeyi ile ilişkili olmadığı sonucuna varılmıştır (101). Ülkemizde Muş, Giresun ve Ankara illerinde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (109, 110, 111).

Sahip olunan çocuk sayısı arttıkça OÖÇA puanları tüm alt gruplarda arttığını tespit ettik. Çocukların kardeş sayılarının artması anksiyetelerini arttırıyordu. 2020 yılında Niğde'de yapılan bir çalışmaya göre üç ya da daha fazla sayıda kardeşi olan çocukların kardeşi olmayan çocuklara göre daha kaygılı olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada iki kardeş olanların kardeşi olmayanlara göre daha çok davranış problemleri yaşadıkları sonucuna varılmıştır (112). Aysan ve Uzbaş'ın ilkokul çocuklarında yapmış olduğu çalışmaya göre kardeşi olmayan çocukların depresyon düzeylerinin kardeşi olan çocuklara göre daha düşük olduğunu bulmuştur (113). Yorgancı'nın öğrenme güçlüğü yaşayan çocuklar üzerinde yaptığı çalışmaya göre çocukların kardeş sayısı arttıkça kaygı düzeylerinin arttığı sonucuna varmıştır (114). Kardeş sayısının depresyon düzeyini etkilemediğini savunan çalışmalar da mevcuttur (115, 116). Bununla birlikte kardeş sayısının çocuğun kaygı düzeyini etkilemediğini gösteren çalışmalar vardır (111). Kaval'ın yapmış olduğu çalışmada kardeş sayısının kaygı düzeyini etkilemediği sonucuna varmıştır (117). 2017'de ülkemizde yapılan çalışmaya göre tek çocuğu olan ebeveynlerin birden fazla çocuğu olan ebeveynlere göre çocuklarıyla daha fazla ilgilendikleri sonucuna varılmıştır (118). Çocuk sayısının artması ile ebeveynlerin çocukları ile daha az zaman geçirdiklerini belirleyen bir çalışma mevcuttur. (119). Bununla beraber çocuk sayısının artması ile ebeveynlerin tutumlarının değiştiği ve üç ya da daha fazla sayıda çocuğu olan ebeveynlerin daha katı-sert olduğu gösterilmiştir (120). Aile planlaması yapılırken çocuk sayısı ve diğer çocukların bu durum hakkında verebileceği tepkiler göz önünde bulundurulmalıdır. Çünkü aileye yeni katılacak birey tüm aileyi etkileyebilir. Aile hekimleri prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık verirken ailenin sosyokültürel ve sosyoekonomik düzeylerini bütün olarak değerlendirmelidir (121). Aile üyelerinin yeni bir çocuğa her açıdan hazır olup olmadığını sorgulamalıdır. Aile planlaması için bireylerin aile hekimleri ile daha sık görüşme yapmaları sağlanabilir. Yeni bebek sahibi olmak isteyen ailelere önceki çocuğun kaygılarını anlamaları için danışmanlık verilebilir.

Aylık gelir miktarı ile OÖ çocuğun toplumsal kaygı bozukluğu, ayrılık kaygı bozukluğu ve özgül fobi alt grupları arasında negatif korelasyon bulduk. Güngör'ün 2009'da yapmış olduğu çalışmaya göre ailenin ekonomik geliri arttıkça çocukların kaygı düzeyinin azaldığını bulmuştur (122). Literatür incelendiğinde aile ekonomik durumunun çocuk kaygısı üzerine etkisinin olmadığı da gösterilmiştir (111). Ekonomik gelirin düşük olması ebeveyn stresi gibi çocuk anksiyetesini de artırıyor. Ekonomik olarak hazır olmayan ailelere gerekli iyileştirmeler yapılmadan eklenecek birey psikolojik olarak sağlıklı bir ortamda büyümeyeceği gibi anksiyetesi de yüksek olabilir. Daha sağlıklı bir toplum için ailelerin ekonomik durumunda iyileştirmeler gereklidir.

Mesleği ev hanımı olan ebeveyne sahip OÖ çocukların, memur meslek grubunda ebeveyni olan OÖ çocuklara göre özgül fobi boyut puanlarının daha yüksek değerlendirildiği tespit edildi. Bu durum mesleklerin annenin eğitim durumunu da yansıtıyor olabileceğini düşündürmektedir. Ev hanımı olan annelerin daha katı-sert olduğu gösterilmiştir (120). Katı-sert tavır gören çocuklar nesneler ve durumlara karşı aşırı korku hali gösterebilir. İşçi meslek grubunda ebeveyne sahip çocukların ayrılık kaygı bozuklukları serbest meslek grubunda ebeveyne sahip çocuklara göre yüksek bulduk. Ayrılık kaygı bozukluğu olan çocukların ebeveynden ayrılma ile ebeveyne kötü bir şey olacakmış kaygısını yaşıyor olabildiğini düşünecek olursak, işçi meslek grubunun daha tehlikeli çalışma şartlarında olması çocuklarda bu yüksekliğin sebebini açıklayabilir. Son zamanlarda sıkça yaşanan ve medyaya yansıtılan iş kazaları, işçi ebeveyne sahip çocukların işteyken ebeveynini güvende hissetmeme ve başına bir şey gelebilme ihtimalini düşündürüyor olabilir. Bununla beraber iş yükü fazlalığı ve yoruculuğu da ebeveynin çocukları ile iletişimlerini bozuyor olabilir. Ebeveyni ile güvenli bağlanmayan çocuklar anne babaları ile kısa süreli ayrılıkları dahi kabul etmek istemezler. Gözübüyük ve Özbey'in 2020 de yapmış oldukları bir çalışmada ebeveyni işçi olan çocukların ebeveyni serbest meslek olan çocuklara göre ebeveynleri ile daha uyumsuz oldukları sonucuna varmışlardır (123). Ayrılık kaygı bozukluğu yaşayan çocuklar saldırgan davranışlarda bulunabilmektedir. Ebeveynler çocuk psikiyatri polikliniklerine bu sebeplerle sıkça başvurmaktadırlar. Çocuklarının davranışlarını yorumlayabilen

aileler bu davranışları tanıyabilir ve önüne geçebilirler. Böylece yanlış tanıların ve gereksiz farmakolojik tedavilerin önüne geçilebilir.

Literatür incelendiğinde ebeveyn stresi ile ilgili çalışmalar çoğunlukla özel gereksinimi olan çocuk sahibi ebeveynler üzerinde yapılmıştır (107, 124, 125, 126, 127, 128, 129). Harmer ve ark. tarafından yapılan araştırma sonuçlarına göre ebeveynlerin çocukluk dönemindeki yaşadıkları kötü deneyimleri ve ailelerinden aldıkları yetersiz sosyal destekleri ebeveynlik stres düzeyi için kaynak olabilmektedir (130). Bundan dolayı yetişkinlik döneminde sağlıklı ruh hali için okul öncesi dönemde sağlıklı yaklaşımlar gerekmektedir. Slykerman ve ark. çalışmalarında ise annelik stresi sonucunda okul öncesi çocukların zeka seviyesinin daha düşük olabileceği sonucuna varmıştır (131). Kwon un okul öncesi çocukların davranışları ile ebeveynlerinin stres düzeyleri arasında ilişki bulmuştur. Stresi yüksek annelerin çocuklarında davranış problemleri daha sık görülmüştür (132). İlhan'ın okul öncesi çocukların ebeveynlerinde yapmış olduğu çalışmada ebeveyn rolleri ile ebeveyn stresi arasında negatif anlamlı korelasyon tespit etmiştir. Bununla beraber ebeveyn rollerinin tam yapılması sonucunda ebeveyn stresinin azaldığı sonucuna varmıştır. Tespit edilememiş ve tedavi edilememiş ebeveyn stresi sonucunda anne olmanın vermiş olduğu sorumluluklar yerine getirilemeyip bebeğin bakımında azalmalar meydana gelebilmektedir (107). Gülaldı'nın otistik çocuğu olan ebeveynler üzerinde yapmış olduğu çalışmaya göre ebeveyn stresi yüksek ebeveynlerin yaşam doyumlarının daha az olduğu sonucuna varmıştır (107). Bu da beraberinde diğer ruhsal bozuklukları getirebilir. Kurt ebeveyn stresi ve evlilik kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Ebeveyn stresinin evlilik kalitesini düşürdüğü sonucuna varmıştır (133).

Anne-baba stres ölçeğinden alınan puan 30,16±9,86 olarak tespit edildi. Karaaziz ve ark. yapmış oldukları çalışmada sağlıklı çocuğu olan ebeveynlerin ABSÖ puanı 25,34±8,87 olarak bulunmuştur (134). Koçhan'ın engelli çocuğu olan ebeveynler üzerinde yaptığı çalışmada 30.29±6.81 olarak benzer bulunmuştur (135). 2021 de Erzurum'da yapılan bir çalışmaya göre tipik gelişim gösteren çocuğa sahip ebeveynlerin stres puanları 24.42±6.64 olarak ölçülmüş ve çalışmamıza benzerlik göstermektedir (136). Söğüt ve Çekiç'in yapmış olduğu çalışmada ise 28,53±6,03

olarak bulunmuştur (137). Yıldırım'ın yapmış olduğu çalışmada ABS ölçek puan ortalaması 24.34±6.19 bulunmuştur (138).

ABS ölçeğinden alınan puan ile sahip olunan çocuk sayısı arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Söğüt ve ark. yapmış oldukları çalışmada benzer olarak çocuk sayısı ile ebeveyn stresi arasında ilişki tespit etmemiştir. Yıldırım'ın konuşma sesi bozukluğu olan çocukların annelerinde yapmış olduğu çalışmaya göre kardeş sayısı ile ebeveyn stresi arasında ilişki bulunmamıştır (138). Ebeveyn stresinin çocuk sayısından ziyade ebeveynin zaman yönetimi ile ilişkili olabileceği düşünülebilir. Bireysel stres yönetme becerisi farklılık olmayışını açıklayabilir.

Ebeveyn yaşı ile ABS ölçek puanı arasında negatif korelasyon saptadık. Ebeveyn yaşı arttıkça ebeveyn olmanın verdiği stresin azaldığını tespit ettik. Düşük ebeveyn yaşı anne-baba olmanın vermiş olduğu sorumluluklarını yerine getirememeye ve bunum ebeveyn stresine neden olabildiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (127) . Ebeveyn yaşı arttıkça çocuk sayısı artıyor olabilir. Daha önce çocuk yetiştirmiş birinin sahip olduğu tecrübe ebeveyn stresini azaltıyor olabilir.

Anne olma süreci karar verme ile başlar. Bireyler kendilerini hazır hissettikleri zaman ebeveyn olmalıdır (139). Aile hekimliği evlilik öncesi danışmanlıkta bireyleri ebeveyn olma konusunda bilgilendirmelidir. Bedenen sağlıklı olmak kadar psikolojik iyilik halinin sağlanması yönünde takip etmelidir (140).

Çalışmamıza göre OÖ kız çocuğu olan ebeveynlerin OÖ erkek çocuğu olan ebeveynlere göre ebeveyn streslerinin daha fazla olduğu tespit edildi. Literatür incelendiğinde çalışmamızı destekleyen veriler mevcuttur (141). Kız çocuğu olan bireyler çocuklarının toplum içerisindeki cinsel kimliği ile ilgili kaygılar barındırabilir. Kız çocuklarının istismar ihtimali ebeveynlerde stres kaynağı olabilir. Ancak aksine erkek çocuğu olan ebeveynlerin ebeveyn stresinin daha yüksek olduğunu destekleyen çalışmalar da yapılmıştır (142). Bununla birlikte cinsiyetin ebeveyn stresi ile ilişkisinin olmadığını tespit eden çalışmalar da mevcuttur (107, 143). Bu durum çocuğun cinsiyeti kadar ebeveynin cinsiyet algısı ile ilişkisini açıklayabilir.

Çalışmamıza göre ebeveyn eğitim yılı ile ABS ölçek puanı arasında negatif korelasyon tespit ettik. Eğitim seviyesi yüksek annelerin ebeveyn olmanın getirdiği stresi daha az yaşadıkları saptandı. Ülkemiz eğitim sistemine göre eğitim yılları kategorize edildiğinde eğitim düzeyi ilkokul ortaokul olan ebeveynlerin streslerinin diğer eğitim düzeylerine göre daha yüksek olduğu anlamına geliyordu. Bu durum eğitimin her anlamda olduğu gibi stres yönetiminde de etkili olabileceğini göstermektedir. Literatür incelendiğinde çalışmalar çoğunlukla engelli ya da özel bakım gerektiren anneler üzerinde yapılmış olup eğitimin anne stresini azaltır nitelikte olduğu tespit edilmiştir (135, 144, 145) . Doğru ve Topan'ın bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan ebeveynler üzerinde yaptıkları çalışmada ebeveynlerin eğitim öncesi stres durumları eğitim sonrası stres düzeylerinden yüksek bulunmuştur. Nicholson ve ark. yapmış oldukları çalışmaya göre ise ailelere verilen eğitim ile ebeveyn streslerinin azaldığı ve çocuklarda daha az davranış problemlerinin olduğunu tespit etmiştir (146). Chaplin ve ark. ergen ebeveynleri arasında yapmış oldukları çalışmaya göre ebeveynlere eğitim vermenin ebeveyn stresini azalttığını rapor etmiştir (147). Bireylerin okul eğitimleri kadar ebeveyn olmanın verdiği durumla alakalı eğitim almaları da stres düzeylerini etkileyebilir (148). Farklı olarak Batman ilinde yapılan çalışmada ebeveyn stresinin ebeveynin eğitim düzeyi ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir (137). 2021 yılında konuşma sesi bozukluğu olan çocukların anneleri üzerinde yapılan bir çalışmaya göre annenin eğitim düzeyi ile anlamlı ilişki bulunamamıştır (138). Gaziantep'te yapılan bir çalışmaya göre de ebeveyn stresi ile ebeveyn eğitim durumu ilişki bulunmamıştır (149).

Mesleği işçi olan ebeveynlerin stres düzeyi ev hanımı ebeveynlere göre anlamlı düşük bulundu. Kaçan ve Softa'nın engelli çocuğu olan ailelerde yapmış oldukları çalışmaya göre çalışmayan ebeveynlerin depresyon düzeylerinin çalışan ebeveynlerden daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır (150). Çocuk bakımı kendi içinde özel bir konudur. Ebeveynler günün büyük kısmını çocukları ile ilgilenerek geçirirler. Tüm gününü evde geçiren ve sosyal hayatları kısıtlı olan annelerin stres düzeyi daha yüksek olabilir. Çalışma hayatı bireye kendini daha iyi hissettirebilir. Sadece işçi meslek grubu ile ev hanımları arasında fark çıkmasının da sebebi diğer meslek gruplarının iş ortamlarında yaşadıkları stresinin irdelenmemiş olması olabilir.

Çalışmamızın sonucunda farklı olarak İlhan'ın çalışmasında ebeveyn çalışma durumu ile stresi arasında ilişki bulmamıştır (107). Karageyik'in yapmış olduğu çalışmaya göre ebeveyn çalışma durumu ile anne-baba stresi arasında ilişki bulunamamıştır (149). Bireylere ebeveyn stresinin yanında iş hayatında çalışma koşulları ve yaşadıkları iş stresin incelenmesi daha net sonuçlar sunabilir.

Aylık gelir ile ebeveyn stresi arasında negatif korelasyon tespit ettik. Karageyik in çalışmasına göre de gelir durumu düşük olan ebeveynlerin ebeveyn stresleri daha yüksek bulunmuştur(149). Ebeveynlere sunulan psikolojik desteğin yanında ekonomik iyileştirilmelerin de yapılması stres yönetiminde daha etkili sonuçlar elde edilmesine yardımcı olabilir. Aksine Söğüt ve ark. yapmış oldukları çalışmaya göre ailenin ekonomik durumu ile ebeveyn stresi arasında ilişki bulmamıştır (137). Benzer şekilde 2021 yılında yapılan bir çalışmaya göre ailenin gelir durumu ile ebeveyn stresi arasında ilişki bulunmamıştır (138). Anne baba olmanın verdiği sorumluluk yönetimi maddi kaygılardan etkilenmiyor olabilir. Gelir seviyesi düşük olsa dahi ebeveynler bu durumu yönetebilir. Gelirine göre bir yaşam standardı belirlemek daha etkili olabilir. Ekonomide iyileşmelerin yanında psikolojik destek vermek gerekli olabilir.

# 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Psikiyatrik hastalıkların insidansı gün geçtikçe artmaktadır. Birçok insan ruhsal bozukluğu olduğunun farkında bile değildir. Farkında olan kişiler de toplumsal damgalanmadan çekindikleri için çoğunlukla yardım istememekte veya psikiyatri polikliniklerine gitmemektedir. Ruhsal bozukluklar kendini birçok fiziksel yakınma ile gösterebilmektedir. Bireyler bu belirtileri bedensel hastalıkların sonucu gibi algılayıp psikiyatri polikliniği dışında birçok kliniğe başvuruda bulunmaktadır. Bu da hem tanıda gecikmelere hem de sağlık kaynaklarında gereksiz harcamalara sebep olmaktadır. Aile hekimleri hastaları bir bütün olarak değerlendirdiklerinden gereksiz başvuruların ve tıbbi kaynakların gereksiz tüketimlerinin önüne geçebilirler. Bu bağlamda aile hekimleri tarama programları içerisinde ruhsal hastalıklar da yer alması ruhsal hastalıkların yönetiminde etkili olabilir. Böylece psikiyatrik hastalıklar erken tanı konulup tedavi edilerek ileri evre psikiyatrik hastalıklar önlenebilir.

Okul öncesi çocukluk, birçok ruhsal bozukluğun ortaya çıktığı dönemdir. Bu dönemde psikiyatrik hastalıkların önlenmesi ve hastalık durumunda tedavinin daha etkin olması mümkündür. Tedavi edilmemiş OÖ çocukların anksiyeteleri çoğunlukla yetişkin dönemde de devam etmekte ve majör depresyon gibi yönetimi daha zor psikiyatrik bozukluklara neden olabilmektedir. Toplumsal sağlığın korunması için bu dönemde çocukların ruhsal bozukluk taramalarının yapılması faydalı bir yaklaşım olabilir. Aile hekimleri bireyleri prenatal dönemden itibaren takip ederek sürekli sağlık hizmeti sunumunu sağlarlar. Hastalık durumu olmasa dahi her birey aşı, izlem, periyodik sağlık muayeneleri, rapor gibi birçok sebeple aile hekimlerini sık sık ziyaret etmektedir. Sağlam çocuk izlemleri ile çocukluk döneminde de aile hekimlerine başvurular olmaktadır. Bu ziyaretler ruhsal hastalıkların sorgulanması için fırsat oluşturmaktadır. Ebeveynler bu dönemde çocuklarının en iyi gözlemcileridir. Ebeveynlerin çocuklarının davranışlarını değerlendirdiği Okul Öncesi Çocuklarda Anksiyete Ölçeği birinci basamakta OÖ çocukların anksiyete düzeylerini taramak için kullanılabilir.

Aile hekimleri ebeveynleri ve çocukları prekonsepsiyonel dönemden itibaren takip etmektedir. Gebelik ve lohusalık döneminde de izlemler devam etmektedir. Bu izlemlerde postpartum depresyonun sorgulandığı Edinburg Postpartum Depresyon

Ölçeği gibi birtakım ölçeklerin kullanılması ebeveyn-çocuk ruh sağlığı için faydalı olabilir. Bu amaçla sağlıklı çocukların ebeveynlerine de uygulanabilen Anne-Baba Stres Ölçeği birinci basamakta ebeveyn stresi tarama ölçeği olarak kullanılabilir.

Aile birbirinden etkilenen ve toplumun temelini oluşturan en küçük oluşumdur. Sağlıklı toplum için sağlıklı çocuklar ve sağlıklı ebeveynler olmalıdır. Bu bağlamda ebeveyn-çocuk ilişkisinde bir tarafta oluşabilecek ruhsal problemin diğer üyeleri de etkilediği bilinmelidir. Bizim çalışmamızda bu ilişki araştırılmıştır. Çalışmamızın sonucuna göre ebeveyn stresi OÖ çocukların anksiyete düzeyini artırmaktadır. Aynı zamanda OÖ çocukların anksiyeteleri de ebeveyn stresini attırmaktadır. Bu konuda daha kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır. Ülkemizde ve dünyada hala devam eden 18 yaş altı ebeveynlikler çalışmalara dahil edilebilir. Bireyleri çevresiyle ele alan aile hekimleri ruhsal bozuklukların etyolojisini araştırmada etkin rol alabilecek sağlık hizmet sunucuları olabilir. Aile hekimlerinin çekirdek yeterlilikleri sayesinde ruhsal bozuklukların temeline inilebilir, tarama programları oluşturulabilir ve tedavide etkinlik artabilir.

Gelişmiş ülkeler hastalıkları önleme konusunda önemli adımlar atarken gelişmekte-az gelişmiş ülkelerde birincil korumadan ziyade ikincil ve üçüncül koruma basamaklarını daha çok kullanır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygın ve etkili kullanımı ülkenin gelişmişliğiyle doğrudan ilgilidir. Yine ruhsal sağlık ülkenin gelişmişliğinin bir ölçüsüdür. Bu bakımdan ebeveyn stresinin ve okul öncesi çocuklarının anksiyete düzeyinin birinci basamak sağlık hizmetlerince taranması ülkemizin gelişmişliğine yapılacak önemli bir katkı olduğu öngörülmektedir.

# 7. KAYNAKLAR


1. Nedir S. Stres ve Stres Yönetimi2018. 15-22 p.
2. Neylan TC. Hans Selye and the field of stress research. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. 1998;10(2):230-.
3. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). American Journal of Psychiatry. 2004;161(12):2295-302.
4. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç, editors. Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenirlik ve geçerlik analizi. New/Yeni Symposium Journal; 2013.
5. Aslan S. Stres Tıp ve Psikiyatri2022. 21-5 p.
6. Güçlü N. Stres yönetimi. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2001;21(1).
7. Balci A. Çalışanlarda stres kaynakları, stresle başa çıkma yöntemleri ve sağlık sektörü: Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2014.
8. Bilgili H, Tekin E. Örgütsel stres, örgütsel bağlılık ve öğrenilmiş güçlülük ilişkisi üzerine bir araştırma. OPUS International Journal of Society Researches. 2019;11(18):2165-200.
9. Yasemin Ö, Karabulut AB. Günlük yaşam ve stres yönetimi. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2018;1(1):48-56.
10. Akgemci T. Örgütlerde stres ve yönetimi. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2001;15(1-2).
11. Bozkurt A, Derya A, İnel A. İrritabl barsak sendromunun kişilik özellikleri ile ilişkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;4(1):9-16.
12. Üçüncü MZ, Akyol BÇ, Toprak D. The early diagnosis of fibromyalgia in irritable bowel syndrome patients. Medical Hypotheses. 2020;143:110119.
13. Duran S, Çetinbaş A, Başaran T, Kara A, Elgün B, Keklik N. Üniversite Öğrencilerinde Stres ve Sosyal Medya Kullanımının Yeme Davranışları Üzerine Etkisi. Eurasian Journal of Family Medicine. 2019;8(4):149-54.
14. Yıldırım N. Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolü. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;4(3):305-15.
15. Van Praag HM, de Kloet ER, Van Os J. Stress, the brain and depression: Cambridge University Press; 2004.
16. Deveci A, Aydemir Ö, Mızrak S. İntihar girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler, stres etmenleri ve ruhsal bozukluklar. Kriz Dergisi. 2005;13(1):1-9.
17. Aydin M, Hacimusalar Y, Hocaoğlu Ç. İntihar davranışının nörobiyolojisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2019;11(1):1-23.
18. Göksu Ö, Kumcağız H. Covid-19 Salgınında Bireylerde Algılanan Stres Düzeyi ve Kaygı Düzeyleri. Electronic Turkish Studies. 2020;15(4).
19. Akdevelioğlu Y, Yörüsün TÖ. Üniversite öğrencilerinin yeme tutum ve davranişlarina ilişkin bazi faktörlerin incelenmesi. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;4(1):19-28.
20. Mandev B. İzmir'de bir üretim firmasındaki tütün kullanıcısı çalışanlarda kullanıma ilişkin tutum ve davranışların incelenmesi: Ege Üniversitesi; 2022.
21. Arasıl A. Eğitim kurumlarında çalışanların stresle başa çıkma yöntemleri ile sigara bağımlılığı arasındaki ilişki. Journal of Awareness (JoA). 2021;6(4):269-78.
22. Karakuş BN, Özdengül F, Görmüş ZIS, Aysu Ş. Bağımlılık Fizyopatolojisine Genel Bakış. KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;2(3):158-66.
23. Egemen K, Akpınar D, Akpınar H. Bağımlılığın patofizyolojisi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi. 2019;6(3):166-70.
24. İlker K. Stres, Ruh Sağlığı Ve Stres Yönetimi: Güncel Bir Gözden Geçirme. Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi. 2019(73):63-81.

25. Sarp N. Hekim ve stres yönetimi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2000;53(2):133-7.
26. Şahan UDC, Demiral Y. Kopenhag Psikososyal Risk Değerlendirmesi Rehberi 2020.
27. Akın Ö. Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması: Sağlık Bilimler Entitüsü; 2018.
28. Kaner S. Aile Stresini Değerlendirme Ölçeği: Faktör Yapısı, Güvenirlik ve Geçerlik Çalışmaları. 2001.
29. Özgan H, Balkar B, Eskil M. Eğitim Fakültesi Öğrencileri Tarafından Sınıfta Algılanan Stres Nedenleri Ve Kişisel Değişkenlerin Strese Olan Etkisi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2008;7(24):337-50.
30. Tatar A. Madde Yanıt Kuramıyla A İş Stresi Ölçeği-20'nin geliştirilmesi: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2020;21:14-22.
31. Ceylan SS, Bolışık B. Yenidoğan bebeklerde ALPS-Neo ağrı ve stres değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği. Pamukkale Tıp Dergisi. 2017.
32. Özmen SK, Özmen A. Anne baba stres ölçeğinin geliştirilmesi. Milli Eğitim Dergisi. 2012;42(196):20-35.
33. Crnic KA, Gaze C, Hoffman C. Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice. 2005;14(2):117-32.
34. Deater-Deckard K. Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. Clinical psychology: Science and practice. 1998;5(3):314.
35. Webster-Stratton C. Stress: A potential disruptor of parent perceptions and family interactions. Journal of clinical child psychology. 1990;19(4):302-12.
36. Rodriguez G, Hartley SL, Bolt D. Transactional relations between parenting stress and child autism symptoms and behavior problems. Journal of autism and developmental disorders. 2019;49:1887-98.
37. Çekiç A, Akbaş T, Hamamcı Z. Anne Baba Stres Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2015;14(3):647-67.
38. Beyhatun MN. Kronik hastalığı olan ve olmayan annelerin aile dayanıklığı ile ebeveyn özyeterliği ve ebeveyn stresi arasındaki ilişki: Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2022.
39. Hayes SA, Watson SL. The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. Journal of autism and developmental disorders. 2013;43:629-42.
40. Neece CL, Green SA, Baker BL. Parenting stress and child behavior problems: A transactional relationship across time. American journal on intellectual and developmental disabilities. 2012;117(1):48-66.
41. Gördesli M, Aydın Sünbül Z. Ebeveyn Stres Ölçeği Türkçe Formu'nun Psikometrik Özellikleri. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2021;11(61).
42. Çekiç A, Hamamci Z. Anne-Baba Stres Ölçeği Kısa Formunun Türkçeye uyarlanması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2018;19(1):63-70.
43. Aydoğan D, Özbay Y. Ebeveynlik stres ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. Uluslararası Erken Çocukluk Eğitimi Çalışmaları Dergisi. 2017;2(2):24-38.
44. Kaner S. Aile Stresini Değerlendirme Ölçeği (The Questionnaire On Resource And Stress-F): Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları. Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES). 2002;34(1):1-10.
45. Curtis G, Magee WJ, Eaton WW, Wittchen H-U, Kessler RC. Specific fears and phobias: Epidemiology and classification. The British Journal of Psychiatry. 1998;173(3):212-7.
46. Stein DJ, Scott KM, De Jonge P, Kessler RC. Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. Dialogues in clinical neuroscience. 2022.

47. Tekin M, Tekin A. Anksiyete bozukluklarında dissosiyatif belirtiler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014;6(4):330-9.
48. Kupfer DJ. Anxiety and DSM-5. Taylor & Francis; 2022.
49. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 2011;45(2):65-74.
50. Barlow DH. Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. American psychologist. 2000;55(11):1247.
51. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. Dialogues in clinical neuroscience. 2022.
52. Ruscio AM, Hallion LS, Lim CC, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, et al. Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. JAMA psychiatry. 2017;74(5):465-75.
53. Erermış S, Bellıbaş E, Özbaran B, Büküşoğlu ND, Altintoprak E, Bildik T, et al. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Olan Okul Öncesi Yaş Grubu Çocukların Annelerinin Mizaç Özellikleri. Turk Psikiyatri Dergisi. 2009;20(1).
54. Irmak MY. Ayrılık anksiyetesi bozukluğu ile ilişkili okul reddi; Bir ergen olgu. Çağdaş Tıp Dergisi. 2016;6(4):357-60.
55. Creswell C, Nauta MH, Hudson JL, March S, Reardon T, Arendt K, et al. Research Review: Recommendations for reporting on treatment trials for child and adolescent anxiety disorders–an international consensus statement. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2021;62(3):255-69.
56. Dağlar K. Okul öncesi çocuklarda anksiyete belirtileri ile annelerinin bağlanma biçimleri ve ayrılık anksiyeteleri arasındaki ilişki: İstanbul Arel Üniversitesi; 2016.
57. Schwartz C, Barican JL, Yung D, Zheng Y, Waddell C. Six decades of preventing and treating childhood anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis to inform policy and practice. BMJ Ment Health. 2019;22(3):103-10.
58. Büşra Ö, Miniksar DY. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Olan Çocuk ve Ergenlerde Covid-19 Enfeksiyonu Korkusu. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.47(3):349-55.
59. Ünver H, Arman AR. Anksiyete Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Üst Bilişsel Farkındalık ve Duygusal Yılmazlık: Kontrollü Bir Çalışma. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2021;28(2):96-101.
60. Connolly SD, Bernstein GA. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2007;46(2):267-83.
61. Almeida AG-d, Araujo Filho GMd, Berberian AdA, Trezsniak C, Nery-Fernandes F, Araujo Neto CA, et al. The impacts of cognitive-behavioral therapy on the treatment of phobic disorders measured by functional neuroimaging techniques: a systematic review. Brazilian Journal of Psychiatry. 2013;35:279-83.
62. Lindner P, Miloff A, Reuterskiöld L, Andersson G, Carlbring P. What is so frightening about spiders? Self-rated and self-disclosed impact of different characteristics and associations with phobia symptoms. Scandinavian journal of psychology. 2019;60(1):1-6.
63. Pole R, Vankar G. Case Report Doll phobia-single session therapy.
64. Koç AE, Hocaoğlu C. Az Bilinen Bir Özgül Fobi 'Ofıdıyofobı': Bir Olgu Sunumu. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023;32(1):145-7.
65. Pole R, Vankar G. Doll phobia-single session therapy.
66. Bayram Ö. Çocukluk dönemi anksiyete bozuklukları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. 2018.
67. Stein MB, Stein DJ. Social anxiety disorder. The lancet. 2008;371(9618):1115-25.
68. Rubin KH, Coplan RJ, Bowker JC. Social withdrawal in childhood. Annual review of psychology. 2009;60:141-71.

69. Kley H, Tuschen-Caffier B, Heinrichs N. Safety behaviors, self-focused attention and negative thinking in children with social anxiety disorder, socially anxious and non-anxious children. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 2012;43(1):548-55.
70. Uğraş S, Koşe Demiray Ç, Mutluer T. Okul öncesi çocuklarda anksiyete ölçeğinin türkçe geçerlik güvenirlik çalişmasi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2018;25:63-76.
71. Erkoç Y, Çom S, Torunoğlu M, Alataş G, Kahiloğulları A. TC Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)2011 12.05.2023. 33-4 p.
72. Muharrem A. Akademik bir disiplin olarak aile hekimliği. Journal of Turgut Ozal Medical Center. 2010;17(4):403-5.
73. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Turkiye Klinikleri J Med Sci. 2007;27:412-8.
74. Yaman H, Akdeniz M. Sistemik aile hekimliği. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2011;15(2):77-80.
75. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Türkiye'de bir Tıp Disiplini olarak Aile Hekimliği'nin Gelişimi. GeroFam. 2010;1(1).
76. Burgut E, Anber N, Akpınar E, Bozdemir N. Periyodik sağlık muayenesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2007;16(1):1-15.
77. Bakanlığı TS. Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023)2011 12.05.2023. 38 p.
78. Coşkun Ö, Kıyak YS, Budakoğlu İİ, Öztaş D, Erdem Ö, Aslan S. Birinci basamak hekimlerinin, psikiyatri ile ilgili temel hekimlik uygulamalarına dair öz yeterlilik algılarının ve görüşlerinin incelen-mesi: Ulusal çapta bir çalışma. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2021;24(2):160-6.
79. Bakanlığı TS. Evlilik öncesi danışmanlık rehberi: Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2014 05.05.2023. 96 p.
80. Sağlığı H, Müdürlüğü G. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi2008 10.02.2023.
81. Karabulutlu Ö, Akdemir G. 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı Ve Etkileyen Faktörleri Belirleme, Verilen Hizmetin Uygunluğunu Değerlendirme. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.24(4):520-30.
82. Fatma B, Özerdoğan N. Doğum Sonrası Bakım ve Ev Ziyaretlerinin Önemi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;4(1):77-90.
83. Park S-H, Kim J-I. Predictive validity of the Edinburgh postnatal depression scale and other tools for screening depression in pregnant and postpartum women: a systematic review and meta-analysis. Archives of Gynecology and Obstetrics. 2022:1-15.
84. Karabekiroğlu B, Kuş C, Gümüştakım RŞ. Aile Hekimlerinin Sağlam Çocuk İzlemleri Konusundaki Bilgi Düzey ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Journal of Current Pediatrics/Guncel Pediatri. 2022;20(2).
85. Özilice Ö, Uçku R, Akdede BB. Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuranların birinci basamak kullanım durumları ve etkileyen etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2017;31(2):63-9.
86. Ünverdi EH. Ruh Sağlığı Hizmetlerine Ulaşım Yolları, Psikiyatri Hastalarının Aile Hekimliği Uygulamasını Kullanımı ve Aile Hekimi Algısı. 2019.
87. Urgan U, Çağlayan Ç. Kocaeli Üniversitesi tıp fakültesi hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların ruhsal hastalıklar için ilk başvuru yerlerinin ve birinci basamağı tercih etmeme nedenlerinin belirlenmesi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;4(1):5-10.
88. Whalen DJ, Sylvester CM, Luby JL. Depression and anxiety in preschoolers: A review of the past 7 years. Child and Adolescent Psychiatric Clinics. 2017;26(3):503-22.
89. Lawrence PJ, Murayama K, Creswell C. Systematic review and meta-analysis: anxiety and depressive disorders in offspring of parents with anxiety disorders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2019;58(1):46-60.

90. Özdemir R. 3-6 Yaş arası çocukların duygu düzenlemesi, anksiyete düzeyleri ve tercih ettikleri oyun davranışlarının incelenmesi: Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019.
91. Dardas LA, Ahmad MM. Quality of life among parents of children with autistic disorder: A sample from the Arab world. Research in developmental disabilities. 2014;35(2):278-87.
92. Öngider N. Anne-baba ile okul öncesi çocuk arasındaki ilişki. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2013;5(4):420-40.
93. Murat G, Tolan Ö. Okul öncesi dönemde sık görülen psikolojik ve gelişimsel bozukluklarda oyun terapisi uygulamaları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2021;13(2):207-31.
94. Egger HL, Angold A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. Journal of child psychology and psychiatry. 2006;47(3-4):313-37.
95. Sorcher LK, Goldstein BL, Finsaas MC, Carlson GA, Klein DN, Dougherty LR. Preschool irritability predicts adolescent psychopathology and functional impairment: A 12-year prospective study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2022;61(4):554-64. e1.
96. Görmez V, Örengül AC, Baljinnyam S, Aliyeva N. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda tanı dağılımı ve demografik özellikler. Journal of Mood Disorders. 2017;7(1):41-6.
97. Uğraş S. Okul öncesi çocuklarda anksiyete ölçeği Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması: İstanbul Arel Üniversitesi; 2016.
98. Wardenaar KJ, Lim CC, Al-Hamzawi AO, Alonso J, Andrade LH, Benjet Cd, et al. The cross-national epidemiology of specific phobia in the World Mental Health Surveys. Psychological medicine. 2017;47(10):1744-60.
99. Eaton WW, Bienvenu OJ, Miloyan B. Specific phobias. The Lancet Psychiatry. 2018;5(8):678-86.
100. Ramazan O, Demir S. Okul öncesi eğitim kurumuna devam eden 36–48 aylık çocukların bilişsel gelişim düzeyleri. Eğitim Bilimleri Araştırmaları Dergisi. 2011;1(2):83-98.
101. Yoldaş C, Demircioğlu H. Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Problem Davranışlarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal.9(3):553-72.
102. Temel D, Türkoğlu B. Yerleşim yerlerine göre anne baba tutumlarının okul öncesi çocukların sosyal becerilerine etkisi. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2019;39(2):843-71.
103. Eratay E. Okul Öncesi Çocuklarinda Davraniş Problemleri. Education Sciences. 2011;6(3):2347-62.
104. Iqbal S, Gupta S, Venkatarao E. Stress, anxiety & depression among medical undergraduate students & their socio-demographic correlates. The Indian journal of medical research. 2015;141(3):354.
105. Canbaz S, Sünter AT, Aker S, Pekşen Y. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler. 2007.
106. Yüksek Usta S, Yılmaz A. Okul öncesi dönem çocuklarda davranış problemlerinin anne çocuk ve öğretmen çocuk ilişkileri açısından incelenmesi. 2014.
107. İlhan T. Özel gereksinimli 3-6 yaş çocuklarının ebeveynlerinin stres düzeyleri ile rolleri arasındaki ilişki. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi. 2017;18(03):383-400.
108. Erdoğan Ö, Zelyurt H. Anne baba eğitiminin aile çocuk ilişkilerine etkisi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2016(36).
109. Seven S. Ailesel faktörlerin altı yaş çocuklarının sosyal davranış problemlerine etkisi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi. 2007;51(51):477-99.

110. Alisinanoğlu F, Kesicioğlu OS. Okul öncesi dönem çocuklarının davranış sorunlarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi (Giresun ili örneği). Kuramsal Eğitimbilim Dergisi. 2010.
111. Alisinanoğlu F, Ulutaş İ. Çocukların kaygı düzeyleri ile annelerinin kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Eğitim ve Bilim. 2003;28(128).
112. LİMAN B. 60-72 aylık çocukların sosyal yetkinlik ve davranış durumlarının bazı değişkenlere göre incelenmesi. Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi. 2020;1(37):8-19.
113. Aysan F, Uzbaş A. İlköğretim 4. Ve 5. Sınıflarda okuyan öğrencilerin sosyal becerileri ve okul uyumu ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2004;4(2).
114. Yorgancı Z. Öğrenme güçlüğü görülen çocukların anksiyete ve depresyon düzeylerinin bazı değişkenler açısından karşılaştırmalı olarak incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çocuk gelişimi ve Ev Yönetimi ABD, Konya. 2006.
115. Öy B. Çocukluk depresyonu derecelendirme ölçeği: Sağlıklı ve çocuk ruh sağlığı kliniğine başvuran çocuklarda uygulanması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1991;2(2):137-40.
116. Kartöz M. Özgül öğrenme güçlüğü olan çocuklar ile sağlıklı çocukların anksiyete ve depresyon düzeyleri açısından karşılaştırılması: Hasan Kalyoncu Üniversitesi; 2016.
117. Kavale KA. Discrepancy Models in the Identification of Learning Disability. Executive Summary. 2001.
118. Doğanay Koç E, Gültekin Akduman G. Okul Öncesi Eğitime Devam Eden 60 Ay Ve Üzeri Çocukların Anne Bağlanma Stillerinin; Duygusal Beceri Düzeylerine Etkisi. Journal of International Social Research. 2017;10(51).
119. Alisinanoğlu F, Özbey S. Anaokulu ve Anasınıfı Davranış Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Mesleki Eğitim Dergisi. 2009;4(1).
120. Özyürek A, Şahin FT. 5 ve 6 Yaş Grubunda Çocuğu Olan Ebeveynlerin Tutumlarının İncelenmesi. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi.25(2):19-34.
121. Ergi EÇ, Şahin MK. Gebelerin Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Alma Durumları ve İlişkili Faktörler. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care.17(1):139-49.
122. Güngör H. Ebeveyn ve öğretmen mükemmeliyetçiliğinin 5-6 yaş okul öncesi dönem çocuklarının algılanan kaygı düzeyini öngörmedeki rolü 2009.
123. Gözübüyük A, Özbey S. Okul öncesi dönem çocuklarının motivasyon düzeyleri ile baba-çocuk ilişkisi arasındaki ilişkinin incelenmesi. IBAD Sosyal Bilimler Dergisi. 2020:23-37.
124. Köksal G, Kabasakal Z. Zihinsel engelli çocuklari olan ebeveynlerin yaşamlarinda algiladiklari stresi yordayan faktörlerin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi. 2012(32):71-91.
125. Gülaldı D. Erken çocuklukta serebral palsi'li ve otistik çocuk annelerinin ebeveyn stres düzeylerinin yaşam doyumları ile ilişkisinin incelenmesi: Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2010.
126. Sarıkaya S. Zihinsel engelli çocuğu olan ebeveynlerin stresle başa çıkma düzeylerinin ve yaşam doyumlarının incelenmesi: DEÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2011.
127. Yayan EH, Özdemir M, Düken ME, Yeliz S. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin stres düzeylerinin belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;8(1):82-9.
128. Çandır G. 4-24 yaş arası otizm spektrum bozukluğu ve down sendromu tanısı alan çocukların annelerinde depresyon, anksiyete, stres ve baş etme tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi: İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2015.
129. Uğuz Ş, Toros F, İnanç BY, Çolakkadıoğlu O. Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi. Klinik Psikiyatri. 2004;7(1):42-7.

130. Harmer AL, Sanderson J, Mertin P. Influence of negative childhood experiences on psychological functioning, social support, and parenting for mothers recovering from addiction. Child abuse & neglect. 1999;23(5):421-33.
131. Slykerman R, Thompson J, Pryor J, Becroft D, Robinson E, Clark P, et al. Maternal stress, social support and preschool children's intelligence. Early human development. 2005;81(10):815-21.
132. Kwon JY. The relationship between parenting stress, parental intelligence and child behavior problems in a study of Korean preschool mothers. Early Child Development and Care. 2007;177(5):449-60.
133. Kurt İE. Ebeveynlik stresi ve evlilik kalitesi arasındaki ilişkide stresle çift olarak baş etmenin aracı rolünün incelenmesi. 2018.
134. Karaaziz M, editor Özel Öğrenme Güçlüğü Tanısı Almış ve Almamış Çocukların Ebeveynlerindeki Anne-Baba Stres Durumu, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması. Yeni Symposium; 2020.
135. Koçhan A. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin stres düzeyi, stresle başa çıkma tarzları, hastalık yükü algıları ve bilgece farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü; 2019.
136. Cengiz S, Yıldız MN, Peker A. Özel gereksinimli çocuğa sahip ebeveynler ile tipik gelişim gösteren çocuğa sahip ebeveynlerin stres ve yaşam doyum düzeylerinin incelenmesi. OPUS International Journal of Society Researches. 2021;17(36):2940-56.
137. Söğüt R, Çekiç A. Üstün Yetenekli Çocuğu Olan ve Olmayan Anne Babaların Ebeveynliğe İlişkin Yeterlilik Algıları İle Stres Düzeylerinin Karşılaştırılması. Gelişim ve Psikoloji Dergisi. 2020;1(1):1-15.
138. Cankuvvet N, Yıldırım ŞN. Erken çocukluk döneminde konuşma sesi bozukluğu olan çocukların annelerinin stres düzeylerinin belirlenmesi: Anadolu Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2021.
139. Nelson AM. Transition to motherhood. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2003;32(4):465-77.
140. Öztürk GZ, Yılmaz Z, Egici MT, Bektemur G. Evlilik öncesi danışmanlık ve rapor alma amacıyla aile hekimliği polikliniğine başvuran bireylerin değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2019;23(3):92-101.
141. Ergin D, Nesrin Ş, Eryılmaz N, Eryılmaz Pekuslu S, Kayacı M. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2007;10(1):41-8.
142. Fırat S. Otistik ve zihinsel özürlü çocukların annelerinde kaygı, depresyon, aleksitimi ve genel psikolojik değerlendirme. Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana. 2000.
143. Coşkun Y, Akkaş G. Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygi düzeyleri ile sosyal destek algilari arasindaki ilişki. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi. 2009;10(1):213-27.
144. Kumaş ÖA, Sümer HM. Özel gereksinimli küçük çocuğu olan annelerin öz yetkinlikleri, yılmazlık düzeyleri ve stres düzeyleri arasındaki ilişkilerin belirlenmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2019;27(1):163-73.
145. Keklikçi Y, Dorum BA, Vatansever A. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ailelerin stres düzeyleri ve baş etme yöntemleri. Van Tıp Dergisi. 2020;27(2):160-5.
146. Nicholson B, Anderson M, Fox R, Brenner V. One family at a time: A prevention program for at-risk parents. Journal of Counseling & Development. 2002;80(3):362-71.
147. Chaplin TM, Turpyn CC, Fischer S, Martelli AM, Ross CE, Leichtweis RN, et al. Parenting-focused mindfulness intervention reduces stress and improves parenting in highly stressed mothers of adolescents. Mindfulness. 2021;12:450-62.
148. Doğru S, Topan A. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine Prematüre Bebeği Yatan Ebeveynlere Verilen Yatış Eğitiminin Stres Düzeylerine Etkisi. Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Dergisi. 2021;8(1):26-36.

149. Karageyik K. Ebeveyn stresinin ebeveyn yetkinliği ve ebeveynin çocuğu ile iletişimi açısından incelenmesi: Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
150. Softa Kaçan H. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeylerinin incelenmesi. Kastamonu Üniversitesi Kastamonu Eğitim Dergisi. 2013;21(2):589-600.

# 8.EKLER

## Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1-Yaşınız?.....

2-Toplam Eğitim Yılınız?

3-Mesleğiniz?

Ev hanımı ( ) Emekli ( ) Memur ( ) İşçi ( ) Öğrenci ( ) İşsiz ( ) Serbest Meslek ( )

4-Sahip olunan çocuk sayısı?.....

5-Çocuğunuzun doğum sırası?.....

6- Çocuğunuzun cinsiyeti?....

7-Aylık geliriniz?.....

## Ek 2. Anne-Baba Stres Ölçeği (ABSÖ)

| | ANNE BABA STRES ÖLÇEĞİ<br>**Sevgili Anne Babalar**<br>Aşağıda sizlerin anne babalığa ilişkin duygu ve düşünceleriniz ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Lütfen aşağıdaki her ifadeyi okuyunuz ve size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz. **Lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız.** Teşekkürler. | Her zaman | Sık sık | Bazen | Hiçbir zaman |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Çocuğumu mutlu etmek benim için çok zor. | | | | |
| 2. | Çocuğumun bakımı ile ilgili sorumluluklarım beni öyle yoruyor ki başka bir şey yapmaya isteğim olmuyor. | | | | |
| 3. | Anne/ Baba olmanın zor olduğunu düşünüyorum. | | | | |
| 4. | Çocuğumun bazı şeyleri beni kızdırmak için yaptığını düşünüyorum. | | | | |
| 5. | Çocuk sahibi olduğumdan beri kendime zaman ayıramıyorum. | | | | |
| 6. | Anne/Baba olduğumdan beri kendimi daha yaşlı hissediyorum. | | | | |
| 7. | Çocuğum bir hata yaptığında bundan kendimi sorumlu tutuyorum. | | | | |
| 8. | Çocuğuma kızdığımda davranışlarımı kontrol etmekte zorlanıyorum. | | | | |
| 9. | Anne/Babalığa ilişkin sorumluluklarım beni psikolojik açıdan zorluyor. | | | | |
| 10. | Çocuğumun diğer çocuklara göre daha zor bir çocuk olduğunu düşünüyorum. | | | | |
| 11. | Hayal ettiğim gibi bir anne/baba olamadığımı düşünüyorum. | | | | |
| 12. | Çocuğumun istekleri karşısında tutarsız davranabiliyorum. | | | | |
| 13. | Çocuğumun ihtiyaçlarını yeterince karşılayamadığımı hissediyorum. | | | | |
| 14. | Hayatımdaki en temel stres kaynağı, çocuk sahibi olmaktır. | | | | |
| 15. | Çocuğumu eğitmek konusunda kendimi yetersiz buluyorum. | | | | |
| 16 | Başarısız bir anne/baba olduğumu düşünüyorum. | | | | |

**Ek 3. Okul Öncesi Çocuklarda Anksiyete Ölçeği (OÖÇA)**

**Okul Öncesi Çocuklarda Anksiyete Ölçeği**

1. Çocuğum endişeli olmayı bırakmaktan zorlanıyor.

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

2. Çocuğum başka insanlara rezil olacağı bir şeyi yapmaktan korkuyor.

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

3. Çocuğum bir şeyi iyi yapıp yapmadığını durmadan kontrol ediyor. (örneğin kapıyı kapatmak veya musluğu kapatmak)

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

4. Çocuğum doktor ve/veya dişçilerden korkuyor.

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

5. Çocuğum bir yetişkinden yardım istemekten korkuyor. (örneğin bir öğretmen veya bir grup yöneticisi)

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

6. Çocuğum aklındaki düşünce veya görüntülerden rahatsız oluyor. (sinirleniyor)

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

7. Çocuğum gece kendi evinden başka bir yerde uyuması gerektiğinde rahatsız olabilir. (sinirleniyor)

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

8. Çocuğum yükseklikten (yüksek yerlerden) korkuyor.

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

9. Çocuğum tanımadığı insanlarla tanışmak veya konuşmaktan korkuyor.

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

10. Çocuğum anne ve babasının başına kötü bir şey geleceğinden korkuyor.

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

11. Çocuğum gök gürültüsünden korkuyor.

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

12. Çocuğum bir grup veya sınıf karşısında konuşmaktan korkuyor. (Örneğin bir sınıf görüşmesinde)

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

13. Çocuğum kendisinin başına kötü bir şey geleceğinden (örneğin kaybolma veya kaçırılma) ve bu nedenle artık anne ve babasının yanında olamayacağından korkuyor.

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

14. Çocuğum yüzmekten korkuyor.

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

15. Çocuğum başka insanların yanında utanacağı bir şey yapacağından korkuyor.

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

16. Çocuğum böcek ve/veya örümceklerden korkuyor.

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

17. Çocuğum, onu bir yerde bıraktığımda (örneğin yuva/okul veya bakıcı) sinirleniyor.

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru çok zaman doğru

18. Çocuğum bir grup çocuklara gidip onlara katılmaktan korkuyor.

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

19. Çocuğum köpeklerden korkuyor.

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

20. Çocuğum kabus görüyor.

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

21. Çocuğum yaptığı şeyi iyi yapıp yapmadığı hakkında endişeli oluyor.

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

22. Çocuğum karanlıkta korkuyor.

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

23. Çocuğum kendinden emin olmak istiyor ve bu gerekli olmadığı halde, yaptığı şeyi iyi yapıp yapmadığını soruyor.

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

24. Çocuğum (inek, keçi veya koyun gibi) büyük hayvanlardan biraz korkuyor.

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

25. Çocuğum yeni insanların yanında utangaç ve sessiz oluyor.

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

26. Çocuğum yeni veya alışkın olmadığı durumlarda heyecanlı görünüyor.

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

27. Çocuğum bir yanlış yaptığında rahatsız oluyor. (sinirleniyor)

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

28. Çocuğum anne ve babasından ayrıldığı zaman rahatsız oluyor. (sinirleniyor)

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

29. Çocuğum güçlü seslerden korkuyor.

☐hiç doğru değil ☐nadiren doğru ☐bazen doğru ☐oldukça doğru ☐çok zaman doğru

**Ek 4. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı**

**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

**Bölümü** : Dekanlık
**Servisi** : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
**Sayı** : B.30.2.ATA.0.01.00/94
**Konu** : Etik Kurul Kararı

04.03.2021

**Sayın:Arş.Gör.Dr. Hatice Ela ÇAKMAK ŞAKİROĞLU**
**Aile Hekimliği Anabilim Dalı**
**Araştırma Görevlisi**

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz **"Ebeveyn Stres Düzeyi ile Okul Öncesi Çocuklarin Anksiyete Düzeyi Arasindaki İlişki"** isimli bilimsel **tez** çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

**Prof.Dr.Mustafa GÜL**
**Etik Kurul Başkanı**

**Eki** :
1 Adet Etik Kurul Kararı

**Sorumlu Araştırmacı** :
**1.** Dr.Öğr.Üy.Suat SİNCAN
**2.**

**Yardımcı Araştırmacı** :
**1-** Arş.Gör.Dr. Hatice Ela ÇAKMAK ŞAKİROĞLU

**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

**KARAR**

| | | |
|---|---|---|
| ETİK KURUL BİLGİLERİ | ETİK KURULUN ADI | Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu |
| | AÇIK ADRESİ: | Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı |
| | TELEFON | |
| | FAKS | |
| | E-POSTA | |
| **SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI** | | **Dr.Öğr.Üy.Suat SİNCAN** |
| **ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI** | | **Ebeveyn Stres Düzeyi ile Okul Öncesi Çocuklarin Anksiyete Düzeyi Arasindaki İlişki** |
| KARAR BİLGİLERİ | **Toplantı Sayısı: 01 Karar No: 28** | **Tarih:** 04.03.2021 |
| | Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin **Kendisi tarafından** karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi.<br><br>**Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.**<br>Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz. | |