

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI



DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB)
VE DİSLEKSİ TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARA SAHİP
EBEVEYNLERİN DUYGUSAL ŞİDDETE MARUZ KALMA
DÜZEYLERİNİN BAZI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TÜRKAN EVLEKSİZ

İSTANBUL 2021

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI



**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB)
VE DİSLEKSİ TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARA SAHİP
EBEVEYNLERİN DUYGUSAL ŞİDDETE MARUZ KALMA
DÜZEYLERİNİN BAZI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TÜRKAN EVLEKSİZ

İSTANBUL 2021

KABUL VE ONAY

TÜRKAN EVLEKSİZ tarafından hazırlanan “**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB) VE DİSLEKSİ TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARA SAHİP EBEVEYNLERİN DUYGUSAL ŞİDDETE MARUZ KALMA DÜZEYLERİNİN BAZI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ**” adlı tez çalışmasının savunma tarihi 18.02.2021 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından oy birliği /oy çokluğu ile İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman

Prof. Dr. Halim KAZAN

.....

Üye

Dr.Öğr.Üyesi Ferda Şule KAYA

Demiroğlu Bilim Üniversitesi

.....

Üye

Dr.Öğr.Üyesi Gizem ATEŞ Arel

Üniversitesi

.....

İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun
..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr. Ali AKDEMİR

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “**Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Ve Disleksi Tanısı Almış Çocuklara Sahip Ebeveynlerin Duygusal şiddete Maruz Kalma Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldııkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

16.02.2021

Türkan EVLEKSİZ

ÖZET

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB) VE DİSLEKSİ TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARA SAHİP EBEVEYNLERİN DUYGUSAL ŞİDDETE MARUZ KALMA DÜZEYLERİNİN BAZI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TÜRKAN EVLEKSİZ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN: PROF. DR. HALİM KAZAN

İSTANBUL, 2021

DEHB ve disleksi tanısı almış çocukları olan ebeveynlerin duygusal şiddete maruz kalma düzeylerinin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu gibi değişkenler açısından incelenmesidir. Araştırmada Eskici ve Tınkır (2018) tarafından geliştirilen “Duygusal Şiddete Maruz Kalma Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 29 madde ve beş alt boyuta sahiptir. Nicel tasarım ve tarama modelli bir araştırmadır. Araştırmada erişilebilir örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada betimsel istatistiklerin yanısıra verilerin normal dağılması nedeniyle Independent t-testi ve One Way Anova testi tercih edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, 20-30 yaş arasındaki ebeveynlerin aşağılanma, zarar verilme ve sözel yıpratılma alt boyut düzeyleri diğer yaş grubundaki ebeveynlere göre daha yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerin duygusal şiddete maruz kalmaları cinsiyetlerine ve çalışma durumlarına göre farklılık göstermemektedir. Yüksek lisans/Doktora olan ebeveynlerin duygusal şiddete maruz kalma düzeyleri diğer ebeveynlere göre daha yüksek bulunmuştur. Boşanmış olan ebeveynlerin zarar verilme alt boyutuna ilişkin ortalamaları evli bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Çocuğunda disleksi rahatsızlığı olan ebeveynlerin zarar verilme, sözel yıpratılma ve duygusal şiddete maruz kalma düzeyleri daha yüksek olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite, Disleksi, Aile

ABSTRACT

A RESEARCH ON THE LEVELS OF EXPOSURE TO EMOTIONAL VIOLENCE OF PARENTS WITH CHILDREN DIAGNOSED OF ATTENTION DEFICIENCY HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD) AND DYSLEXIA

MASTER THESIS

TÜRKAN EVLEKSİZ

PSYCHOLOGY DEPARTMENT

SUPERVISOR: PROF. DR. HALİM KAZAN

İSTANBUL, 2021

This thesis includes examining the level of emotional violence exposure of parents with children diagnosed with ADHD and dyslexia in terms of variables such as gender, age, educational status, marital status, and employment status. "Exposure to Emotional Violence Scale" developed by Eskici and Tinkır (2018) was used in the study. The scale has 29 items and five sub-dimensions. It is a research with quantitative design and scanning model. Besides the descriptive statistics, Independent t-test and One Way Anova test were preferred due to the normal distribution of the data. According to the results of the study, the sub-dimension levels of humiliation, harm, and verbal attrition were found to be higher in parents between the ages of 20-30 compared to the parents in the other age group. Parents' exposure to emotional violence does not differ according to their gender and adaptation status. The levels of emotional violence exposure of parents with a master's / doctorate degree were higher than other parents. The average of the harm sub-dimension of divorced parents was found to be higher than married individuals. Parents with dyslexia have higher levels of harm, verbal attrition, and emotional violence.

Key Words: Attention Deficiency, Hyperactivity, Dyslexia, Family

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ	vi
KISALTMALAR	iiii
ÖNSÖZ	vi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tespiti.....	1
1.2. Çalışmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırma Metodolojisi.....	3
1.4. Ünitelerin Planı.....	4
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	6
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Kavramı ve Tarihi.....	6
2.1.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun (DEHB) Teşhis Kriterleri	9
2.1.1.1. DEHB'nin Ana Semptomları.....	9
2.1.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun (DEHB) Alt Tipleri.....	11
2.1.2.1. DEHB Bileşik Tipi.....	11
2.1.2.2. DEHB, Dikkatsizliğin Önde Olduğu Tip.....	11
2.1.2.3. DEHB, Hiperaktivitenin ve Dürtüselliğin Önde Olduğu Tip.....	11
2.1.3. DEHB'nin Epidemiyolojisi.....	12
2.1.4. DEHB'nin Nedenleri.....	13
2.1.5. DEHB'nin Sebeplerine İlişkin Kuramlar.....	14
2.1.5.1. Posner'in Dikkat Modeli.....	14

2.1.5.2. Mesulam'ın Dikkat Modeli.....	15
2.1.5.3. Mirsky'nin Dikkat Modeli	15
2.1.5.4. DEHB ve Yönetici İşlev Bozuklukları.....	16
2.1.5.6. İşlem Belleği Bozukluğu.....	16
2.1.5.7. Kognitif-Enerjik DEHB Modeli.....	17
2.1.5.8. Ertelemeye Katlanamama Modeli.....	17
2.1.5.9. Kognitif-Davranışçı DEHB Modeli	18
2.2. Disleksi.....	18
2.2.1. Tanımı ve Tarihi.....	18
2.2.2. Disleksi Semptomları	21
2.2.3. Disleksi'nin Epidemiyolojisi.....	23
2.2.4. Disleksi'nin Sebepleri	24
2.2.5. Disleksi'de Teşhis ve Tedavi	24
2.3. Aile Kavramı ve Nitelikleri.....	25
2.3.1 Ailenin Hayat Döngüsü ve Yetersizliği Olan Çocuğun Aileye Etkisi	29
2.3.2. DEHB ve Disleksinin Aileye Etkileri	31
2.3.3. Anne-Baba Eğitimi	33
2.4. Duygusal Şiddet	33
2.4.1. Duygusal Şiddet Kavramının Tanımı ve Gelişimi	33
2.4.2. Duygusal Şiddet Süreci	35
2.4.3. Duygusal Şiddetin Sebepleri	38
3. BULGULAR VE ANALİZ.....	41
3.1. Araştırmanın Yöntemi ve Modeli	41
3.2. Çalışma Grubu	41
3.3. Araştırma Sürecinde Kullanılan Ölçme Araçları	41
3.4. Verilerin Analizi	42

3.5. Sınırlılıklar	42
4. SONUÇ VE ÖNERİLER	52
5. KAYNAKÇA	55
6. EKLER	65
7. ÖZGEÇMİŞ	67



TABLolar LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1 Demografik Özellikler	43
Tablo 2 Betimsel İstatistikler	44
Tablo 3 Güvenilirlik Analizi	44
Tablo 4 Duygusal Şiddete Maruz Kalma Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı	45
Tablo 5 Duygusal Şiddete Maruz Kalma Ölçek Puanlarının Yaşa Göre Dağılımı....	46
Tablo 6 Duygusal Şiddete Maruz Kalma Ölçek Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	47
Tablo 7 Duygusal Şiddete Maruz Kalma Ölçek Puanlarının Medeni Duruma Göre Dağılımı	49
Tablo 8 Duygusal Şiddete Maruz Kalma Ölçek Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	50
Tablo 9 Duygusal Şiddete Maruz Kalma Ölçek Puanlarının Çocuk Durumuna Göre Dağılımı	50

KISALTMALAR

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği



ÖNSÖZ

Yüksek Lisans öğrenimim boyunca yardımını esirgemeyen başta sevgili hocam ve danışmanım Prof. Dr. Halim KAZAN'a, jüri üyelerim Dr.Öğr.Üyesi Ferda Şule KAYA ve Dr.Öğr.Üyesi Gizem ATEŞ'e, bu süreçte desteğini esirgemeyen arkadaşım Nilüfer SAATCİOĞLU TINKIR'a, sadece bu araştırma sürecinde değil tüm hayatımda her zaman yanımda olan, desteğini esirgemeyen eşim Mehmet EVLEKSİZ'e ayrıca araştırmama izin veren değerli katılımcılara teşekkürlerimi sunarım.

16.02.2021

Türkan EVLEKSİZ

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tespiti

Toplumun en temel yapı taşı şeklinde tanımlanan aile kavramı, çekirdek sosyal bir kurum olarak mevcudiyetini her dönem sürdüren kurumların başında gelmektedir. Hayatın olağan akışı içinde aile kurmak toplumu ve bireyleri mutlu etmekte, akabinde ailenin genişlemesi ailede ve toplumsal ilişkilerde yeni ve köklü değişimlere yol açmaktadır. Bir ailenin toplumdaki kıymetini belirleyen en önemli unsur, ailenin nesillerin sürekliliğini temine etmek üzere yeni üyeler kazandırmasında yatmaktadır. Yeni üyelerin sağlıklı olmasının beklendiği, yetersizliği olan çocuklara sahip ailelerin bu bağlamda toplum tarafından dışlandığı, kıymetsizleştirilebildiği veya bu şekilde hissetmelerine yönünde bir tutumla karşılaştıkları söylenebilmektedir.

Çocuklarda sıklıkla rastlanan psikiyatrik bozukluklardan biri olan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocuklarda okul öncesi dönemde başlayıp ergenlikte de süren aşırı hareketlilik, dikkat süresinin kısalığı ve dürtüsellik nitelikleriyle tanımlanan bozukluktur. Tedavisi mümkün olan bu bozukluk, tedavi edilmediği durumlarda çocuğun psikolojik ve sosyal gelişimini olumsuz etkileyebilmekte, eğitim hayatında problemlere neden olabilmektedir. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu bulunan çocuklarla ilişki ve irtibat tesis etmek gerek ailesi gerek arkadaşları açısından oldukça zor olabilmektedir. Bu itibarla, yakın ve uzak çevrelerinden genellikle negatif geribildirimler alan ve sorunlu çocuklar olarak değerlendirilen DEHB'li çocuklar, kendilerine olan güvenlerinde bu erken yaşta azalma yaşayabilmektedir (Doğangün ve Yavuz, 2011: 25).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ebeveynlerin tutum ve davranışlarından meydana gelmemekte, ancak sorunlu yaklaşımların DEHB ile beraber katmerlendiği ifade edilmektedir. Bu süreçte ailelerin hatalı tutumları nedeniyle davranış ve karşı gelme bozukluğu, öğrenme zorluğu, tik problemi, endişe ve depresyon gibi farklı bozuklukların yaşanması mümkün olabilmektedir. Öte yandan, çocuk yetiştirmek ebeveynlerin daha önce tecrübe ettikleri bir konu olmadığından, normal gelişim gösteren çocuklar bile anne ve babaların ilişkilerinde değişimlere neden olabilirken, laf dinlemeyen, dur durak bilmez devamlı hareket halinde bir çocuğun, ebeveynlerinin ilişkisini zorlaması anlaşılır bir durum olarak

değerlendirilmektedir. Çocuklara ilişkin verilen kararlarda, tutum ve davranışlarda ortaya çıkan tutarsız davranışlar çocukları olumsuz yönde etkilerken, ebeveynlerin evliliklerinde de problemler görülebilmesine yol açabilmektedir. Genel itibariyle Türkiye’de çocukların yetiştirilmesinde daha fazla rol alan anneler, DEHB’li çocukların sıkıntılarıyla babalara nazaran daha çok mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar. Bu kapsamda, babaların yaşanan problemlerden uzaklaşmak üzere farklı gerekçelerle evdeki sorunlara uzak durmaları annelerin yükünü daha da artırmaktadır. Anılan yük artışına ilave olarak, çocukların kontrol edilemeyen davranışları nedeniyle anneler çevrelerince yeterlilikleri sınanır hale gelmektedir. Bu durum da, anneler üzerinde ciddi bir sosyal baskı oluşturabilmekte, annelerin psikolojilerini olumsuz anlamda etkileyebilmektedir. Bu çerçevede, davranış problemleri yaşayan çocukların ebeveynlerinde daha çok psikolojik rahatsızlık görüldüğü de bilinmektedir. Yapılan çalışmalar söz konusu davranış problemleri olan çocukların annelerinde depresyon prevalansının %25 gibi ciddi bir oranda olduğunu ortaya koymaktadır (Aydın ve Ercan, 2005: 243).

Araştırmalar DEHB bulunan çocukların ebeveynlerinin stres seviyelerinin, DEHB’li çocukların davranış bozukluklarının düzeyiyle ilintili olduğunu ortaya koymaktadır. Yaptıkları bir araştırmada McLaughlin ve Harrison (2006: 87), çocukların şiddetli ve önlenemeyen davranışlarının ebeveynlerin yeterliliklerini sorgulamaya yol açtığını, etkin ebeveynlik tutumlarını negatif bir şekilde etkilediğini saptamıştır. Bu durum, DEHB’li evlada sahip ebeveynlerde, çocukların hareketlerinin şiddetiyle ilişkili bir şekilde hem çevreleriyle hem de anne ve babalık rolleriyle uyumu tutturma girişimlerini etkileyebilmekte, ayrıca eşler arasındaki ilişkilerin bozulmasına neden olabilmektedir. Johnston ve Mash (2001: 189) yaptıkları araştırmada, DEHB’li çocukların ebeveynlerinin evlilik tatminlerinin daha düşük olduğunu ifade etmiş, anılan ailelerin normal çocuk sahibi ebeveynlere nispeten daha fazla çatışma yaşadıklarını tespit etmiştir. Ayrıca, DEHB’li çocukların ebeveynlerinin stres seviyeleri diğer ailelerle kıyaslandığında, DEHB bulunan çocukların ebeveynlerinin stres seviyelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Durukan ve diğerleri, 2008: 221).

Bu bağlamda, literatürün geneli de Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve disleksi tanısı konmuş çocuklara sahip anne ve babaların stres ve

duygusal şiddet seviyelerinin normal gelişim gösteren çocukların anne ve babalarına nazaran daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle, araştırmanın problemini, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve disleksi tanısı almış çocukları olan ebeveynlerin duygusal şiddete maruz kalma düzeylerinin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu gibi değişkenler açısından incelenmesi teşkil etmektedir.

1.2. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve disleksi tanısı almış çocuklara sahip 18-65 yaş aralığındaki kadın ve erkeklerden müteşekkil özel bir eğitim ve rehabilitasyon merkezindeki bir kitlenin duygusal şiddete maruz kalma düzeylerinin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu gibi değişkenler bağlamında analiz edilmeye çalışılmasıdır.

Bu çerçevede, araştırmanın hipotezleri aşağıda sunulmaktadır:

- Katılımcıların duygusal şiddete maruz kalma düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermekte midir?
- Katılımcıların duygusal şiddete maruz kalma düzeyleri yaşa göre farklılık göstermekte midir?
- Katılımcıların duygusal şiddete maruz kalma düzeyleri eğitim durumuna göre farklılık göstermekte midir?
- Katılımcıların duygusal şiddete maruz kalma düzeyleri medeni duruma göre farklılık göstermekte midir?
- Katılımcıların duygusal şiddete maruz kalma düzeyleri çalışma durumuna göre farklılık göstermekte midir?
- Katılımcıların duygusal şiddete maruz kalma düzeyleri çocuğun hastalık durumuna göre farklılık göstermekte midir?

1.3. Araştırma Metodolojisi

Nicel araştırma yönteminin çalışmanın temel araştırma metodu olarak benimsendiği tez çalışması çerçevesinde, araştırmanın evreni çocukları DEHB ve disleksi tanısı almış ebeveynlerden oluşmaktadır. Örneklem grubu, özel bir eğitim

ve rehabilitasyon merkezinde 18-65 yaş aralığındaki kadın ve erkeklerden müteşekkil yaklaşık 100 kişiden oluşmaktadır.

Araştırmacı tarafından belirlenen ve sadece araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynlere ölçek uygulanmış olup, katılımcılarla yüz yüze temas çalışmacı tarafından kurulmaktadır. Bu kapsamda, araştırmacı tarafından gerek sözlü gerek yazılı bilgi verilmek suretiyle onam formu çalışmaya katılanlara da ayrıca sunulmaktadır.

Araştırmadan elde edilen nicel veriler SPSS programı kullanılarak analiz edilmiş olup, betimsel istatistiklerin yanı sıra, verilerin normal dağılıp dağılmadığını görmek amacıyla Kolomogorov Smimov testi uygulanmıştır. Verilerin normal dağılım göstermesi nedeniyle parametrik testlerden Independent-Samples-Testi (Bağımsız İki Örnek T-testi), ve One Way ANOVA ve Post Hoc Multiple (Çoklu Karşılaştırma) yapılmıştır.

1.4. Ünitelerin Planı

Tez çalışmasının giriş bölümünde problemin tespiti, çalışmanın amacı araştırma metodolojisi ele alınmaktadır.

İkinci bölümde, konuya ilişkin kavramsal çerçeve çizilmekte olup, ilk kısımda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve tarihi, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun teşhis kriterleri, DEHB'nin ana semptomları, DEHB'nin alt tipleri, DEHB'nin epidemiyolojisi ve DEHB'nin nedenleri ele alınmaktadır. Anılan bölümün ikinci kısmında, disleksi kavramı ve tarihi, disleksinin nedenlerine ilişkin kuramlar, disleksinin epidemiyolojisi, sınıflandırma, teşhis ve tedavi yöntemleri tartışılmaktadır. Bu bölümün üçüncü kısmında ise, aile kavramı ve nitelikleri, ailenin hayat döngüsü ve yetersizliği olan çocuğun aileye etkisi, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve aile, anne-baba eğitimi, duygusal şiddet, duygusal şiddet kavramının gelişimi ve tanımı, duygusal şiddet süreci ve duygusal şiddetin nedenleri değerlendirilmektedir.

Tez çalışmasının üçüncü bölümünde, araştırmanın yöntemi ve modeli, çalışma grubu, araştırma sürecinde kullanılan ölçme araçları ve verilerin analizi başlıkları altında yapılan anket çalışmasının sonuçları Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve disleksi tanısı almış çocukları olan ebeveynlerin duygusal

şiddete maruz kalma düzeylerinin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu gibi değişkenleri çerçevesinde analiz edilmektedir.



2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Kavramı ve Tarihi

Son dönemde Türkiye'nin sosyoekonomik seviyesinin gelişim göstermesiyle ebeveynlerin çocuklarına gösterdikleri ilgi, dikkat ve özen de artmıştır. Çocukların davranışları bilinçlenen ebeveynlerle birlikte uzmanlara danışılan bir husus haline gelmiştir. Bu çerçevede, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve diğer birçok bozukluk daha sık bir şekilde karşımıza çıkmaktadır. Türkiye'de dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna ilişkin yapılan araştırmalar son yıllarda artmış, anılan bilinçlenmeyle paralel olarak konu hakkında bilgi sahibi uzman ve akademisyenlerin görüşlerine medyada daha sık yer verilir olmuştur. Daha önceden dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunu çocukları için pozitif bir değer olarak gören ve bozukluğa ilişkin davranışların çocukların zekâsından ileri geldiğini düşünen ebeveynler, hâlihazırda anılan rahatsızlığı daha yerinde ve temkinli bir şekilde değerlendirmektedir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Çocuklukta yaygın bir şekilde görülen önemli oranda bilişsel, ailevi, sosyal ve davranışsal zayıflığa ilişkin kalıtsal bir bozukluktur (Waite ve Ramsay, 2010: 670). DEHB, sosyal ve aile hayatındaki bilişsel ve davranışsal işlevleri etkilemekte, dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerine rastlanan bir nörogelişim bozukluğu olarak nitelenmektedir (Deault, 2010: 169). Anılan bozukluğun temel nitelikleri dikkat ve odaklanma sürelerinin kısa olması, çocukların engellenmesine dönük denetim eksikliği dolayısıyla tutum ve davranışlarda meydana çıkan kontrolsüz atak hali ve huzursuzluk olarak da ifade edilmektedir (Şenol ve Şener, 2001: 748).

Her ne kadar DEHB, Türkiye'de son yıllarda toplum tarafından yaygın olarak tanınsa da, dünyadaki bilinirliği 19. yüzyıla kadar uzanmaktadır. Tarihi gelişimi süresince bu klinik durum farklı kavramlarla anılmış olup, bu tanımlamada belirtilerin farklı sebeplerine veya en belirgin semptomlarına göre yapılmıştır. DEHB kavramına 19. yüzyılın sonlarındaki tıbbi literatürde çılgın aptallar (*mad idiots*),

dürtüsel delilik (*impulsive insanity*) ve yetersiz engellenme (*defective inhibition*) gibi farklı nitelermeler yapılmıştır. DEHB hakkındaki ilk kaynağın Alman Doktor Henrich Hoffman'ın çocukluk çağına ilişkin bozuklukları dile getirdiği 1865 yılındaki eserindeki “Kıpır Kıpır Phil” şiiri olduğu bilinmektedir. Buna ilave olarak, ilk bilimsel kaynaklar ise George Still ve Alfred Tredgold tarafından kaydedilmiştir (Şenol, 2008: 293).

İngiliz hekim George Still, 1902 yılında Kraliyet Sağlık Okulu'nda verdiği konferanslarda, saldırgan, disipline karşı koyan ve aşırı heyecanlı 43 çocuğu ele almıştır (Barkley ve Murphy, 2006: 4). Doktor Still, günümüzde de kullanılmakta olan DEHB belirtilerinden aşırı hareketli, odaklanma sorunu yaşayan, öğrenme güçlükleri ve davranış bozukluklarına o tarihte dikkat çekmiştir. İlerleyen dönemde DEHB'li çocukları kurallara uymayan, kin tutan ve acımasız tavırlar sergileyen çocuklar şeklinde tanımlayan Doktor Still, bu çocukların cezalara karşın benzer davranışları yinelediklerini, bu nedenle disipline edilmeye ya da cezaya yanıt vermeyeceklerini vurgulamıştır (Seawell, 2010: 6). Moral kontrol defekti olarak isimlendirilen bu bozuklukta çocukların aşırı hareketli, dürtüsel, odaklanma ve dikkat problemleri ile duygu durum semptomları sergilediği ve özel öğrenme güçlükleri yaşadığı kaydedilmiştir (Kandemir, 2009: 3).

Doktor Still, erkek çocukların kızlara nispeten DEHB'den daha çok etkilendiklerini dile getirerek, anılan bozukluğun sebepleri arasında sosyal ve organik nedenlere yoğunlaşmıştır. ABD'de 1917 yılında ortaya çıkan beyin iltihabı salgını neticesinde hastaların DEHB semptomları gibi hareketlerde buldukları tespit edilmiştir. Bu gelişme üzerine söz konusu bozukluğun beyinde meydana gelen bir hasar nedeniyle olduğu değerlendirilerek Minimal Beyin Hasarı olarak tanımlanmıştır. 1940'lara gelindiğinde ise bu bozukluğa sahip çocuklarda beyin hasarına benzer bir olguya rastlanmamıştır. Rahatsızlığın adı beyin fonksiyonunda meydana gelen ufak bir işleyiş kusuru şeklindeki Minimal Beyin Disfonksiyonu olarak değiştirilmiştir (Aydın ve Ercan, 2005: 32).

Teşhise ilişkin en itibarlı sınıflandırma faaliyetleri ise Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD-9 ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) DSM sınıflandırma sistemi sayesinde literatürdeki yerini almıştır. DEHB teşhisi ilk olarak Amerikan Psikiyatrik Bozukluklar Tanı ve Sınıflandırılması sistemi olan DSM-II (*Diagnostic*

and Statistical Manual of Mental Disorders) tarafından 1968’de Hiperkinetik Reaksiyon adıyla yer bulmuştur. 1980’de yayımlanan DSM-III’de “*Dikkat Eksikliği Bozukluğu*” kavramı yer almış olup, “*hiperaktiviteli dikkat eksikliği bozukluğu*” (*attention deficit disorder with hyperactivity*), “*hiperaktivitesiz dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu*” (*attention deficit disorder without hyperactivity*) şeklinde ikiye ayrılmıştır. 1987 yılına gelindiğinde ise, DSM-III-R’de hâlihazırda kullandığımız Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) kavramı yer almaya başlamıştır. Bu bağlamda, DEHB tek boyutlu bir biçimde değerlendirilmek suretiyle, dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik olarak üç esas semptomu indirgenmiştir (Özcan, 2002: 4).

Son görüş olarak 1993 yılında, “*ters ve gecikmiş engellenme*” terimi literatüre kazandırılmıştır. Bu yaklaşım DEHB’li çocuklarda engellenme mekanizmasının geciktiğinin altını çizmiştir (Şenol ve Şener, 2001: 747).

Daha sonra güncellenen DSM-IV de DSM-III’de yer alan sınıflandırmalar belirtilen biçimleriyle korunmuştur. DEHB teşhisi koyabilmek için 14 semptomdan sekizinin bulunması koşulu aranmıştır (Şenol, 2008: 294). DEHB’ye DSM-IV-TR el kitabında, “*Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları*” başlığı altında yer verilmektedir. DEHB’nin de dâhil olduğu davranış bozuklukları arasında Davranım Bozukluğu (DB) ve Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğuna da (KOKGB) yer almış olup, bulguların en az altı aydır sürmesinin gerekli olduğu kaydedilmiş ve bulguların bir mana ifade edebilmesini teminen yaşa uygun normların haricinde olması gerektiğinin altı çizilmiştir (DSM-IV-TR, 2005: 55).

Diğer yandan, Dünya Sağlık Örgütü’nün sınıflandırma sistemi olan Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması ICD-10 (*International Classification of Diseases*) çalışmasında hiperkinetik bozukluk olarak nitelenen DEHB,

“*Bu grup bozukluklar, erken başlayan, aşırı faal, dürtüsellik ve bir işe ilgiyi sürdürmede göze çarpan zayıf davranış uyarı ve bu davranışsal özelliklerin yaygın olmayan bir durum sergilemesi ve zaman için de devamlılığının olduğu bozukluklar*”

olarak nitelenmektedir (ICD-10: 204).

2.1.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun (DEHB) Teşhis Kriterleri

2.1.1.1. DEHB'nin Ana Semptomları

DSM-V'e el kitabı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun (DEHB) tanısına ilişkin dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarını bozukluğun temel kriterleri olarak uzmanlara sunmaktadır.

Odaklanamama ve dikkatin toparlanmasında güçlük ile kolaylıkla dağılılabilmesi, oyuncaklarını ve eşyalarını kaybetme ve düzensizlik gibi semptomlar dikkat probleminin bulunduğunu ortaya koymaktadır (Barkley, 2006: 85).

Dikkat eksikliği probleminin özellikleri şöyle sıralanmaktadır:

- Detaylara dikkat hususunda genellikle başarısızdır. Okul, iş veya farklı faaliyetlerde dikkatsizlikleri nedeniyle hatalar yapar.
- Verilen görevlerde ve oyunlarda genellikle dikkatini toplamakta ve devam ettirmekte zorluk yaşar.
- Kendisiyle direkt olarak konuşulduğunda genellikle dinlemez görülür.
- Oyun, iş vs. konusundaki talimatları genellikle baştan sona takip etmez.
- Görevler ya da faaliyetleri düzenlemekte genellikle güçlük çeker.
- Okul ya da ev ödevleri gibi uzun süre ve bilişsel emek gerektiren görevlerden genellikle hoşlanmaz, yaparsa da gönülsüzce yapar.
- Görevleri ya da etkinlikleri için gereken oyuncak, okul ödevi, kalem, kitap vb. araçları genellikle kaybeder.
- Harici uyaranlar genelde kolaylıkla dikkatini dağıtır.
- Günlük faaliyetlerinde genellikle untkandır.

DEHB teşhisi konulmuş çocuklar yaşlarıyla kıyaslandığında daha hareketlidirler. Çocukların bu hareketlilikleri okul arkadaşlarıyla, ailede kardeşleri ve ebeveynleriyle problem yaratabilmektedir. Çocukların davranışları, aşırı hareketlilik, sabit duramama, sürekli hareket halinde olma, huzursuzluk ve her daim acelesi varmış gibi hareket etme biçiminde kendisini göstermektedir. Bu aşırı hareketlilik ve huzursuzluk çocukların oturtulmak istendiğinde daha da artmaktadır (Barkley, 2006: 82).

DEHB tanısı almış çocukların normal çocuk gelişim seviyesine uymayacak kadar hiperaktif oldukları gözlemlenmektedir. Okul öncesi dönemde ki belirtileri çoğunlukla eşya ve mobilyaların üzerinden atlama, sakince oyun oynayamama, evde sürekli koşma şeklinde gerçekleşmektedir. Okul döneminde ise söz konusu belirtiler azalmakla beraber, sınıfta oturamama, sıra beklemekte zorlanma ve sıklıkla ayağa kalkma şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Ellerinde devamlı bir şeylerle oynayan, ellerini ve ayaklarını sallayan DEHB tanısı almış çocuklar, çok konuşmakta, sınıf ortamındaki aktiviteler esnasında sesler çıkarmak suretiyle dikkat çekebilmektedirler (Barkley, 2006: 86).

Hiperaktivite kriterinin özellikleri şöyle sıralanmaktadır.

- Sık sık eller veya ayaklarla kıpır kıpırdır veya koltukta kıvrılır.
- Genellikle sınıfta veya oturarak kalmanın beklendiği diğer durumlarda oturduğu yerden ayrılır.
- Uygunsuz durumlarda sıklıkla koşar veya aşırı tırmanır (ergenlerde veya yetişkinlerde, öznel huzursuzluk duygularıyla sınırlı olabilir).
- Genellikle boş zaman faaliyetleri sırasında sessizce oynamakta veya bunlara girmekte güçlük çeker.
- Genellikle “hareket halindeyken” veya “bir motorla sürülüyormuş gibi” davranır.
- Genellikle aşırı konuşur.

DEHB teşhisi konulmuş çocuklar dürtüsellik bağlamında, davranışı kontrol etmede güçlük, taleplerini anında isteme, acelecilik ve düşünmeden hareket etme gibi davranışlar sergilemektedir. Çocuklar başkalarını rahatsız edebilmekte, laf arasına girebilmekte veya zararlı davranışlarda bulunabilmektedir. Sabır ve düzen gerektiren etkinliklerde zorlanan çocuğun dürtüsellliği, diğer çocuklarca itinasız, sorumsuz ve kaba olarak tanımlanabilmektedir. Dürtüsellik ayrıca, çocukların kendilerine ve çevresindekilere zarar vermelerine, kazalara neden olabilmektedir (Barkley, 2006: 88).

Dürtüsellik kriterinin özellikleri ise şöyle sıralanmaktadır:

- Genellikle sorular tamamlanmadan cevapları bulanıklaştırır.
- Genellikle dönüşü beklemekte güçlük çeker.

- Sık sık başkalarını rahatsız eder veya sohbetlere veya oyunlara izinsiz girer.

2.1.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun (DEHB) Alt Tipleri

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) alt tipleri hususunda son altı ay zarfında dominant olan semptomlar dikkate alınmak suretiyle DEHB alt tipi ayrımı yapılmaktadır.

2.1.2.1. DEHB Bileşik Tipi

Dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik ana semptomlarının üçü de aynı zamanda bulunmaktadır. DEHB tanısı alanların çoğunda bileşik tip teşhisi mevcut olmakla birlikte, en sık görülen tip olarak karşımıza çıkmaktadır. Genellikle ergin hayata değin sürmekte olup, bileşik tipli çocuklar ev ve okul hayatlarında sorunlar yaşayabilmektedirler (Weiss ve Murray, 2003: 716).

2.1.2.2. DEHB, Dikkatsizliğin Önde Olduğu Tip

Dikkatsizliğin önde olduğu bu tipte, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomları bulunmamakta, en az altı aydan beri süregelen dikkatsizlik belirtileri mevcuttur. Çalışmalar bu çocukların kognitif olarak uyku halinde, devamlı hayal kuran ve sosyal olarak geri durmuş bir biçimde ağırcaanlı bilişsel tempoya (*sluggish cognitive tempo*) sahip olduğunu ortaya koymuştur (Hartman, 2004: 495).

Dikkat eksikliği bulunan çocuklar hiperaktivite ve dürtüsellikleri olmadığından uyum problemlerinden çok öğrenmeye ilişkin sorunlar yaşamaktadırlar. Gecikme, düzen alamama, ödevleri bitirememe, unutkan ve devamlı hayal âleminde şeklinde nitelenen bu çocuklar için sıklıkla ilkokul dönemlerinde son altı aylık dominant semptomlarına bakılmak suretiyle dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu alt tipi ayrımı yapılmaktadır (Özmen Kaymak, 2010: 5).

2.1.2.3. DEHB, Hiperaktivitenin ve Dürtüsellüğün Önde Olduğu Tip

Dikkatsizlik semptomları altının altında olup, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarının ise altısı karşılanmaktadır. Bu tip dikkat eksikliği alt tipinden hiperaktivite nedeniyle erken teşhis almaktadır. Okulda, evde ve sosyal çevrede entegrasyon problemleri yaşayan bu tip tanılılar, öğrenme güçlüğüyle

karşılaşmayabilmektedirler (Weiss ve Murray, 2003: 716). Anılan tip erkeklerde kızlara nazaran daha sık görülmektedir (Şenol, 2008: 747).

Hiperaktivitenin önde olduğu tip okul öncesinde dönemde yaygın olarak gözlemlenmektedir. Bahse konu tip klinik DEHB vakalarının %2'sini teşkil etmektedir. Tanı almış çocukların ilerleyen dönemlerde dikkat eksikliği kriterlerinin ne kadarını karşılayacağı net olmamakla beraber, dikkat problemleri genellikle okulda çıkmaktadır (Weiss ve Murray, 2003: 720).

Diğer yandan, hiperaktivitenin önde geldiği tipin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Tipi'nin erken görülmesi olduğu da ileri sürülmekle birlikte, bu konudaki çalışmalar oldukça sınırlıdır (Barkley, 2006: 88).

2.1.3. DEHB'nin Epidemiyolojisi

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna ilişkin Türkiye'de ve dünyada yapılan prevalans çalışmaları ele alındığında, DEHB'nin yaygınlığı örnek evrenin özelliğine, teşhis kriterlerine ve bilgi kaynaklarına göre değişebilmektedir (Bataş Bilgeç, 2012: 5). Her ne kadar DEHB'nin prevalansı hakkında dünya çapında oldukça farklı sonuçlar ortaya çıkmış olsa da, geniş bir aralıkla ifade etmek gerekirse DEHB %2-%17 oranları arasındaki görülmektedir (Zorlu, 2012: 5).

DEHB'nin çocuklarda ve ergenlerde en sık görülen psikolojik bozukluklardan biri olduğu ve bir meta analiz araştırmasında dünya çapındaki görülme prevalansının %5,29 olduğu ifade edilmiştir (Zorlu, 2012: 5). Yapılan araştırmalarda okul çağındaki çocuklarda görülme sıklığı %2,1 ile %19,8 arasında değişmekte, DSM el kitabında ise görülme prevalansı %3 ile %5 olarak kaydedilmektedir (Uyan, 2008: 8).

Diğer yandan, ilerleyen yaşlarda DEHB yaygınlığında bir düşüş görülmektedir. DSM-IV teşhis kriterlerine göre DEHB'nin çocuk ve ergenlerde görülme sıklığı %5 ile %10 arasında, yetişkinlerde görülme prevalansı ise %4 civarındadır. ABD'de yapılan bir çalışma, 6-12 yaş aralığındaki çocuklarda DEHB görülme sıklığının %4 ile %12 arasında değiştiği tespit etmiştir (Türe, 2010: 8). ABD'de okul çağındaki nüfusun %11'ine ve yetişkin nüfusunun %4,4'üne

metilfenidat, deksamfetamin, lisdexamfetamin, atomoksetin ve guanfacinle tedavi edilebilen DEHB teşhisi konulmaktadır (Çöpür ve Çöpür, 2018: 21).

Türkiye’de ise, DEHB’nin yaygınlığının okul öncesi dönemde %3 ile %6 arasında, ilkokul ve ortaokul döneminde ise %3 ile %10 arasında seyrettiği kaydedilmektedir (Bataş Bilgeç, 2012: 5). Zorlu’nun ilköğretimde okuyan 1508 çocukla 2012 yılında Denizli’de yaptığı çalışmada DEHB oranı %8 olarak saptanarak, Türkiye ortalaması olan %3 ile %10 aralığını teyit etmiştir.

Ankara’da 9 okulda 251 ergenle yapılan bir araştırmada ise, ailelerin ve öğretmenlerin müşterek ifadelerine göre öğrencilerin %5,9’unda DEHB belirtilerine rastlanmıştır (Uyan ve diğerleri, 2014: 24). Yapılan çalışmalar, DEHB yaygınlığının kızlarda %5.5, erkeklerde %10.9 olduğu, erkeklerde kızlardan 2 ile 5 kat daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (Öztürk, 2011: 88).

2.1.4. DEHB’nin Nedenleri

Yapılan araştırmalar Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu’nun (DEHB) gelişiminde genetik ve çevresel risk etmenlerinin beraber etkin olduğunu, bazı genlerin kişisel hassasiyet ve çevresel risklerle etkileşime girmek suretiyle bozukluğun meydana gelmesine yol açtığını ortaya koymuştur. Ayrıca, bozukluğun uzun dönem gidişinin doğum öncesi, biyolojik ve psikososyal çevresel risk etmenlerinden etkilendiği de ifade edilmektedir (Zorlu, 2012: 17). Bu etmenler;

- Beyin fonksiyonlarına ilişkin değişiklikler,
- Genetik sebepler,
- Nörokimyasal etmenler,
- Çevresel biyolojik etmenler,
- Doğum öncesi sebepler,
- Beslenme,
- Toksinler,
- Psikososyal Etmenler

şeklinde sıralanmaktadır.

ABD Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (*National Institute of Mental Health-NIMH*), Ulusal Sağlık Enstitüleri (*National Institutes of Health-NIH*) ve ülke

çapındaki araştırmacılar, DEHB'nin nedenlerini incelemiştir. Güncel araştırmalar, DEHB'nin genler ile çevresel veya genetik olmayan faktörler arasındaki etkileşimlerden kaynaklanabileceğini öne sürmektedir. Diğer birçok hastalık gibi, DEHB'ye;

- Genler,
- Hamilelik sırasında sigara, alkol veya uyuşturucu kullanımı,
- Genç yaşta yüksek düzeyde kurşun gibi çevresel toksinlere maruz kalma,
- Düşük doğum ağırlığı,
- Beyin yaralanmaları

gibi bir dizi faktör katkıda bulunabileceği kaydedilmektedir (The Basics of ADHD, 2016: 2). Ayrıca, DEHB'nin nedenleri arasında hamilelik sırasında komplikasyonlar veya sigara kullanımı gibi hem genetik hem de çevresel faktörlerin dâhil olduğunu gösteren güçlü kanıtlar bulunmaktadır (Çöpür ve Çöpür, 2018: 21).

Diğer yandan, esas olarak okul çağındaki çocukları etkileyen ve dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarıyla sonuçlanan kronik, çok faktörlü bir bozukluk olan DEHB'ye sebebiyet veren neden bilinmemekle birlikte, DEHB hastalarında Omega-3 yağ asitlerinin düşük plazma seviyelerine ilişkin gözlemler, yeni bir tedavi yaklaşımı olan Omega-3 yağ asidi takviyesine yol açmaktadır (Çöpür ve Çöpür, 2018: 20).

2.1.5. DEHB'nin Sebeplerine İlişkin Kuramlar

DEHB sebeplerine ilişkin kuramlar beyinde bilginin işlenmesi çerçevesinde ele alınmıştır. Seri proses teorisi verinin aşağıdan yukarıya, paralel bilgi prosesi teorisi ise bilginin nöronlar tarafından paralel bir şekilde prosesini ileri sürmektedir. Dikkat işlemleri de bilginin prosesi aşamaları gibi beyin farklı kısımları arasındaki bağlantıları tesis eden sinir ağlarınca yürütölmektedir. Bu kapsamda, farklı yaklaşımlar bulunmaktadır (Kılıç, 2005: 114).

2.1.5.1. Posner'in Dikkat Modeli

Posner'in dikkat modeli, nöron ağlarının birlikte faaliyetlerine ilişkin bir teori olup, MR görüntüleme tarafından da desteklenmektedir. Dikkat azalışına ilişkin araştırmalarda daha sıklıkla kullanılan bu yöntem, MR sistemleriyle yürütölen

araştırmalarda üç sinir ağına yoğunlaşmaktadır. Bu sinir sistemlerinden ilki, davranışın kontrolü, amaç ve hata belirleme, çatışmaların çözümlenmesi ve otomatik yanıtların engelleyici kontrolle ilişkilendiren denetim ağı olarak ifade edilmektedir. İkinci sistem ise, reaksiyona hazırlıklı durumun ve uyanıklığın devamına ilişkin olan uyanıklık ağıdır. Üçüncü ađ ise dikkatin amaca yönelmesinden mesul olan yönelim ağıdır (Berger ve Posner 2000: 3-4). Bu modelde dikkatin toplanıp devam ettirilebilmesini kontrol eden sağ yarıküre mekanizmalarının DEHB'deki esas noksanları izah edebileceği öne sürölmektedir (Stefanatos ve Wasserstein 2006: 176).

2.1.5.2. Mesulam'ın Dikkat Modeli

Dikkat modeli, sağ yarıkürenin dominant bir role sahip olduğunu üç kortikal temelli bir ağla değerlendirmektedir. Beynin sağ yarıküresinin davranımsal alanlar, dikkat, sözsüz iletişim ve görsel yetenekler alanlarında daha etkin olduğu belirlenmiştir. Anılan üç kortikal odaklı ağın frontal bileşeni dikkatin odaklanması, arka paryetal bileşeni duyusal ve singulat bileşeni ise 30 güdülemeye ilişkindir. Bu bileşenlerde ya da ara bağlantılardaki olası hasarlar görsel uzaysal ihmal sendromuyla neticelenebilmektedir. Söz konusu sendromda dikkatin uyarıcıya yönelmesinde bir eksiklik olduğu, ancak yine de göreceli olarak muhafaza edildiği öne sürölmektedir (Kılıç ve diğerleri, 2002: 215).

DEHB tanısı almış çocukların temel nitelikleri içinde yer alan daimi ve devamlı dikkat müddetinin azlığı, kontrol edilmeye karşı denetim noksanlığı dolayısıyla tutum ve davranışlar ile kognitifte meydana gelen huzursuzluk ve dürtüsellik sağ yarıküreye ait rollerdeki bozukluğu açıklamaktadır (Öncü ve şenol, 2002, s. 111). Buna ilave olarak, DEHB'li çocukların uzaysal kabiliyetlerinde de bir düşüş olduğuna yapılan araştırmalarda da rastlanmaktadır (Kılıç, 2005: 115).

2.1.5.3. Mirsky'nin Dikkat Modeli

Nöropsikolojik bir model olan Mirsky'nin dikkat modeli (Kılıç ve diğerleri, 2002: 215), dikkatin devamlılığına ilişkin geliştirilen çeşitli dikkat unsurlarının odaklanma, devam ettirme, sabit tutma, kaydırma ve kodlama olarak sınıflandırılmaktadır (Kılıç, 2005: 116).

2.1.5.4. DEHB ve Yönetici İşlev Bozuklukları

Bireylerin bilgi proses süreçlerinde yürütülen kavramsallaştırma, perseverasyon ve kurulumu devamdaki başarı ve öğrenme gibi soyut kabiliyetler hakkındaki alt kabiliyet alanlarını kapsayan faaliyetlerin tümüne yürütücü fonksiyonlar (*executive functions*) olarak tanımlanmaktadır (Soysal, 2007: 9-10). DEHB'nin esas belirtileri, hedefe dönük davranış kontrolü hususunda kognitif maharetler gerektiren yönetici fonksiyonlarda bozukluğa yol açmaktadır (Linder ve diğerleri, 2010: 494).

Bilişsel eksiklikler belirli bir fonksiyonu etkilemekte, yürütücü fonksiyonlar ise benmerkezci dürtüsel davranışlar, kayıtsızlık veya empati yoksunluğu gibi sosyal fonksiyonları kapsayan davranışların bütün taraflarına tesir etmektedir (Kılıç, 2005: 116). Öte yandan, DEHB'ye ilişkin beyin görüntüleme, nöropsikolojik, genetik ve beyin kimyası hakkındaki araştırmalar, yürütücü fonksiyonlar için gereken sinirlerin ağlarını biçimlendiren prefrontal korteks ile dorsal anterior singulat korteksin fonksiyon bozukluğuna sahip olduğunu ortaya koymaktadır (Linder ve diğerleri, 2010: 494).

2.1.5.5. Tepki Ketleme Bozukluğu

Tepki ketleme bozukluğunun DEHB'nin ana bozukluklarından biri olduğu ifade edilmektedir. Olası bir davranışın ketlenmesi, devam edegelen bir tutum veya davranışın ketlenmesi ile bozucu davranışın ketlenmesi şeklinde üç türe ayrılabilir (Barkley, 2000: 1066). Yapılan araştırmalar, DEHB tanısı konulmuş çocukların tepki ketlenmesini gerektiren faaliyetlerde normal gelişimdeki çocuklardan ve disleksi tanılı çocuklardan daha düşük bir başarıya ulaştıklarını ortaya koymaktadır (Kılıç, 2005: 118).

2.1.5.6. İşlem Belleği Bozukluğu

Sözlü ve sözsüz işlem belleği bozukluğunun beyinde dorsolateral prefrontal alanla ilgili olduğu kaydedilmiştir. Sözsüz işlem belleği, vakaları zihinde tutma, suni ve temsili öğrenme, geçmişe ve geleceğe ait duyular, vakit duygusu ve davranışın zamana karşı düzenlenmesi gibi psikolojik ve sosyal becerileri kapsamaktadır (Barkley 2000: 1066).

Sözel işlem belleği ise bireyin kendisini tanıtmayı, yansıtmayı, kurallı tutum ve davranış ile davranışın etik denetimini ifade etmektedir. Nöropsikolojik testlerle yapılan bir çalışmada, DEHB'li bir örneklemin kontrol grubundan anlamlı bir şekilde daha düşük başarı sergilediği saptanmıştır. Bu bağlamda, kognitif testlerin ölçtüğü beyinin diğer kortikal ve subkortikal bölgeleri ile beyincikle aktif bağlantıları dikkate alınmak suretiyle, DEHB vakalarındaki bilişsel eksikliğin genel ve kompleks bir nöroanatomik ağla ilintili olduğu iddia edilmiştir (Kılıç, 2005: 118- 119)

2.1.5.7. Kognitif-Enerjik DEHB Modeli

Kognitif-Enerjik model (*cognitive energetic model*) DEHB teşhisi konulmuş çocuklarda bozukluk olan ketlenmenin belirli halleri bulunabildiğini, ancak bu durumun çocuğun enerji haliyle de bağlantılı olduğunu ve anılan modelin bilgi prosesinin geniş etkisinin dikkate ilişkin konstrüktif bilgi proses süreçleri, durum faktörleri ve yönetici/yürütücü fonksiyonlar arasındaki etkileşim sayesinde tespit edildiğini ileri sürmektedir (Sergeant, 2000: 8),

Model, DEHB'ye üç alanda kesişmektedir. Söz konusu alanlar, kodlama, araştırma, karar ve motor organizasyon gibi dikkate ilişkin konstrüktif bilgi proses süreçleri, aktivasyon ve çaba gibi enerjik mekanizmaları içeren enerjik havuz ile prefrontal kortekse ilişkin inhibisyon, planlama, akıcılık ve proses belleği gibi yönetici sistemler olarak sıralanmaktadır. Kognitif enerjik model, DEHB'de ketleme mekanizmalarının etkinleştirilmesinde yetersizlik olduğunu öne sürmektedir (Kılıç, 2005: 119). Model ayrıca, DEHB'nin çıktıya müdahale gibi kognitif sistemler, aktivite ve efor gibi enerjik mekanizmalar ile yönetim sistem bozuklukları alanlarında sebep olduğu bozukluğu da nazarı itibara almaktadır (Sergeant, 2005: 1248).

2.1.5.8. Ertelemeye Katlanamama Modeli

Ertelemeye katlanamama modelinde, DEHB semptomlarının sebebi güdülenme şekliyle izah edilmektedir. Anılan model, DEHB teşhisi konulmuş çocukların ertelemeye dayanamamaya güdülendiklerini ifade etmekte olup, bu kapsamda erteleme etkilerine ilişkin tahmin yürütmektedir. Bu tahminler, modeli diğer güdüsel modellerden ayırtmaktadır (Bitsakou ve diğerleri, 2009: 447). Modelde elde edilmiş güdüsel tutum, fonksiyonel veya fonksiyonel olmayan çevresel

ertelenme seviyelerinin azalabileceği gibi farklı yollarla da belirtilmiştir. Bu model, hiperaktif çocukların fiilde dürtüsel olmadıklarını, beklemek konusunda zayıf olduklarını ve genellikle beklemediklerini ele almaktadır.

Bir diğer araştırmada, çocuklar yapacakları bir görevle birlikte, küçük ancak hemen verilecek bir ödül ile daha sonra verilecek büyük bir ödül arasında bırakıldıklarında, hiperaktif çocukların denetim grubundakilere nazaran hemen verilecek ödülü tercih ettikleri ifade edilmektedir. Çalışmada devamla, küçük ancak hemen verilecek ödülde bir gecikme olursa, daha sonra verilecek ödülü tercih etmek ile tüm ertelemeler aynı süredeyse, hiperaktif çocukların denetim grubundakiler gibi daha büyük bir ödül için bekleyebildikleri kaydedilmektedir (Kuntsi ve diğerleri, 2001: 340-341). Araştırmacılar hiperaktif çocukların gecikmenin zorunlu olduğu hallerde çevresel etmenlere yoğunlaşmak suretiyle buldukları ortamda gezinerek süreci geçirmeye meyilli olduklarını saptamıştır (Kılıç, 2005: 120).

2.1.5.9. Kognitif-Davranışçı DEHB Modeli

Sergeant (2000: 1248) kognitif ve enerjik teorileri bir araya getirirken, Sonuga-Barke de (2002: 31) kognitif ve davranışçı açıklamaları birleştirerek kognitif-davranışçı DEHB modelini sunmuştur. Bu DEHB modelinde kognitif ve davranışçı açıklamalar ikili olarak birleştirilmiştir (Sonuga-Barke, 2003: 594). Model, DEHB'yi psikolojik uygulamalarda oldukça spesifik iki gelişimsel çıktı şeklinde ele almaktadır. Bunlardan biri DEHB'deki disfonksiyon bölgesini teşhis etmek üzere araştırma yaparken, diğeri fonksiyonun rolünü tespit etmek üzere davranışsal bozukluklara uygun perspektifi bulmaya çalışmaktadır (Sanuga-Berge, 2002: 31-32).

2.2. Disleksi

2.2.1. Tanımı ve Tarihi

Yunanca'da yetersiz manasına gelen “*dys*” sözcüğü ile kelime manasındaki “*lexia*” kelimelerinin birleşmesinden oluşan disleksi, nörolojik temelli bir öğrenme güçlüğü olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, disleksiye yeterli akıl, sosyoekonomik ve sosyokültürel fırsatlar ile alınan eğitime karşın okuma konusunda

yaşanan beklenmeyen başarısızlık olarak nitelenmektedir. Anılan bozukluk, doğru veya akıcı sözcük seçmede güçlük, zayıf heceleme ve kod çözümünde zorluklarla karşılaşma gibi hususlarla öne çıkmaktadır (Taur ve diğerleri, 2014: 647).

Amerikan Psikiyatri Birliği ise disleksiye;

“Disleksi, kelimeleri okuma, heceleme ve yazmada ve bazen aritmetikte ciddi zorluklar ortaya çıkan nörolojik temelli bir öğrenme bozukluğudur. Disleksi, sesleri işleme, yani yazılı harfler ve sesleri arasında bağlantı kurma yeteneğindeki bozuklukla karakterizedir; yazılı çalışma genellikle tersine çevirme hataları ile karakterize edilir. Ya edinilebilir (bu durumda genellikle aleksi olarak adlandırılır) ya da gelişimsel (gelişimsel disleksi bakın) olabilir, entelektüel yetenekten bağımsızdır ve mevcut olabilecek konuşma ve görme bozuklukları ile ilgisi yoktur. Motivasyon eksikliği, duyuusal bozukluk, yetersiz eğitim veya çevresel fırsatlar, duyuusal rahatsızlıklar veya benzeri faktörlerin sonucu değildir.”

şeklinde tanımlamaktadır (<https://dictionary.apa.org/dyslexia>).

Dünya Nöroloji Federasyonu'nun 1968'de yaptığı tanım şöyledir;

“Disleksi, geleneksel öğretime, yeterli zekâya ve sosyo-kültürel fırsata rağmen okumayı öğrenmedeki zorluklarla kendini gösteren bir bozukluktur. Sıklıkla anayasal kökenli olan temel bilişsel engellere bağlıdır.” (Mortimore, 2008: 51).

Netice itibariyle, disleksi bireyin daha az okumasına yol açmakla sözcük dağarcığının gelişmesine engel olmaktadır. Bu durum, çocukların okumadan soğumalarına yol açmakta, ailelerin de çocuklara yüklenmeleri sonucunda sorun daha da çözümsüz bir hale dönüşebilmektedir.

Miles'in araştırması (1993), disleksinin bir zorluk örüntüsü veya sendromundan oluştuğu, yazım ve grafikler veya sayı sistemleri okumadaki eksikliklerin, sembolik materyalin formları arasında ayırım yapma ve adlandırma içeren daha geniş bir işleme yetersizliğinin bir parçasını oluşturduğu önerisini doğrulamıştır. Bu, 1989 Disleksi Enstitüsü'nün beceriye dayalı tanımının öğrencilerin yaşayabileceği güçlükleri genişletme biçiminde yansıtılmıştır.

“Özgül öğrenme güçlükleri, öğrencilerin bilgi işlem, motor beceriler ve çalışma belleğindeki yetkinliklerini kısıtlayan, bu nedenle konuşma, okuma, heceleme, yazma, kompozisyon yazma, matematik ve davranış yetilerini sınırlamaktadır.” (Mortimore, 2008: 51).

İngiltere Psikiyatri Topluluğu'nun eğitimsel bölümü ve çocuk psikolojisi 1999 yılında “*disleksiye doğru ve akıcı kelime okuma ve yazma gelişiminde eksiklik ya da büyük zorluk*” şeklinde nitelemiştir (Mortimore, 2008: 52).

Disleksi kavramı, ilk kez 1872 yılında Alman Doktor Rudolf Berlin tarafından okuma güçlüğü yaşayan ergin bir hastada teşhis edilmiştir. Disleksili ilk vaka ise 1877 yılında Adolf Kussmaul Heidelberg'in okumaya ilişkin beyin süreçlerini açıklayan bir taslakta, optik sinir ile görsel sözcük görüntüleme merkezi arasındaki bağlantıyla ele alınmıştır (Kaufman, 2001: 284). Fransız nörolog Joseph Jules Dejerine, 1892'de klasik bağlantı modelini kullanarak edinilmiş kelime körlüğünün sol angular girus ve oksipital boynuzun lateral ventrikülleriyle ilişkili olduğunu doğrulamıştır. İngiliz pediatrist Pringle Morgan (1896) ve İskoçyalı oftalmolog Hinshelwood 1917'de çocukluk disleksisini literatüre kazandıran ilk bilim adamları olmuştur. Morgan o dönem disleksiye “kelime körlüğü” kavramıyla açıklamıştır (Kaufman, 2001: 20).

Sonraki dönemlerde Amerika'nın ilk disleksi araştırmacısı olarak bilinen nörolog Samuel Orton disleksiye kuramında, yazma faaliyetinin görsel etkisi sol ve sağ hemisferde depolanmakta şeklinde ele almıştır. Orton'un çalışmaları 1949 yılında Orton Disleksi Topluluğu'nun (Uluslararası Disleksi Topluluğu) tesisine yol açmıştır. Öte yandan, disleksinin alt tipleri ilk kez Orton tarafından gelişimsel aleksi, gelişimsel agrafi, gelişimsel kelime körlüğü, gelişimsel apraksi ve mikst sendromlar şeklinde tavsiye edilmiştir (Kaufman, 2001: 286).

Diğer yandan, 1980'li yıllara kadar yapılan araştırmalarda öğrenme güçlüğünde nörolojik semptomlara dikkat çekilmiştir. Anılan semptomlar kortekste ender görülmekle birlikte, belirtilerin spesifik bir konumu gösterdiği ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), otizm, duygusal bozukluklar ve şizofrenide de rastlandığı saptanmıştır. Bu çalışmalara ek olarak çocukların fiziki anomalileri ele alınmış, ancak yapışık kulak memesi, avuçta tek çizgi veya kırıksık dil gibi birçok fiziki niteliğin anlamlı sonuçlar vermediği ortaya çıkmıştır. 1970'lerden sonra gelişen teknoloji sayesinde bilgisayarlı tomografi ve MR görüntülemeleriyle araştırmalar daha da derinleşmiştir (Kaufman, 2001: 287).

2.2.2. Disleksi Semptomları

Disleksinin belirtileri çocuğun yaşına bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir. Anılan semptomlar okul öncesi dönem ile okul döneminin şartları nedeniyle değişebilmekte olup, genel itibariyle yön kavramlarının karıştırılması, haftanın günleri benzeri sıralamalarda güçlük çekilmesi bunların arasında yer almaktadır. Öte yandan, okuma geriliğine ek olarak dikkatte azlık, ödev ve sorumluluklarını destek almadan yapamama, dürtüsellik ve saldırganlık dislektik nitelik gösteren çocuklarda sıklıkla gözlenen özellikler arasında yer almaktadır.

Disleksi semptomları çocukların dönemlerine göre daha teferruatlı bir şekilde şöyle sınıflandırılmaktadır.

Okul öncesi dönemindeki çocuklarda disleksi belirtileri;

- 4 yaş ve üzerinde destek ve yardım almadan giyinmede ve soyunmada güçlük çekme,
- 2-3 yaş üzerinde ayakkabılarını bağlamayı veya düğmelerini iliklemeyi geç öğrenme,
- 2 yaş ve üzerinde ayakkabıyı doğru ayağa giymede yaşanan problemler,
- Yürürken sıklıkla takılma ve bir şeylere çarpma,
- Top yakalama, atma ve topa vurmada güçlük çekme,
- Açık ve net bir şekilde konuşmayı daha geç öğrenme,
- Renkleri devamlı olarak hatalı ifade etme,
- Sıklıkla görülen ifade karışıklıkları,
- Yer ve yön bildiren kelimeleri birbirine karıştırma,
- Basit ritme alkış tutmak suretiyle uyumda zorluk yaşama,
- Okul öncesi dönemde peltek bir şekilde konuşma,
- Daha önce duyduğu çocuk melodileri ve şiirlerini hatırlamada güçlük çekme ile zayıf bir hafıza,
- Neredeyse her gün karşılaşılan nesnelere isimlerini hatırlamada zorluk çekme,
- Kafiyeli bir şiirin uyumsuz kısmını seçerken güçlük çekme,
- Olağan bir gün içinde yaşananların zaman sırasını karıştırma,
- Genellikle ilgisiz ve dikkatsiz görünme,

- Talimatlı görevlerde yönergeleri izlemede gözlenen problemler,
- Bazen uygun sözcüğü bulmaya çalışma,
- Okuma öncesi faaliyetlere karşı ilgisiz olma, bunlarından ziyade resim yapma ve boyama benzeri sözel olmayan yaratıcı aktiviteleri tercih etme,

biçiminde gruplandırılmaktadır (Yavuzer, 2005, s.91).

İlkokul dönemindeki çocuklarda disleksi semptomları;

- Zekânın normal veya normalden yüksek olması,
- Okulda gösterdiği başarının umulandan daha düşük olması,
- Okumaya gerek olmayan derslerde daha başarılıyken, okumanın gerekli olduğu derslerde daha az başarı sergilemesi,
- Normalden daha yavaş okuma,
- Hecelemek suretiyle okuma,
- Yazarken ve okurken harfleri karıştırma,
- Birtakım heceleri ters okuma,
- Kelimeleri ters yazabilme,
- Yazarken ve okurken harf ve hece atlayabilme,
- Sözcüklerin sonlarını uydurarak okuma ve yuvarlayarak telaffuz etme,
- Başka birinin okuduğundan kendi okuduğuna göre daha iyi anlama,
- Okuma ve yazmaya ilişkin ödevleri yapmaktan kaçınma,
- Yazı yazarken noktalama işaretlerini atlama,
- Okumakta zorlanılacak ölçüde kötü bir yazıyla yavaş yavaş yazma,
- Öğretmenin yazdıklarını tahtadan defterine geçirmekte güçlük çekme,
- Ödevlerini eksik alma,
- Ödev yapmakta isteksizlik duyma ve ödev yaparken çoğunlukla yardım isteme,
- Sıklıkla dört işlem hatası yapma, dört işlem işaretlerini karıştırıp çıkarma yerine toplama, toplama yerine çarpma yapabilme,
- Sayıları tersinden okuma,
- Çarpım tablosunu ezberlemekte güçlük çekme,
- Bölme işlemine tersten başlama,
- Kafadan işlem yapmaya çalışarak, işlemlerde kendince kısa yöntemlere başvurma,

- Haftanın günlerini ve ayları sırayla saymakta güçlük çekme,
- Harfleri sayarken alfabetik sırayı karıştırma,
- Olay veya hikâyeleri sıralamakta zorlanma,
- Jest, mimik ve beden dilini anlayıp yorumlamakta güçlük yaşama,
- Yanlış yapmaktan korkma ve çekinme,

olarak sıralanmaktadır (Akçay, 2014: 14-15).

2.2.3. Disleksinin Epidemiyolojisi

En yaygın öğrenme bozukluklarından biri olan disleksi, anılan bozukluğa sahip kişilerin %80'ini gibi yüksek bir oranı kapsamaktadır. Disleksinin prevalansı toplumdan topluma değişim göstermekle birlikte, İspanya'da %3-4, İngiltere'de %5, ABD'de %4-15 ve Kanada'da %10-16 oranında disleksi görülebilmektedir. Türkiye'deki disleksi oranının tespitini hedefleyen çalışmalarda okul çağı çocuklarının %2'sinde disleksi görüldüğü saptanmıştır. Cinsiyete göre prevalans değişmekle birlikte, disleksi erkeklerde kızlara kıyasla 4-6 kat daha fazla görülmektedir (Altuntaş, 2010: 56).

Amerikan Psikiyatri Derneği'ne göre disleksi toplumun %5 ile %17'sini etkileyen en yaygın gelişimsel bozukluklardan biridir. Son epidemiyolojik veriler, hipertansiyon ve obezite gibi disleksinin de boyutsal bir modele uyduğunu göstermektedir. Diğer bir deyişle, popülasyon içinde, okuma yeteneği ve okuma güçlüğü, normal bir okuma yeteneği dağılımının alt kuyruğunu temsil eden okuma güçlüğüyle birlikte bir süreç boyunca ortaya çıkmaktadır. Disleksi, çocukları etkileyen en yaygın nörodavranışsal bozukluk olarak değerlendirilmektedir. Önceden, disleksinin erkek çocukları daha çok etkilediğine inanılmaktaydı. Ancak, yeni araştırmalar benzer sayıda etkilenen erkek ve kız olduğunu göstermektedir. Hem ileriye dönük hem de geriye dönük boylamsal çalışmalar, disleksinin kalıcı ve kronik bir durum olduğunu göstermekte olup, geçici bir gelişimsel gecikmeyi olduğu yönündeki ifadeler gerçeği çok da yansıtmamaktadır. Zayıf okuyucular ve iyi okuyucular, okuma yeteneği yelpazesi boyunca göreceli konumlarını koruma eğilimindedir (Shaywitz, 1998: 307).

2.2.4. Disleksinin Sebepleri

Öğrencilerin okula başladıkları dönemde okuma ve yazma süreçlerine aşına olmamaları nedeniyle anılan süreçte okuma güçlüğü çekmeleri doğaldır. Ancak, burada önemli olan husus okuma güçlüğü seviyesidir. Anılan güçlük genellikle çok sayıda aksaklıktan kaynaklanabilmektedir. Bu nedenle, uzmanlar disleksinin sebeplerine ilişkin kesin sonuçlara varabilmiş değildir. Araştırmacılar, genel itibariyle disleksinin farklı farklı sebeplerden kaynaklanabileceğine dönük neticelere ulaşmışlardır. Okumayı etkileyen etmenleri fiziki, zihni, psikolojik ve çevresel faktörler olarak sıralamak mümkündür. Öğrencilerin yüz yüze geldiği okuma güçlüklerinin nedenleri;

- Okula başlama olgunluğu,
- Görme bozuklukları,
- İşitme bozuklukları,
- Dikkat eksikliği,
- Duygusal bakımdan olgunlaşma,
- Duygusal olgunluk seviyesi,
- Çevresel faktörler,
- Fizyolojik ve nörolojik sebepler,
- Sosyoekonomik seviyeler,

sayılabilmektedir (Razon, 1980: 20-21).

Bu konuda uzmanların büyük bölümü öğretmenlerin yetersizliği, iyi eğitim verilememesi, ailenin kalabalık olması, ailelerin düşük sosyoekonomik kesimlerden gelmesi ile çocuğa uygun okuma materyallerinin temin edilememesini de disleksinin nedenleri arasında saymaktadır (Yavuzer, 2005: 90).

2.2.5. Dislekside Teşhis ve Tedavi

Birçok hastalık ve rahatsızlıkta olduğu gibi dislekside de erken teşhis ve müdahalenin çok önemli olduğu değerlendirilmektedir. Erken teşhisin akabinde alınması gereken tedbirlerle kişilerin okul hayatlarındaki başarıları, sosyal yaşamı ve günlük hayattaki problemler engellenebilecektir. Dislekside teşhis genel itibariyle çocuk okula başladığında, okuma ve yazma sorunlarına rastlandığında tespit

edilebilmektedir. Okul öncesinde çocuğun konuşmasının gecikmesi, hiperaktivite ve dikkatsizlik semptomları görüldüğünde çocukların disleksi bağlamında değerlendirilmesi gerekmektedir (Altuntaş, 2010: 30).

Disleksi teşhis kriterleri DSM-IV’te şu şekilde yer almaktadır:

- Doğru okuma veya kavrama testleri çocuğa uygulandığında, alınan sonuç kronolojik yaş, ölçülen zekâ seviyesi ve aldığı eğitime göre okumadaki başarısı istenilen düzeyin altındadır.
- A teşhis kriterindeki bozukluk, okul başarısını ya da günlük hayat etkinliklerini ciddi biçimde bozmaktadır.
- Öğrenme güçlüğü izah edecek farklı bir sorunun çocukta olmamasıdır (Altuntaş, 2010: 41).

Disleksiye sebep olan zihin anormalliğini normal hale getirmeyi sağlayan hâlihazırda mevcut bir tedavi metodu bulunmamaktadır. Disleksi hayat boyunca süren bir sorun olmakla birlikte, tedavinin erken teşhisi ve değerlendirilme büyük önem arz etmektedir. Psikolojik testler teşhis ile bireyin seviyesine göre hazırlanan bir öğretim programı disleksinin tespitine yardımcı olmaktadır. Farklı terapi ve özel eğitimlerle tedavi edilebilen disleksi tanılı bireye yönelik eğitici terapiler uygulanmakta ve bu terapilerle beş duyu organının algı düzeyinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

2.3. Aile Kavramı ve Nitelikleri

Toplumların nüvesi olduğu ifade edilen aile kavramı, gerek yapısı gerek oluşumuyla oldukça kompleks özellikler taşımaktadır. Aile, kavramı teşkil eden üyelerinin nitelikleri, bünyesinde meydana gelen karşılıklı etki, iletişim, nesillerin karakterleri üzerindeki etkileri ile kanunlar ve iktisattaki konumu bakımından başta sosyal bilimler olmak üzere çok farklı akademik disiplinlerin ele aldığı bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. İnsanı esas alması ve baş aktörünün birey olması açısından aile kurumu çok taraflı ve değişik nitelikleri haiz olduğundan analizi kolay bir sosyal yapı değildir.

Tüm bunlara ilave olarak, ailenin değişimi ve dönüşümü çerçevesinde, çevresel faktörlerden etkilendiği, aynı zamanda çevresini etkilediği ve olumlu veya

olumsuz anlamda çevresini değiştirdiği söylenebilmektedir. Anılan bu faktörlerle karşın ailenin fonksiyonları, sistemi ve içinde bulunduğu toplumun kültürünü esas alan birtakım sorumlukları bulunmaktadır. Bu bağlamda, toplumların aileye yüklediği en önemli görev ve sorumluluk ailenin topluma sağlıklı bireyler kazandırmak suretiyle toplumun sürekliliğini temin edecek katkılar sunmasıdır. Diğer yandan, aile kavramının tanımlanmasındaki sorun ailenin tarihi gelişimi, kültürel parametreler ekseninde değişen aile yapısı ve ailenin bu parametrelere bağlı olarak sorumluluklarını kapsayan evrensel bir tanım yapılmasının oldukça güç olmasında yatmaktadır (Ardıç, 2013: 2).

Aileye ilişkin tanımlarda kanun ve yönetmeliklerle birlikte, toplum hayatında önemli bir yer tutan kamu idaresinin nitelendirmelerinin de önemli bir yeri bulunmaktadır. Bir dönemin aktif kurumlarından olan Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'na göre,

“Aile bir toplumda hukuki temele dayalı evlilik ve akraba bağlılığı (anne, baba, çocuklar bykane ve baba ile yakın akrabalar) ile oluşmuş, aynı meknda yaşayan toplumsal kurumdur.”

Ancak, günümüzün gelişen ve değişen dünyasında başta gelişmiş ülkelerde olmak üzere Türkiye’de de insanların iktisadi bağımsızlıklarını elde ederek birey olmaya başlamaları, ailenin yukarıdaki tanımının çekirdek aileye doğru evrilmesine yol açmıştır. Hatta boşanma gibi gerekçelerle tek ebeveynli ailelerin artışı, geçim ve kariyer çabaları ile diğer nedenlerle anne ve babaların çalışmak zorunda olmalarının getirdiği aileyle kan bağı ve hukuki bağı olmayan bakıcıların çocukların yetiştirilmesinde önemli aktörler haline gelmesi de aile kavramının günümüzde değişim geçirmesine yol açmıştır (Ardıç, 2013: 3).

Diğer taraftan, Avrupa’nın pek çok yerinde çocuksuzluk ve evlenmeme, demografik geçiş sürecinde yaygın fenomenleri arasında yer almaktadır. Bu yaklaşım 19. yüzyılın sonlarında ve 20. yüzyılın ilk 40 yılında doğurganlığın azalmasına katkıda bulunmuştur. Daha yakın zamanlarda, 1950’lerde ve 1960’larda doğan kadın kohortları arasında doğurganlıktaki düşüşe ve artan çocuksuzluk seviyeleri eşlik etmiştir. Son 45 yılın sosyal, ekonomik ve kültürel eğilimlerinin çoğu kadınları ocuk sahibi olmaktan uzaklaştırıyor gibi görünmektedir. İlk olarak 1990’ların sonunda kullanıma giren acil cinsel ilişki sonrası doğum kontrolü dâhil olmak üzere

modern kontrasepsiyona kolay erişim, çiftlerin ebeveyn olup olmayacaklarına ve ne zaman olacaklarına karar verme yeteneklerini büyük ölçüde genişletmiş ve çocuksuz kalmak için seçim yapma olasılıklarını artırmıştır (Kreyenfeld ve Konietzka, 2017: 4-5).

Geçmişte kadınların çoğunluğunun işgücü piyasasının dışında kaldığı Güney Avrupa ülkelerinde bile, kadınların hâlihazırda görece yüksek işgücü katılım oranları bulunmaktadır. Genç kadınlar artık neredeyse evrensel olarak yaşamları boyunca istihdam edilmeyi beklerken, aile politikaları ve işverenler kadınların yeni özelemlerine ancak kısmen uyum sağlamış durumdadır. 20. yüzyılın ortalarından bu yana, birçok Batı Avrupa ülkesi, kalıcı olarak çocuk sahibi olmayan kadın ve erkeklerin paylarının artması da dâhil olmak üzere, demografik davranışta radikal değişiklikler yapmıştır. Bu gelişme tamamen yeni ve “post-modern” bir fenomen olarak değerlendirmek cazip olarak görünmektedir. Zira önceki nesiller sosyal normların ve dini doktrinlerin etkisiyle ebeveynliğe zorlanırken mevcut nesillerin çocuk sahibi olup olmamayı “seçme” yeteneği, post-modern yaşam koşullarının bir başarısı gibi görülmektedir (Kreyenfeld ve Konietzka, 2017: 17).

Her ne kadar aile kültürler arasında farklı yaklaşımlara sahip olsa da, toplumsal olarak ailenin kıymetini ve evrenselliğini muhafaza eden en temel olgu, ailenin nesillerin devamındaki rolüdür. Bu bağlamda, Murdock (1949) ailenin cinsellik, üreme/çoğalma, ekonomik ve eğitim gibi dört önemli fonksiyonu olduğunu ifade etmektedir (Kottak, 2008: 163). Anılan fonksiyonların ailenin diğer işlevlerine ilişkin dini yaklaşımlar, farklı kültürler ve farklı dillerde ele alınan özelliklerinin yanında evrensel fonksiyonlardan olduğu söylenebilmektedir.

Ailenin cinsel fonksiyonu, kişilerin cinsel yaşamlarının evlilik çerçevesinde kanuni ve toplumsal biçimde teyidinde müsaade etmesinde yatmaktadır (Kottak, 2008: 164). Bu fonksiyon çekirdek ailenin ebeveynlerinin aralarındaki cinselliğin toplum tarafından tasdik edilmesini temin etmektedir. Cemiyete yeni ve sıhhatli nesillerin katılması ve böylece toplulukların sürekliliklerinin sağlanması ailenin üreme/çoğalma fonksiyonu sayesinde gerçekleşmektedir. Bu fonksiyona ilişkin farklı kültürel yaklaşımlar, fonksiyonun evrenselliğine yönelik eleştirilere yol açmaktadır (Özgül, 2014: 26). Öte yandan, kişilerin toplumda yer alabilmesinin ve anılan dört toplumsal fayda kapsamında faaliyetlerde bulunabilmelerinin temini de ailenin

eğitici fonksiyonuyla hayata geçmektedir. Tüm bu fonksiyonların icra edilebilmesi için iktisadi kaynakların, üretim ve tüketim faaliyetleri arasındaki balansın sağlanması ailenin iktisadi fonksiyonunu teşkil etmektedir.

Türkiye özelinde ailenin fonksiyonları ele alınacak olursa, Türk toplumunda ailenin makbul fonksiyonları Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün hazırladığı “Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler Öneriler” başlıklı bir raporda şöyle ele alınmaktadır:

“Aile, içindeki bireylerin belirli ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayan ve bu ihtiyaçlara ilişkin anlam kodlarını ve davranış örüntülerini kuşaktan kuşağa aktaran toplumsal bir kurumdur. Diğer tüm toplumsal kurumlar gibi aile kurumunun da toplumsal yaşamda belirli ihtiyaçların karşılanmasına tekabül eden işlevleri bulunmaktadır. Aile kurumu, soyun devamı ihtiyacı; ekonomik ihtiyaçlar; sevgi, dayanışma, korunma ve güven ihtiyacı; çocukların yetiştirilmesi ihtiyacı; toplumsal yaşamda yer edinme ihtiyacı; yakın insan ilişkilerinin kurulması ve sürdürülmesi ihtiyacı gibi beşeri ihtiyaçların karşılanmasını sağlar.” (Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler Öneriler, 2014: 49).

Aileler tüm bu fonksiyonlarını icra ederken hayatın getirdiği farklı problemleri öz kaynaklarını kullanarak kontrol altına almaya çalışmakta, bunun yanında olağan fonksiyonlarını da yerine getirmeye çalışmaktadır. Bu problemlerin mevcut görevleri aksatmaya başlamasıyla ailelerde stres ortaya çıkmaya başlamaktadır. Anılan strese yetersizliği olan bireylerin de ilave edilmesi ailelerin streslerinin daha da artmasına yol açmaktadır. Ailelerin diğer geçici sorunlarının yanında yetersizliğe sahip bireye sahip ailelerin bu stres kaynakları kalıcıdır. Zira yetersizlik halleri gerekli tedavi ve müdahalelerle bütünüyle ortadan kaldırılmamaktadır. Bu itibarla, ailede meydana gelen stres ailenin hayatında daimi bir şekilde yer almayı sürdürmekte, ailenin hayat döngüsünün gelişimini olumsuz anlamda engellemektedir. Bu durum da, ailenin duygusal şiddete maruz kalmasının yanında, kronik stres, endişe ve depresyon gibi problemlerle yaşamaya çalışmasına neden olabilmektedir (Hastings ve Beck, 2004: 1338).

Aile üyelerinin mevcut stres, endişe ve depresyon yaşamaları hâlihazırda ailenin mekanizmasını bozarken, buna bir de yetersizliği olan çocuklar eklenirse, ailenin problemin hallinde yaşayacağı endişe ve stresi artacaktır. Bilhassa fiziki ve somut bir gerekçeyle açıklanmayan eksiklik düşünceleri ile yetersizliğe sahip çocuk sahibi aileler kendilerini suçlamaya meydelebilmektedir. Ebeveynlerin eksiklik

nedeni hakkında yaptıkları yorumların büyük bir kısmının yetersizliğe ilişkin temelsiz iddialar olduğu görülmekte ve hatalı yorumlar ebeveynlerde denetimi imkânsız strese sebep olabilmektedir. Bu hatalara yetersizliği olan çocukların henüz tanı konulmamış olması da ilave edilince, anılan resim daha da içinden çıkılmaz bir hal alabilmektedir (Ardıç, 2013: 4-5).

Diğer taraftan aile, normal çocukların gelişimindeki rolünün derinliği kadar bozukluğu bulunan çocukların da eğitim aktivitelerinin başarısında oldukça önemli bir aktör olarak yer almaktadır. Bu bağlamda, yetersizliği ve bozukluğu bulunan çocuklar için aile, kabiliyetlerin geliştirildiği ve öğrenildiği, öğrenilen yetilerin hayata geçirildiği, hiperaktivite ve dürtü denetimi ile sosyal iletişim gibi psikolojik ve sosyal niteliklerin çocuklara kazandırıldığı en önemli sosyal yapılarıdır. Ailenin içinde bulunduğu sıhhatli yapısı yetersizliği ve bozukluğu olan çocukların ebeveynlerde bağımsız bir hayat tecrübesi edebilmesi bakımından oldukça önem arz etmektedir. Ancak, yetersizliği ve bozukluğu olan bir çocuk sahibi olma aile mekanizmasını zedeleyebilmekte, ailenin çocuk üzerindeki en önemli fonksiyonu olan eğitim fonksiyonunun icrasına zarar verebilmektedir. Buna ek olarak, aile mekanizmasının doğru çalışması yalnızca yetersizliği ve bozukluğu olan çocukların değil, tüm aile fertlerinin daha sağlıklı ve kaliteli bir hayat geçirebilmesi bakımından da ayrıca önemlidir (Polat, 2015: 35).

2.3.1 Ailenin Hayat Döngüsü ve Yetersizliği Olan Çocuğun Aileye Etkisi

Özel eğitim alanının temel amaçlarından birisi yetersizliği olan bireylere bağımsız yaşam becerileri kazandırılarak bu bireylerin ve ailelerinin yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Yetersizliği olan çocuklara yeni becerilerin kazandırılması ve bağımsız bir yaşama hazırlanması sürecinde şüphesiz ailenin önemli bir yeri vardır. Ancak yetersizliğin aile üzerindeki olumsuz etkisi ailenin işleyişini bozabilmekte ve ailenin temel işlevlerini yerine getirmesini engelleyebilmektedir. Hem psikoloji alan yazınında hem de özel eğitim alan yazınında ebeveyn stresinin ve aile işleyişinin yetersizliği olan çocuğun bilişsel, davranışsal ve sosyal gelişimi üzerinde birçok yolla etkisi olduğunu belirtilmektedir. Yetersizliği olan çocukların aileleri tarafından desteklenmesinin bu çocukların gelişimi ile olumlu yönde ilişkili olduğu ve herhangi bir müdahale programına

ailenin katılımının yaşamsal bir öneme sahip olduğu belirtilmektedir (Ardıç, 2013: 5).

Toplumun çekirdeğini teşkil eden aile, hayatın akışı içinde iktisadi ve teknolojik gelişmeler ile kültüre bağlı olarak süreli değişmektedir. Ailenin bu değişime açık yapısı aile hayat döngüsü kavramı tarafından açıklanmaktadır. Ailenin hayat döngüsü, aile kurumunun zaman içinde geçirdiği veya maruz kaldığı değişim ve dönüşümleri baz alan bir araştırma yapmaktadır. Normal hayat döngüsüne sahip bir aile ele alındığında, ailenin başına gelen en çarpıcı değişim ebeveynlerin çocuk sahibi olma kararı almaları ile bir çocuğa anne ve baba olmalarıdır. Ebeveynlerin çocuk sahibi olmasıyla birlikte anne, baba ve varsa kardeşler hayatlarının eksenini bebeğin ihtiyaçlarına göre yeniden gözden geçirmektedir. Bu çerçevede, ailenin hayat döngüsü de aileye yeni dâhil olanların ihtiyaçlarına göre değişime uğramaktadır (Gladding, 2015: 62-63).

Ailenin hayat döngüsü farklı süreçlerle sınıflandırılabilen olup, çocuk esaslı bir şekilde değişimi ve dönüşüm altı aşamada ele alınmaktadır. Bunlar (Ardıç, 2013: 6);

- Gebelik sürecinden başlayarak çocuğun doğumuna kadar geçen zaman dilimini kapsayan “imgeleme”,
- Çocuk ile ebeveynler arasındaki bağın kurulduğu dönemi içeren “bakım”,
- Çocuğun toplumsal kural ve anlayışları idrak edebilmesini teminen ailenin çocuğa eğitim verdiği aşama olan “otorite”,
- Çocuğun toplumsal realiteye ilişkin fikir edinme sürecinde ebeveynlerin çocuğa destek verdiği ve okul öncesinden başlayarak çocuğun ergenliğe ulaşmasına kadar süren periyot olan “rehberlik”,
- Ailenin ve çocuğun karşılıklı tesis ettikleri “karşılıklı bağlılık”,
- Çocuğun bağımsız bir şekilde hayatına devam etmek üzere hazır olduğundaki “ayrılış”

dönemleri olarak tasnif edilmektedir.

Bu süreçlerde aile üyeleri mevcut yaşam tarzını ve rollerin değişime uğraması nedeniyle stres, endişe ve kaygı yaşamaktadır. Ailelerin başka bir stres kaynağının da çocuk büyütme ve yetiştirme prosesi olduğu ifade edilmektedir. Çocuk ve ebeveyn

ilişkilerinde ebeveyn stresinin değerlendirildiği bir çalışmada Crnic ve Greenberg (1990), anılan ikilinin ilişkilerinde günlük ufak savaşımın ihmal edilebilir görülse bile ciddi bir stres kaynağı olduğu tespit edilmiştir. Yeni ebeveyn olmuş çiftlerin uzman desteğine ihtiyaç duydukları haller ele alındığında ise, ailenin yeni mensubunun meydana getirdiği hayat döngüsünün değişimlerine entegre olmada yaşanan yetersizliklere rastlanmaktadır. Aileye yeni katılanın bakım ve yetiştirme gibi sorumluluklarının ebeveynler arasındaki paylaşımında da organizasyonel noksanların olduğu ifade edilmektedir (Gladding, 2015: 211).

Yetersizliği ve bozukluğu bulunan bir çocuğa sahip ebeveynlerde meydana gelen stres ve endişenin ailenin kendi imkânlarıyla idare edilmesi oldukça güçtür. Kendilerini normal bir çocuğa hazırlayan ebeveynler, başka niteliklere sahip bir çocukla karşılaşınca stres yaratan unsurlara karşı daha kırılabilir olabilmektedir (Jones ve Passey, 2004: 31).

Diğer yandan, normal gelişme gösteren çocukları olan ebeveynlerin çocuk kaynaklı stresleri çoğunlukla günlük hayatta meydana gelen yatay stres faktörleriyle ilgilidir. Yatay stres kaynakları zaman içerisinde ailenin yapısını etkilemekte olup, buna ilişkin alınan önlemlerle bu stres kaynaklarının etkilerini en aza indirilebilmektedir. Ancak, çocuğun gelişimi içinde bozukluk veya yetersizlikle karşılaşılması hali, ebeveynlerin hayatınca ciddi yer tutabilecek dikey stresler oluşturabilmektedir (Ardıç: 2013: 7). Ebeveynlerin bu gelişmelere yönelik yeni önlemler alması ve kendi imkânlarını bu doğrultuda seferber edebilmesi oldukça maliyetli ve güç bir süreç olarak yerini almaktadır. Anılan sürecin aileyi ve aile fertlerini psikolojik açıdan yıpratması da tedbirlerin önemini ortaya koymaktadır.

2.3.2. DEHB ve Disleksinin Aileye Etkileri

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile disleksinin çocuklarda gösterdiği etki ve belirtiler kadar, çocuklara bakan ebeveynler ile sosyal çevre üzerinde de önemli tesirleri bulunmaktadır. Genellikle çocuklukta tanı konulan bu bozukluklar, ebeveynler bakımından yönetim sorunları ortaya çıkarmaktadır. DEHB'nin belirtilerinin ortaya çıkışıyla beraber, çocuğun sosyal ve aile ilişkilerini negatif etkilemekte, self-kontrol ve talimatlara uyma konusunda ciddi problemler

yaratmaktadır. Tüm bunlar da çocuk ve aile arasında gerilimlere neden olabilmektedir (Baldwin ve diğerleri, 1995: 149).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve disleksi tanısı almış çocuklara sahip ebeveynlerin bakım sorumluluğu, normal gelişimli çocukların anne ve babalarının sorumluluklarına nazaran daha da fazladır (Banks ve diğerleri, 2008: 29). Bu artan sorumluluk ebeveynlerde kendine saygı, öz yeterlilik duygusu ile anne ve baba rollerinden tatmin duygusunu da beraberinde getirmektedir. Düşük seviyedeki ebeveyn etkisi zorlayıcı disiplin tarzıyla birleştiğinde, buna ebeveyn olma stresi ve depresyonu da eklendiğinde ortaya anne ve babalar için oldukça zor durumlar çıkmaktadır. Ayrıca, düşük düzeydeki annelik ve babalık tatmininin ve güven hislerinin azaldığı, seçim imkânlarının sınırlandığı durumların ebeveyn stresi ile boşanma oranlarını arttığı da ifade edilmektedir (Durukan ve diğerleri, 2009: 101).

Öte yandan, DEHB'li çocukların yarattıkları stres, devamlı taleplerde bulunma ve yılışık tutum ve davranışlar aile fertlerinin reaksiyon göstermesine neden olmakta, hatta ailelerde psikolojik problemlere yol açabilmekte ve aile birliğinin dağılmasına kadar varan etkiler göstermektedir. DEHB'li çocukların annelerinin katılımıyla yapılan araştırmalarda, annelerin birçoğunun antisosyal ve histrionik semptomlar gösterdiği tespit edilmiştir. Ayrıca, çocukluk ve ergenlik dönemlerinin her ikisinde de dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu bulunan çocukların olası kazalarda yüksek risk grubunda oldukları kaydedilmektedir (Soysal ve diğerleri, 2010: 257).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı ergenlerdeki durum daha ciddi ve tehlikeli olmakla birlikte, bu dönemde davranış bozukluğunun yanı sıra, madde kullanımı, aşırı cinsel hareketler ve araba kazaları gibi riskli olaylar karşımıza çıkmaktadır. Bu çocukların ailelerinin riskli haller nedeniyle çocuklarını daha dikkatli bir şekilde etmeleri gereksinimi gerekmektedir. Soysal ve diğerleri, (2010: 258) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu teşhisi konulmuş bir çocuğa bakmanın sebep olduğu gerginliğin ailelerin hayat kalitelerinin düşmesine, uzun dönemde ise aile üstünde negatif sonuçlar doğurabileceğini vurgulamıştır.

2.3.3. Anne-Baba Eğitimi

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu teşhisi konulmuş çocukların dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu bulunmayanlara nispeten daha hareketli, ebeveynlerinin ikazlarına daha çok karşı gelen ve daha inatçı oldukları literatürde yer alan özellikler arasındadır. Uzun yıldır yapılan araştırmalar, çocukların bu tür uygun olmayan ve olumsuz davranışlarına yönelik bir reaksiyon olarak ebeveynlerin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarını daha sık denetim altında tuttukları, daha çok ikaz ettikleri ve hatta daha sert bir tutum takındıkları ifade edilmektedir (Türe, 2010: 12).

Aile içinde ve sosyal çevrede tecrübe edilen bu bozukluğun semptomları anne, baba, çocuk ve kardeş ilişkilerinde çeşitli olumsuzluklara yol açmak suretiyle ebeveynler, yüksek strese sokmaktadır. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda yapılması gereken ilk şey aile fertlerinin ve çevrelerinin bu bozukluğu idrak etmelerinin sağlanmasıdır. Öte yandan, anne ve babalar dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun farmakolojik ve davranımsal müdahalelerinde oldukça önemli bir rol üstlenmektedirler. Ebeveynlerin psikolojik durumlarının çocuğun tedavisine yönelik entegrasyonu bozacağından anne ve babaların görevi çok büyüktür. DEHB’li çocuklara yönelik müdahale ele alınırken, çocukların aile fonksiyonelliğini de içine alan bir yaklaşım tesis edilmelidir (Güçlü ve Erkıran, 2005: 19).

Bu çerçevede düzenlenen aile eğitim programlarında;

- Anne ve babanın maharetlerinin ve güveninin yükseltilmesi,
- Stresin düşürülmesi,
- Aile ilişkilerinin yeniden organize edilmesi,
- Bozukluğun birincil ve ikincil semptomlarının azaltılması,

amaçlanmalıdır (Türe, 2010: 18).

2.4. Duygusal Şiddet

2.4.1. Duygusal Şiddet Kavramının Tanımı ve Gelişimi

Duygusal şiddet kavramı İngilizce bir kelime olan “mob” kökünden gelmekle, şiddete yönelmiş bir topluluk anlamdadır. Mobbing kelimesi ise, çevresini

kuşatma, toplu saldırı veya sorun yaratma manalarına gelmektedir (Tınaz, 2006: 7). Anılan kavram Türkiye’de izah edilirken iş yerinde duygusal şiddet, duygusal taciz, psikolojik şiddet, iş yerinde duygusal saldırı ve zorbalık gibi ifadeler de kullanılmaktadır (Çobanoğlu, 2005: 20).

Mobbing, daha önce bu bağlamda İngilizce’de kullanılmayan bir kelimeydi. Hayvan grubu davranışını tanımlayan etnolog Konrad Lorenz tarafından kullanılmıştır. Lorenz, tek bir büyük hayvanı tehdit eden daha küçük bir grup hayvanın saldırılarını “mobbing” olarak adlandırmıştı. Daha sonra, çocukların ders saatleri arasında birbirlerine neler yapabilecekleriyle ilgilenen İsveçli bir doktor olan Peter-Paul Heinemann tarafından, bu terminolojiyi Lorenz’den ödünç almış ve genellikle tek bir çocuğa yöneltilen küçük çocuk gruplarının çok yıkıcı davranışlarını “ mobbing ” olarak tanımlamıştır (Tınaz, 2006: 8-9).

İşyerlerinde duygusal saldırılar olarak tanımlanan mobbing, zorbalık ve tacizle ilişkilendirilmektedir. Çete takibi olarak da adlandırılan taciz, psikolojik bir tacizdir ve mobbing kadar zararlı ve yıkıcıdır. Kasıtlı, sistematik ve sürekli bir tacizdir. Zorbalık, okullarda bir tür tacizdir ve fiziksel şiddeti içerirken, diğer zorbalık türleri sözlü tacizi ve tanımiyormuş gibi davranmayı içermektedir. Mobbing aynı zamanda duygusal linç, psikolojik terör, psikolojik şiddet, travma, psikolojik taciz, duygusal saldırılar, sindirme ve işyerinde duygusal istismar olarak da tanımlanmaktadır. Mobbing faaliyetlerinin tam kapsamı Duncan Chappel ve Vittorio Di Martino tarafından tanımlanmış ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından 1998 yılında İşyerinde Şiddet başlıklı bir raporda yayımlanmıştır. 1980’lerde İsveç ve Almanya’da yaptığı araştırmalar ışığında Leymann (1996), taciz ve zorbalığın iş ortamında çok yaygın olduğunu ortaya çıkarmıştır. Daha sonra çalışmaları, İrlanda, İsveç, Finlandiya, Avusturya, Macaristan, İtalya ve Fransa gibi dünyanın diğer bölgelerinde birçok araştırmayı hızlandırmıştır. ABD’den Brodsky, Taciz Edilmiş İşçi kitabını yazmış ve tacizin hedeflenen kişiye zarar verme, işkence yapma, sinir bozma, kıskırtma, baskı yapma, korkutma, göz korkutma ve rahatsız etme amaçlı tekrarlanan ve sürekli bir eylem olduğunu iddia etmiştir. Leymann, mobbingi veya psikolojik terörü, bir kişiye sistematik bir şekilde yöneltilen düşmanca ve etik olmayan iletişim olarak nitelemiştir (Öztürk ve diğerleri, 2008: 436).

Duygusal şiddet, bireyler üzerinde sistematik bir baskı yaratarak, ahlak dışı davranışlarla, kişilerin performanslarını ve dayanma kuvvetlerini yok eden, insanları duygusal ve fiziki bakımdan tükenmişliğe sürükleyen, yıpratıcı, korkutan ve işten ayrılmaya zorlayan bir taciz biçimidir (Çobanoğlu, 2005: 23). Duygusal şiddet, hedef alınanın statüsünü ve kıymetini yok etmeye, bulunduğu organizasyondan kaçırmaya dönük kötü niyetli fiiller zinciridir. Duygusal baskı, haksız suçlamalar, küçük düşürme ya da dedikodu, hedefteki bireyin yıpratılmasını ve işten ayrılmasını sağlamayı amaçlamaktadır (Baykal, 2005: 8) .

Duygusal şiddet, aynı zamanda sosyal bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Aslında duygusal şiddete her zaman dâhil olan iki taraf vardır. Birinci grup duygusal şiddet saldırganları, duygusal şiddete teşvik eden veya destekleyen kişiler, ikinci grup duygusal şiddet mağdurlarıdır. Taciz edilen insanlar veya mağdurlar genellikle toplumdaki soyutlanmış hissederler. Başlarına ne geldiğini ve bu şeylerin nasıl ve neden olduğunu anlayamazlar. Üstelik yaşadıkları çatışmalardan aileleri de etkilenmektedir. Leymann (1996) tarafından önerilen duygusal şiddetin orijinal tipolojisinde yer alan birçok farklı etkinlik bulunmaktadır. Geniş saldırı kategorileri, bir bireyin iletişim kurma veya iş niteliklerini gösterme yeteneğinin kısıtlanmasını ve sosyal ilişkilere, özgüvene, kişisel ve profesyonel yaşam kalitesine ve sağlığa yönelik doğrudan saldırıları içermektedir. Yaygın faaliyetler, kişinin işine yönelik geçersiz eleştiriler, sözlü taciz, dini inançları ve siyasi görüşleriyle alay etme, kişi hakkında dedikodu yapma, hareket veya konuşmayla dalga geçme, görevlerini geri alma, kendine güvenini sarsma, uygunsuz işler veya yeteneklerinin çok altında ve hatta fiziksel ve psikolojik sağlık için tehlikeli olabilecek görevler verme şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Duygusal şiddet, giderek daha fazla acıya neden olan, sinsice başlayan, kaçınılmaz bir ilerleme gösteren ve sonunda geri dönüşü olmayan bir süreçtir.

2.4.2. Duygusal Şiddet Süreci

Duygusal şiddet, dikey ve yatay olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Hiyerarşik olarak da nitelenen dikey duygusal şiddet, üstlerin astlarına ya da astların üstlerine uyguladıkları çift yönlü duygusal şiddet olarak tanımlanmaktadır (Tutar, 2004: 91-92) Yatay duygusal şiddet ise, işlevsel bir ilişki içindeki eşitlerin, birbirlerine duygusal şiddet uygulaması olarak ifade edilmekte olup, kıskançlık ve çekememe

gibi sebeplerden doğmaktadır. Örgütlerde rekabet ortamı, yatay duygusal şiddetin merkezinde yer alabilmektedir (Hirigoyen, 2000: 64).

Duygusal şiddet kasten uygulanan bir şiddet türü olup, süreç yavaş başlamakta ancak, oldukça hızlı devam edebilmektedir. Kısa sürede geri dönülmez bir noktaya ulaşan şiddette, yaşananlar kartopu gibi büyüme riski taşımaktadır (Tutar, 2004: 17). Kurbanlar, içinde buldukları topluluktan dışlandıklarında, duygusal şiddetin farkına varmakta ve mücadeleye başlamaktadır. Ancak, bu durumun mağdurlara bir yarar sağlamayacağı değerlendirilmekte, iş arkadaşlarının menfaatleri doğrultusunda davranan bireyler olması bağlamında tek başlarına mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar. Bu tarz bir etkileşimde dışarıdan üst bir güç müdahale etmediği sürece duygusal şiddet artmaya devam etmektedir (Hirigoyen, 2000: 62).

Leymann (1996) duygusal şiddet sürecini beş aşamaya ayırmıştır (Öztürk ve diğerleri, 2008: 436-437).

ANLAŞMAZLIK	Bu aşamada duygusal şiddet olarak tanımlanmayan ancak duygusal şiddete dönüşebilecek bir çatışma vardır.
SALDIRGAN FİİLLER	Agresif davranış ve psikolojik saldırılar, duygusal şiddetin tetiklendiğini gösterir.
İDARENİN KATILIMI	Yönetim yanlış anlar ve duygusal şiddete dâhil olabilir.

DAMGALANMA	Duygusal şiddet mağdurları zor, etik olmayan veya duygusal olarak hasta olarak damgalanır. Yönetim ve/veya diğer profesyoneller tarafından doğru anlayış eksikliği, süreci hızlandırır. Sonunda, kurbanlar ya kovulur ya da istifaya zorlanır ya da basitçe pes edip örgütü terk edebilir.
İŞİNE SON VERİLME	İşine son verilen kurbanlar, travma sonrası stres bozukluğunu yaşarlar. Kurbanlar sonuçta duygusal stres ve ardından daha sonra daha şiddetli hale gelebilecek psikosomatik bozukluklarla mücadele etmek zorunda kalabilir.

Şekil 1 . Duygusal Şiddet Süreci (Davenport ve diğerleri, 2003: 20).

Duygusal şiddet sürecinde özetle şu durumlarla karşılaşmaktadır (Baltaş, 2013):

- Bireyin itibarına, güvenilirliğine ve mesleki yeterlik ve kabiliyetlerine saldırılmaktadır.
- Bireye negatif, alaycı, yıpratıcı ve kötü niyetli mesajlar gönderilmektedir.
- Duygusal şiddet bir veya birden fazla kişiyle gerçekleştirilmektedir.
- Duygusal şiddet sistematik ve devamlı bir şekilde uygulanmaktadır.
- Mağdur/kurban kusurlu pozisyona düşürülmektedir.
- Mağdur içinde bulunduğu duruma ses çıkarmamaya ve boyun eğmeye zorlanmaktadır.
- Kurban işten ayrılmak zorunda bırakılmakta ve bu gelişme mağdurun kendi tercihi gibi yansıtılmaktadır.

Diğer taraftan anılan şiddet sürecine gelmeden, duygusal şiddetin anlaşılabilmesinde 12 ölçüt belirlenmiştir (Onbaş, 2007: 28-29). Bunlar;

- Sistemli zıtlık,
- Zarar maksatlı tutumlar,
- Sık ve devamlı davranışlar,
- Kuvvet dengesizliği,
- Saldırgan tutum ve davranışlar,
- Organizasyonda güvenilir, başarılı ve işine bağlı olmaktan kaynaklı duygusal şiddete maruz kalma,
- Küçük sorunların büyük gösterilmesi,
- Yaşananları anlamayan idare ya da idrak etseler dahi mağdurun karşısında yer alan yönetimler,
- Mağdurun hatalı olduğunu kabul etme eğilimi,
- Mağdurun travmaya uğradığı halde bırakılması,
- Bu duruma bağlı meydana gelen sağlık sorunları,
- Post travma döneminde ortaya çıkan stres bozukluğu ve intihara kadar gidebilen süreç,

şeklinde sıralanmaktadır.

2.4.3. Duygusal Şiddetin Sebepleri

Duygusal şiddetin sebepleri, saldırgan kişilerden kaynaklanan sebepler, duygusal şiddete maruz kalan kişilerden kaynaklanan sebepler, sosyal gruptan kaynaklanan sebepler ve örgütsel sebepler olarak sınırlandırılmaktadır. (Zapf, 1999: 72).

Çalışanların çatışmaya eğilimli olmaları, duygusal şiddet eksenindeki çatışmanın temel unsurunu oluşturmaktadır. Çatışmaya uygun kişiliklerin bu alanda rol almaları küçük sebeplerle büyük uyuşmazlıklara yol açabilmektedir. Leymann'a (1999) göre, şiddet ve çatışma eğilimli kişiler kendi yetersizliklerini telafi etmek üzere duygusal şiddete yönelmektedir. Bu tip insanlar, grup kurallarını benimsetmek, düşmanca davranmak, zevk almak ve etnik köken kaynaklı önyargılarını pekiştirmek için duygusal şiddet uygulamaktadır. Ayrıca, kişilik bozuklukları ve kötü kişilikler duygusal şiddet fiillerini yapma yönünde bireyleri tetiklemektedir (Tutar, 2004: 48).

Bir araştırma, duygusal şiddet mağdurlarının %32'si duygusal şiddete kendi kişilik niteliklerinin sebep olduğunu düşünmektedir (Zapf, 1999: 77). Einarsen ve

arkadaşlarının (1999) araştırması da bunu destekleyerek, bireylerin utangaç, özgüveni ve özsaygısı düşük gibi kişilik özellikleri nedeniyle duygusal şiddete maruz kaldıklarını ifade ettiklerini ortaya koymaktadır. Ancak, buna karşıt bir yaklaşım da, duygusal şiddete maruz kalanların dominant kültüre meydan okuyan, sadık, istekli ve dürüst olmaları gibi özellikleri nedeniyle duygusal şiddetin kurbanı oldukları ileri sürmektedir Örgüt içerisinde, kendilerine özgü karakteristik özellikleri nedeniyle azınlıkta kalanlar, duygusal şiddet ve zorbalık içeren söylem ve davranışlara maruz kalabilmektedir. Ayrıca, çalışmalar duygusal şiddete maruz kalanların performansları yüksek, kabiliyetli ve şevkle çalışmalarının onları hedef tahtasına koyduğunu öne sürmektedir (Onbaş, 2007: 30-31).

Diğer yandan, yaratıcı bireylerin yeni fikirler ortaya koydukları için duygusal şiddete daha çok maruz kaldıkları ifade edilmektedir. Bu tarz başarılı bireyler ilerdeki rekabet ve yüksek pozisyonlar için kurban edilmektedir. Öte yandan, mağdurun cinsiyeti, fiziki özellikleri, aksanı, iş arkadaşlarıyla ilişkisi, güçsüzlerin savunuculuğunu yapması ve sorgulayıcı olması gibi niteliklerin de duygusal şiddet saldırganlarını cesaretlendirebildiği kaydedilmektedir. Hatta zaman zaman duygusal şiddet, karşı taraftaki güzellik, gençlik ve zenginlik gibi özelliklere gıpta edilmesi neticesinde de ortaya çıkabilmektedir (Hirigoyen, 2000: 64-65).

Sosyal gruptan kaynaklanan nedenler, ilgili sosyal grubun kültürel kodları çerçevesinde meydana gelen örgüt kültürü ışığında meydana gelmektedir. Bir grubun yardımseverlik ve işbirliği yapma özellikleri, farklı hayat tarzlarına gösterdiği hoşgörü, bireysellik, inovasyon, verimlilik, rekabet ve sınırsız özgürlükler gibi nitelikler duygusal şiddete zemin hazırlamaktadır (Çobanoğlu, 2005: 66-68). Bir araştırma, duygusal şiddete maruz kalanların büyük bir kısmı saldırganın diğerlerini etkilediğini ileri sürmektedir. Örgüt iklimi ve yüksek stresin de duygusal şiddete yol açtığı, örgütsel iklimin zayıf olduğu yerlerde, çalışanların iletişimlerinin ve birbirlerine destek olma seviyelerinin düşük olduğu değerlendirilmektedir.

Duygusal şiddetin örgütsel nedenleri kapsamında, örgüt kültürünü ele almak gerekmektedir. Farklı değer ve normları içeren örgüt kültürü duygusal şiddeti anlamada önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir araştırmaya katılanlar duygusal şiddet uygulayan kişilerin etik kaygıları olmadan terfi ettirilen tecrübesiz yöneticiler olduğunu, örgüt kültürünün duygusal şiddet görmelerinde kilit rol

oynadığını vurgulamıştır (Shallcross, 2008: 63). Öte yandan, duygusal şiddete sebebiyet veren örgütsel faktörlere kötü organizasyonu ve yetersiz liderlik de ilave edilebilecektir. Aşırı zayıf örgütlenmiş üretim veya çalışma yöntemleri, ilgisiz metotlar, aşırı iş yükü ve kerameti kendinden menkul patronaj, kötü bir örgütün işaretleri olup, duygusal şiddete neden olacak unsurların kolaylıkla o organizasyonda yetişmesine imkân sağlamaktadırlar (Leymann, 1996: 171).

Amerika’da yapılan bir çalışma, işçilerin %51’i iletişim zayıflığını duygusal şiddetin kaynağı olarak gördüklerini saptamıştır. Yine aynı araştırmaya iştirak edenlerin %46’sı şirketlerinin müşterileri için yenilikler sunma ve hedeflerine erişme talebinin kendileri üzerinde baskı teşkil ettiğini ifade etmiştir (Vandekerckhave ve Commers, 2003: 47). Almanya’nın en önemli metal işçi sendikası olan IG Metal tarafından yapılan araştırmada, iş görenlerin %59’u örgüt ikliminin kötüleştiğini ifade ederek (Heine, 1995: 41), bu durumun duygusal şiddete zemin oluşturduğunu kaydetmiştir.

3. BULGULAR VE ANALİZ

3.1. Araştırmanın Yöntemi ve Modeli

Araştırmada ulaşılabilir örnekleme yöntemi kullanılmıştır. "Nicel desenli" ve "Tarama modeli" bir çalışmadır. Yapılan alan çalışmaları, DEHB ve disleksi tanısı almış çocuklarını bakımı, tedavisi ve rehabilitasyonu sağlıklı bir çocuğun bakımından daha fazla insan gücü, maliyet, zaman ve multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir. Anne babanın sosyal çevreleri tarafından sık sık eleştirilmesi, çocuklarının akranlarıyla karşılaştırılması, aşırı baskı kurulması, başkalarının yanında aşağılanması ve küçük düşürülmesi gibi durumların çevreleri tarafından duygusal şiddete maruz kalabilecekleri öngörülmektedir. Bu duruma sahip ebeveynlerin toplum tarafından doğru değerlendirilmeleri ve destek verilmesi gerektiği önemlilik taşımaktadır. Bu çalışma duygusal şiddete maruz kalan ailelerin toplum tarafından daha iyi anlaşılması, farkındalığın artması ve duygusal şiddetin önüne geçilebilmesi için önemlidir.

3.2. Çalışma Grubu

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinin Gaziosmanpaşa ilçesinde yer alan özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerindeki öğrencilerin ebeveynleri oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme ise basit seçkisiz örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 43'ü erkek ve 57'si kadın olmak üzere toplam 100 ebeveyn ile gerçekleştirilmiştir. Basit seçkisiz örnekleme, evren içerisindeki bütün birimlerin eşit ve bağımsız seçilme hakkına sahip olduğu örnekleme yöntemidir (Büyüköztürk ve diğerleri, 2013).

3.3. Araştırma Sürecinde Kullanılan Ölçme Araçları

Araştırmada istenilen sonuçları elde etmek amacıyla oluşturulan anket formu 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm katılımcıların kişisel bilgileriyle ilgili sorulardan oluşmaktadır. Bu sorular ebeveynlerin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu ve çocuktaki hastalık durumundan oluşmaktadır. Araştırmada ölçek olarak sadece duygusal şiddete maruz kalma ölçeği kullanılmıştır.

Duygusal Şiddete Maruz Kalma Ölçeği

Araştırmada Eskici ve Tinkir (2019) tarafından geliştirilen Duygusal Şiddete Maruz Kalma Ölçeği kullanılmıştır. 29 madde ve 5 alt boyuttan oluşan 5 puanlık likert tipi bir ölçektir. Ölçek alt boyutlarına ilişkin maddeler şu şekildedir; (1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 13) maddeler “Engellenme” alt boyutu, (2, 6, 10, 19, 22) maddeler “tehdit edilme” alt boyutu, (14, 25, 26, 27, 28, 29) maddeler “aşağılanma” alt boyutu, (12, 15, 16, 17, 18, 24) maddeler “zarar verilme” alt boyutu, (20, 21, 23) maddeler “sözel yıpratılma”dır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 145, en düşük puan ise 29 dur. Cronbach Alpha değeri $\alpha=0,92$ olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda ise duygusal şiddete maruz kalma ölçeğinin cronbach alpha katsayısı 0,98 olarak saptanmıştır.

3.4. Verilerin Analizi

Katılımcılardan elde edilen anket formlarındaki sorular SPSS 23,0 paket programına kodlama yöntemi ile aktarıldıktan sonra ebeveynlerin demografik özellikleri için frekans analizi gerçekleştirilmiştir. Ebeveynlerin duygusal şiddete maruz kalma ölçeğine ilişkin verdikleri yanıtların aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları betimsel istatistik yöntemiyle belirlendikten sonra, gruplar arasındaki farklılıkları karşılaştıracığımız testleri belirlemek için normallik testi uygulanmıştır. Test sonrasında örneklemin normallik varsayımını karşıladığı belirlenmiş ve bu nedenle farklılıkları test etmek için parametrik testlerin uygulanmasına karar verilmiştir. Araştırmada ölçek puan ortalamaları ve iki grup arasındaki farklılıkları saptayabilmek için Independent t-testi gerçekleştirilmiştir. İki'den fazla değişkenler arasındaki farklılıklarda One-Way Anova analizi yapılmıştır. Hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Tukey Post Hoc testi yapılmıştır. Anlamlılık derecesi 0.05 olarak değerlendirmeye alınmıştır.

3.5. Sınırlılıklar

Araştırma;

- ✓ Dikkat eksikliği hiper aktivite bozukluğu ile disleksi tanısı almış çocukların ebeveynlerinin katılımıyla sınırlıdır.
- ✓ Araştırma demografik bilgi formu ve Duygusal Şiddete Maruz Kalma Ölçeğinin ölçtüğü niteliklerle sınırlı kalmaktadır.

Tablo 1 Demografik Özellikler

Kişisel Bilgiler		Frekans	%
Cinsiyet	Kadın	57	57,0
	Erkek	43	43,0
Yaş	20-30 yaş arası	18	18,0
	30-40 yaş arası	47	47,0
	40 yaş ve üstü	35	35,0
Eğitim Durumu	Hiç eğitim almadım	8	8,0
	İlkokul/Ortaokul	34	34,0
	Lise	31	31,0
	Üniversite	19	19,0
	Y.Lisans/Doktora	8	8,0
Medeni Durum	Evli	68	68,0
	Boşanmış	32	32,0
Çalışma Durumu	Evet	63	63,0
	Hayır	37	37,0
Çocuktaki Hastalık Durumu	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	67	67,0
	Disleksi	33	33,0
Toplam		100	100,0

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %57'si kadın, %43'ü erkeklerden oluşmaktadır. Ebeveynlerin %18'i 20-30 yaş arası, %47'si 30-40 yaş ve %35'i 40 yaş üstü grupta yer almaktadır. Ebeveynlerin eğitim durumlarındaki dağılımları incelediğimizde %8'inin hiç eğitim almadığı tespit edilirken, %34'ü ilkokul/ortaokul, %31'i lise, %19'u üniversite ve %8'i Y.lisans/doktora eğitim seviyesine sahiptir. Katılımcıların %68'i evli, %63'ü çalıştığını belirtmiştir. Ebeveynlerin %67'sinin çocuğunun Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite rahatsızlığı, %33'ünün Disleksi rahatsızlığı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2 Betimsel İstatistikler

	N	Ort.	Std. Sapma	Çarpıklık	Basıklık
Engellenme	100	24,29	10,95	,286	-1,441
Tehdit Edilme	100	10,01	6,07	,764	-,769
Aşağılanma	100	14,18	8,86	,575	-1,438
Zarar Verilme	100	13,59	7,19	,579	-1,216
Sözel Yıpratılma	100	7,78	4,25	,456	-1,422
Duygusal Şiddet Toplam	100	69,85	35,92	,466	-1,513

Duygusal şiddete maruz kalma ölçeğine ilişkin toplam puan ve alt boyut puanlarına ilişkin normallik dağılımlarını test etmek için yapılan analiz sonucunda basıklık ve çarpıklık değerleri incelenmiştir. Kline (2015)'in önerdiği basıklık ve çarpıklık değerleri referans olarak alındıktan sonra, çarpıklık ve basıklığın mutlak |3| değeri ve mutlak |10| değerinden büyük olmaması dikkate alınmıştır. Verilere ilişkin herhangi bir normal dağılım problemi olmadığından farklılıkların test edilmesi için parametrik test tekniklerinden yararlanılmıştır.

Tablo 3 Güvenilirlik Analizi

Ölçekler	Cronbach's Alpha (α)	Madde Sayısı
Engellenme	,962	9
Tehdit Edilme	,917	5
Aşağılanma	,977	6
Zarar Verilme	,931	6
Sözel Yıpratılma	,947	3
Duygusal Şiddete Maruz Kalma Toplam Puan	,987	29

Araştırmada kullanılan duygusal şiddete maruz kalma ölçeğine ait maddelerin güvenilirliğini test etmek için, güvenilirlik analizi gerçekleştirilmiş ve Cronbach's Alpha katsayısının elde edildiği güvenilirlik analizi uygulanmıştır. Cronbach's Alpha katsayısının $\alpha=0.70$ 'ten büyük olduğu durumlarda ölçek güvenilir olarak kabul edilmektedir. Tablo 3'de görüleceği üzere; duygusal şiddete maruz kalma ölçeğine ve alt boyutlarına ilişkin güvenilirlik değerleri yer almaktadır. Duygusal şiddete maruz kalma ölçeğinin engellenme alt boyutunun (0,962), tehdit edilme alt boyutunun (0,917), aşağılanma alt boyutunun (0,977), zarar verilme alt boyutunun (0,931) ve sözel yıpratılma alt boyutunun (0,947) olduğu tespit edildikten sonra güvenilirlik analizinde, $\alpha=0.98$ kabul edilebilir bir değer olması sebebiyle tüm boyutların güvenilir oldukları belirlenmiştir.

Tablo 4 Duygusal Şiddete Maruz Kalma Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

	Cinsiyet	N	Ort.	Std. Sapma	t	p
Engellenme	Kadın	57	24,92	11,39	,671	,504
	Erkek	43	23,44	10,42		
Tehdit Edilme	Kadın	57	10,63	6,59	1,219	,226
	Erkek	43	9,18	5,25		
Aşağılanma	Kadın	57	14,98	9,31	1,042	,300
	Erkek	43	13,11	8,22		
Zarar Verilme	Kadın	57	13,50	7,24	-,129	,897
	Erkek	43	13,69	7,21		
Sözel Yıpratılma	Kadın	57	8,14	4,35	,975	,332
	Erkek	43	7,30	4,12		
Duygusal Şiddete Maruz Kalma Toplam Puan	Kadın	57	72,19	37,79	,749	,456
	Erkek	43	66,74	33,47		

Araştırmaya katılan ebeveynlerin cinsiyetlerine göre duygusal şiddete maruz kalma alt boyutları engellenme, tehdit edilme, aşağılanma, zarar verilme ve sözel

yıpratılma düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur($p>0,05$).

Ebeveynlerin cinsiyetlerine göre duygusal şiddete maruz kalma toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur($p>0,05$).

Tablo 5 Duygusal Şiddete Maruz Kalma Ölçek Puanlarının Yaşa Göre Dağılımı

		N	Ort.	Std. Sapma	F	P
Engellenme	20-30 yaş arası	18	32,27	8,91	7,602	,001
	30-40 yaş arası	47	23,91	12,01		
	40 yaş ve üstü	35	20,68	8,19		
Tehdit Edilme	20-30 yaş arası	18	14,11	6,21	10,193	,000
	30-40 yaş arası	47	10,65	6,49		
	40 yaş ve üstü	35	7,02	3,51		
Aşağılanma	20-30 yaş arası	18	21,61	8,93	11,303	,000
	30-40 yaş arası	47	14,08	9,18		
	40 yaş ve üstü	35	10,48	5,64		
Zarar Verilme	20-30 yaş arası	18	19,33	5,69	8,939	,000
	30-40 yaş arası	47	13,14	6,94		
	40 yaş ve üstü	35	11,22	6,77		
Sözel Yıpratılma	20-30 yaş arası	18	11,44	3,92	12,829	,000
	30-40 yaş arası	47	7,82	4,28		
	40 yaş ve üstü	35	5,82	3,02		
Duygusal Şiddet Toplam	20-30 yaş arası	18	98,77	31,74	10,375	,000
	30-40 yaş arası	47	69,63	37,70		
	40 yaş ve üstü	35	55,25	25,86		

Araştırmaya katılan ebeveynlerin yaş gruplarına göre duygusal şiddete maruz kalma engellenme alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu test etmek

için yapılan Post Hoc testi sonucunda 20-30 yaş arasındaki ebeveynlerin engellenme alt boyut düzeyleri diğer yaş grubundaki ebeveynlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Ebeveynlerin yaş gruplarına göre duygusal şiddete maruz kalma tehdit edilme alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Analiz sonucunda 20-30 yaş ve 30-40 yaş arası ebeveynlerin tehdit edilme alt boyut düzeyleri 40 yaş üstü bireylere göre daha yüksek tespit edilmiştir.

Ebeveynlerin yaş gruplarına göre duygusal şiddete maruz kalma aşağılanma, zarar verilme ve sözel yıpratılma alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için yapılan Post Hoc testi sonucunda 20-30 yaş arasındaki ebeveynlerin aşağılanma, zarar verilme ve sözel yıpratılma alt boyut düzeyleri diğer yaş grubundaki ebeveynlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Ebeveynlerin yaş gruplarına göre duygusal şiddete maruz kalma toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için yapılan Post Hoc testi sonucunda 20-30 yaş arasındaki ebeveynlerin duygusal şiddete maruz kalma düzeyleri diğer yaş grubundaki ebeveynlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 6 Duygusal Şiddete Maruz Kalma Ölçek Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

		N	Ort.	Std. Sapma	F	P
Engellenme	Hiç eğitim almadım	8	33,62	5,73	8,427	,000
	İlkokul/Ortaokul	34	25,50	9,83		
	Lise	31	21,80	10,38		
	Üniversite	19	17,10	10,70		
	Y.Lisans/Doktora	8	36,50	2,77		
Tehdit Edilme	Hiç eğitim almadım	8	11,50	5,39	1,739	,148
	İlkokul/Ortaokul	34	9,70	6,32		
	Lise	31	9,67	5,77		

	Üniversite	19	8,47	6,91		
	Y.Lisans/Doktora	8	14,75	1,38		
Aşağılanma	Hiç eğitim almadım	8	20,75	8,94	4,474	,002
	İlkokul/Ortaokul	34	14,05	8,86		
	Lise	31	12,41	7,77		
	Üniversite	19	10,89	9,35		
	Y.Lisans/Doktora	8	22,75	1,38		
Zarar Verilme	Hiç eğitim almadım	8	17,75	5,17	10,221	,000
	İlkokul/Ortaokul	34	12,85	6,52		
	Lise	31	12,19	6,56		
	Üniversite	19	10,42	6,21		
	Y.Lisans/Doktora	8	25,50	,92		
Sözel Yıpratılma	Hiç eğitim almadım	8	10,12	4,22	4,270	,003
	İlkokul/Ortaokul	34	7,82	4,26		
	Lise	31	7,29	4,09		
	Üniversite	19	5,73	4,02		
	Y.Lisans/Doktora	8	12,00	,00		
Duygusal Şiddet Toplam	Hiç eğitim almadım	8	93,75	26,45	5,885	,000
	İlkokul/Ortaokul	34	69,94	34,63		
	Lise	31	63,38	33,37		
	Üniversite	19	52,63	36,66		
	Y.Lisans/Doktora	8	111,50	6,48		

Ebeveynlerin eğitim durumlarına göre duygusal şiddete maruz kalma engellenme, aşağılanma, zarar verilme ve sözel yıpratılma alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için yapılan Tukey Post Hoc testi

sonucunda eğitim düzeyi Yüksek lisans/Doktora olan ebeveynlerin engellenme, aşağılanma, zarar verilme ve sözel yıpratılma alt boyut düzeyleri diğer ebeveynlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Ebeveynlerin eğitim durumlarına göre algılanan duygusal şiddete maruz kalma toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için yapılan Tukey Post Hoc testi sonucunda eğitim düzeyi Yüksek lisans/Doktora olan ebeveynlerin duygusal şiddete maruz kalma düzeyleri diğer ebeveynlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 7 Duygusal Şiddete Maruz Kalma Ölçek Puanlarının Medeni Duruma Göre Dağılımı

	Medeni Durum	N	Ort.	Std. Sapma	t	P
Engellenme	Evli	68	23,82	10,77	-,619	,537
	Boşanmış	32	25,28	11,43		
Tehdit Edilme	Evli	68	9,48	5,72	-1,264	,209
	Boşanmış	32	11,12	6,70		
Aşağılanma	Evli	68	14,17	9,16	-,006	,995
	Boşanmış	32	14,18	8,34		
Zarar Verilme	Evli	68	12,54	6,96	-2,157	,033
	Boşanmış	32	15,81	7,29		
Sözel Yıpratılma	Evli	68	7,29	4,09	-1,679	,096
	Boşanmış	32	8,81	4,46		
Duygusal Şiddet Toplam	Evli	68	67,32	35,52	-1,025	,308
	Boşanmış	32	75,21	36,75		

Araştırmaya katılan ebeveynlerin medeni durumlarına göre algılanan duygusal şiddete maruz kalma alt boyutları engellenme, tehdit edilme, aşağılanma, sözel yıpratılma ve duygusal şiddete maruz kalma toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Ebeveynlerin medeni durumlarına göre duygusal şiddete maruz kalma zarar verilme alt boyut puan ortalamaları

arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Boşanmış olan ebeveynlerin zarar verilme alt boyutuna ilişkin ortalamaları evli bireylere göre daha yüksek tespit edilmiştir.

Tablo 8 Duygusal Şiddete Maruz Kalma Ölçek Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

	Çalışma Durumu	N	Ort.	Std. Sapma	t	P
Engellenme	Evet	63	24,53	11,33	,296	,768
	Hayır	37	23,86	10,41		
Tehdit Edilme	Evet	63	10,14	6,49	,284	,777
	Hayır	37	9,78	5,34		
Aşağılanma	Evet	63	14,03	8,56	-,217	,829
	Hayır	37	14,43	9,48		
Zarar Verilme	Evet	63	14,41	7,38	1,501	,137
	Hayır	37	12,18	6,73		
Sözel Yıpratılma	Evet	63	7,60	4,33	-,540	,590
	Hayır	37	8,08	4,15		
Duygusal Şiddet Toplam	Evet	63	70,73	37,17	,318	,751
	Hayır	37	68,35	34,14		

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çalışma durumları ile duygusal şiddete maruz kalma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 9 Duygusal Şiddete Maruz Kalma Ölçek Puanlarının Çocuk Durumuna Göre Dağılımı

	Çocuk Durumu	N	Ort.	Std. Sapma	t	P
Engellenme	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	67	22,80	11,27	-1,958	,053

	Disleksi	33	27,30	9,76		
Tehdit Edilme	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	67	9,25	6,11	-1,795	,076
	Disleksi	33	11,54	5,76		
Aşağılanma	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	67	12,98	8,43	-1,946	,054
	Disleksi	33	16,60	9,36		
Zarar Verilme	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	67	12,46	6,88	-2,279	,025
	Disleksi	33	15,87	7,36		
Sözel Yıpratılma	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	67	6,88	3,81	-3,143	,002
	Disleksi	33	9,60	4,56		
Duygusal Şiddet Toplam	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	67	64,38	35,45	-2,208	,030
	Disleksi	33	80,93	34,80		

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuğundaki rahatsızlık durumu ile duygusal şiddete maruz kalma alt boyutları engellenme, tehdit edilme ve aşağılanma düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuğundaki rahatsızlık durumu ile zarar verilme, sözel yıpratılma ve duygusal şiddete maruz kalma toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Çocuğunda disleksi rahatsızlığı olan ebeveynlerin zarar verilme, sözel yıpratılma ve duygusal şiddete maruz kalma düzeyleri daha yüksek tespit edilmiştir.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmanın amacı, DEHB ve disleksi tanısı almış çocukların ebeveynlerinin algılanan duygusal şiddete maruz kalma düzeylerini incelemektir. Ayrıca ebeveynlerin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu ve çocuklarındaki hastalık durumları açısından duygusal şiddete maruz kalma düzeyleri tespit edilmeye çalışılmıştır. Bu kapsamda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Ebeveynlerin duygusal şiddete maruz kalma puanlarına göre çevreleri tarafından duygusal şiddete maruz kaldıkları söylenebilir. Ölçeğin “engellenme” alt boyutundan 24.29, “tehdit edilme” alt boyutundan 10.01, “aşağılanma” alt boyutundan 14.18, “zarar verilme” boyutundan 13.59 ve “sözel yıpratılma” boyutundan 7.78 ortalama puan almışlardır. Ölçek genel puanına baktığımızda ebeveynlerin çevreleri tarafından duygusal şiddete maruz kaldıkları söylenebilir. Ebeveynler duygusal şiddete en yüksek düzeyde engellenme alt boyutunda maruz kalırken, en düşük “sözel yıpratılma” alt boyutunda duygusal şiddete maruz kalmıştır. Araştırmamızın aksine Eskici ve Tınkır (2019) üniversite öğrencileri üzerine yaptıkları araştırmada "sözel yıpratılma" boyutunu yüksek bulmuşlardır.

Cinsiyet değişkenine göre, ebeveynlerin duygusal şiddete maruz kalma düzeylerinde bir farklılık gözlenmemiştir. Kadınların duygusal şiddet genel puanlarının (72,19) erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, kadınların erkeklere göre daha fazla duygusal oldukları şeklinde yorumlanabilir. Kandemir ve diğerleri, (2014) yaptıkları çalışma sonrasında DEHB’li çocukların ailelerinde ağrı, genel sağlık algısı, enerji/canlılık, ruhsal sağlık alt ölçeklerinin anlamlı farklılık gösterdiği ve ebeveynlerde aile işlevselliğinin daha kötü olduğunu belirtmişlerdir. Klassen ve diğerleri, (2004) araştırmalarında DEHB’li çocukların anne-babalarının ruh sağlığının olumsuz yönde etkilendiğini belirtmektedir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde (Bora, 2015; Chan, 2011) kadınların psikolojik şiddete daha fazla maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Kanbir (2018) engelli çocuğu olan anne-babalarda evlilik doyumunu incelemiş ve kadınların erkeklere göre evlilik doyumunun daha düşük olduğu bulgusuna ulaşmıştır. Dalkılıç (2017) otizmlili

çocukların aileleriyle yaptığı araştırma sonucunda babaların evlilik doyumunun annelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu gözlemlemiştir.

Bu durumların sonucunda kadınların hem çocuğun özel gereksinimleri ile ilgilenmesi hem de ev yaşantısındaki sorumlulukları yerine getirmesi düşünüldüğünde duygusal şiddete daha fazla maruz kalması mümkündür. Literatürdeki bu çalışmaların sonuçları bu araştırmanın kadınların duygusal şiddet ortalama puanının erkeklerden daha yüksek olduğunu desteklemektedir.

Yaş değişkenine göre ebeveynlerin duygusal şiddete maruz kalma düzeyleri incelendiğinde, 20-30 yaş arasındaki ebeveynlerin duygusal şiddete maruz kalma düzeylerinin arttığı görülmüştür. Bu bulgu, ebeveynlerin genç yaşta yaşadıkları duygusal şiddetin daha fazla farkına vardıkları şeklinde yorumlanabilir. Kocacık ve diğerleri, (2007) 23 yaş ve üstü kadınların diğerlerine göre daha fazla zihinsel / sözlü şiddet yaşadıklarını bulmuşlardır. Kocacık ve Çağlayandere (2009)'nin araştırma bulguları da çalışma sonuçlarımızı desteklemektedir.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre ebeveynlerde duygusal şiddete maruz kalma düzeyi eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan ebeveynlerin duygusal şiddete daha fazla maruz kaldığı belirlenmiştir. Yazar (2018) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, kadınlar arasında eğitim düzeyine göre sözel şiddetin farklılık gösterdiği, hiçbir okulu bitirmeyen kadınların üniversite mezunu olan kadınlara göre 0,123 kat daha az sözel şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. Medeni durum değişkenine göre ebeveynlerin duygusal şiddete maruz kalma düzeyleri arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Ebeveynlerin çalışma durumları duygusal şiddete maruz kalma düzeylerini anlamlı şekilde etkilememektedir. Çocuklardaki rahatsızlık durumuna göre ebeveynlerin duygusal şiddete maruz kalmaları arasında anlamlı farklılık bulunurken, bu farkın çocuğunda disleksi rahatsızlığı olan ebeveynlerde daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Chen ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada ebeveynlere iyi bir sosyal destek, etkili anne-babalık ve disiplin stratejileri eğitimi sağlanması ile aile ve toplumdaki negatif etkilerin azaltılabileceğini belirtmişlerdir. Araştırmada elde edilen sonuçlar neticesinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve disleksi tanısı almış çocukların ebeveynlerine yönelik psiko-eğitim programlarının yaygınlaştırılması

önerilebilir. Duygusal şiddete maruz kalan hasta ve hasta yakınlarının psikiyatrist ve psikologlara yönlendirilmesi, erken tanı ve tedavi için katkıda bulunulabilir. Hastanelerde yönetimin Dehb'li ve disleksi tanısı almış çocuklara ve ailelerine yönelik stresle başa çıkma, kişisel savunma mekanizmalarını güçlendirme eğitimleri verilmelidir. Sağlık çalışanlarına hastane içi eğitimler verilerek söz konusu durum hakkında farkındalıklarını arttırmaları önerilebilir.



5. KAYNAKÇA

Akçay, D. (2014). *İlkokul 1-4. Sınıf Öğretmenlerinin Disleksi İle İlgili Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi.

Altuntaş, F. (2010). *Sınıf Öğretmenlerinin Disleksiye İlişkin Bilgileri ve Dislektik Öğrencilere Yönelik Çalışmaları*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2005). DSM-V-TR Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı. Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı, Washington DC, 2000' den çeviren Köroğlu E, HYB, Ankara, Gözden Geçirilmiş Çeviri, 2. Baskı.

Ardıç, A. (2013). *Otistik Spektrum Bozukluğu tanısı almış çocukların ailelerine yönelik bir psiko-eğitsel grup programının ebeveynlerin bazı psikolojik değişkenleri üzerindeki etkisi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.

Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD): THE BASICS, (2016), U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health, <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd-the-basics/index.shtml#:~:text=ADHD%20is%20a%20disorder%20that,continue%20through%20adolescence%20and%20adulthood> (Erişim Tarihi: 27.11.2020)

Baldwin, K., Brown, R.T. ve Milan, M.A. (1995). Predictors of Stres In Caregivers Of Attention Deficit Hyperactivity Disordered Children. *The American Journal of Family Therapy*, 23 (2), 49-160.

Baltaş, A. (2013), *Adı Yeni Konmuş Bir Olgu : İşyerinde Yıldırma "Mobbing"*, <https://www.acarbaltas.com/adi-yeni-konmus-bir-olgu-isyerinde-yildirma-mobbing/> (Erişim Tarihi: 26.11.2020)

Banks, T., Nnowski, J.E., Mash, E.J. ve Semple, D.L. (2008). Parenting Behavior And Cognition In A Community Sample Of Mothers With And Without Symptoms Of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. J, *Child Fam Study*, 17, 28-43.

Barkley, R.A. (2000). Genetics of Childhood Disorders: XVII, ADHD, Part 1: The Executive Functions and ADHD. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2). 1064-1068.

Barkley, R.A. (2006). *Primary symptoms, diagnostic criteria, prevalence, and gender differences*. In R.A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guildford Press.

Bataş Bilgeç, S. (2012). 6-12 yaş arası Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların annelerinin baş etme tutumları, depresyon, anksiyete düzeyleri ve erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu açısından incelenmesi, *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul.

Baykal, A. (2005), *Yutucu Rekabet*, Sistem Yayıncılık, İstanbul.

Berger, A., Posner M.I. (2000). Pathologies Of Brain Attentional Networks. *Neuroscience And Biobehavioral Review*,. 24, 3–5.

Bitsakou, P., Psychogiou, L., Thompson M. ve Sonuga-Barke E.J.S. (2009). Delay Aversion in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: An Empirical Investigation Of The Broader Phenotype. *Neuropsychologia*, 47, 446–456.

Brown, T. E. (2009). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Çocuklarda ve Yetişkinlerde Odaklanamayan Zihin*. (E, Çetintaş Sönmez, Çev.). Ankara: ODTÜ Yayıncılık.

Bora, A. (2015). *Evlilikte Kadına Yönelik Şiddet: Tutum, Yaşanti Ve Yasal Farkındalık Açısından Cinsiyetler Arası Karşılaştırma*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.

Chen, W. L., Tsai, S. T., (2015). Chou FH. Depression and related factors in mothers of schoolaged children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Hu Li Za Zhi The Journal of Nursing*,62, 39-49.

Chan, K. L. (2011). Gender differences in self-reports of intimate partner violence: A review. *Aggression and Violent Behavior*. 16, 167-175.

Çobanoğlu, Ş. (2005). *İşyerinde Duygusal Saldırı ve Mücadele Yöntemleri*, Timaş Yayınları, İstanbul.

Çöpür, M. ve Çöpür, S. (2018). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Omega-3 Fatty Acid Supplementation: A Systematic Review, *Yeni Sempozyum Dergisi*, 56(3), 20-23.

Dalkılıç, M. (2016). *Otizmlı çocuğu olan çiftlerin evlilik doyumu, kaygı, ilişkisel yılmazlık ve psikolojik yardım alma tutumlarının incelenmesi*. (Yüksek Lisans) YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından erişildi (Tez no: 443713)

Davenport, N., Schwartz, R.D. ve Elliott, G.P, (2003), *Mobbing-İşyerinde Duygusal Taciz*, (Çev. Osman Cem ÖnerToy), Sistem Yayıncılık, İstanbul.

Dreyer, A.S., O’Laughlin, L., Moore, J. ve Milam, Z. (2010). Parental Adherence to Clinical Recommendations in an ADHD Evaluation Clinic. *Journal of Clinical Psychology*, 66 (10), 1101-1120.

Durukan, İ., Erdem, M., Tufan, A. E., Cöngöloğlu, A., Yorbık, Ö. ve Türkbay, T. (2008). DEHB Olan Çocukların Annelerinde Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri İle Kullanılan Başa Çıkma Yöntemleri: Bir Ön Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 217-223.

Einersen, Stale, (1999). “The Nature and Causes of Bullyin at Work”, *International Journal of Manpover*, 20, (1/2), s. 16-27.

Eskici, M., ve Tinkir, N. S. (2019). Exposure to Emotional Violence: Relationship between University Students according to their Demographic Characteristics. *Pedagogical Research*, 4(1), em0026. doi.org/10.29333/pr/5731

Gladding, S.T. (2015). *Family therapy: History, theory and practice* (5th Ed.). New Jersey: Pearson Education.

Güçlü, O. ve Erkıran, M. (2005). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocukların ebeveynlerinde kişilik bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 8, 18-23.

Hartman, C.A., Willcut, E.G., Rhee, S. H. ve Pennington, B. F. (2004). The relation between sluggish cognitive tempo and DSM-IV ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 32, 491-503.

Hastings, R.P. ve Beck, A. (2004). Practitioner review: Stress intervention for parents of children with intellectual disabilities. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*. 45(8), 1338-1349.

Heine, Hans.J, (1995) “An Underestimatet Workplace Terör: Mobbing”, *Managing Office Technology*. 4, (5), s.41.

Hirogoyen, M., (2000). *Manevi Taciz*, (Çev. Heval Bucak), Güncel Yayıncılık, İstanbul, 2000.

Jones, J. ve Passey, J. (2004). Family adaptation, coping and resources: Parents of children with developmental disabilities and behaviour problems. *Journal on Developmental Disabilities*. 11(1), 31-46.

Kanbir, A. (2018). *Engelli çocuğa sahip ailelerde evlilik doyumu: Niteliksel bir çalışma*. (Yüksek Lisans Tezi). YÖK Tez veri tabanından erişildi(Tez no:526664).

Kandemir H, Kılıç B, Ekinci S. (2014). An evaluation of the quality of life of children with ADHD and their families. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 15: 265-271.

Kılıç, B.Ç., Irak, M., Koçkar, A.İ., Şener, Ş. ve Karakaş, S. (2002). İşaretleme Testi Türk Formu'nun 6-11 Yaş Grubu Çocuklarda Standardizasyon Çalışması. *Klinik Psikiyatri*. 5, 213-228.

Kılıç, B.G. (2005). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Nöropsikolojisine İlişkin Kuramlar ve Araştırmalar, *Türk Psikiyatri Dergisi*. 16(2), 113-123.

Klassen A, Miller A, Fine S. (2004). Health-related Quality of Life in Children and Adolescents Who Have a Diagnosis of attention-deficit/hyperactivity Disorder. *Official Journal of The American Academy of Pediatrics*. 114(5): 541-547.

Kocacık, F., Kutlar, A. ve Erselcan, F. (2007). Domestic violence against women: A field study in Turkey. *The Social Science Journal*. 44, 698-720.

Kocacık, F. and Çağlayandereli, M. (2009). Ailede femalea yönelik şiddet: Denizli ili örneği. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 6(2), 25-43.

Kottak, C. P. (2008). *Antropoloji: İnsan çeşitliliğine bir bakış*. Ütopya Yayınevi; Ankara.

Kreyenfeld, M. ve Konietzka, D. (2017), *Childlessness in Europe: Contexts, Causes, and Consequences*, Springer International Publishing AG, Cham.

Kuntsi, J., Stevenson, J., Oosterlaan, J. ve Sonuga-Barke, E.J.S. (2001). Test–Retest Reliability Of A New Delay Aversiontask And Executive Function Measures. *British Journal of Developmental Psychology*. 19, 339–348.

Leymann, H. (1996), The Content and Development of mobbing at work, *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 5, (2), s.165-184.

Linder, N., Kroyzer, N., Maeir, A., Wertman-Elad, R. ve Pollak, Y. (2010). Do Adhd And Executive Dysfunctions Measured By The Hebrew Version Of Behavioral Rating Inventory Of Executive Functions (Brief). Completely Overlap? *Child Neuropsychology*. 16, 494–502.

Mortimore T. (edi) (2008). *Dyslexia and Learning Style: A Practitioner's Handbook*. Second edition. Chichester: Wiley-Blackwell;

Onbaş, H. (2007), *İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Eğitim Örgütlerinde Duygusal Şiddete İlişkin Görüşleri Üzerine Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa: Harran Üniversitesi.

Öncü, B. ve Şenol, S. (2002). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi: Bütüncül Yaklaşım, *Klinik Psikiyatri*. 5, 111-119.

Özmen Kaymak, S. (2010). Okulda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. Cilt 6, No 2, ss. 1-10.

Öztürk, Ö. (2008). *Hiperaktif çocukların (7-12 yaş) sorunlarının çözümlenmesinde ve akademik başarısında aile tutumlarının etkisinin araştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Maltepe Üniversitesi.

Özturk, H., Sokmen, S., Yılmaz, F., ve Cilingir, D. (2008). Measuring mobbing experiences of academic nurses: Development of a mobbing scale. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 20(9), 435–442.

Polat, H. (2015). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış çocukların annelerinin algıladıkları sosyal destek düzeyleri, tükenmişlik düzeyleri ve çocuk yetiştirme tutumlarının incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi.

Portrie-Bethke T.L. ve Hill, N.R., Bethke, J.G. (2009). Strength-Based Mental Health Counseling for Children with ADHD: An Integrative Model of Adventure-Based Counseling and Adlerian Play Therapy. *Journal of Mental Health Counseling*. 31 (4), 323-339.

Ramage, R. (1996), "Mobbing in the workplace", *New Law Journal*, https://www.law-office.co.uk/art_mobbing-1.htm

Razon, N. (1980). Okuma bozuklukları ve nedenleri. *Pedagoji Dergisi*. 1, ss. 19-29.

Ryan, J.B., Katsiyannis, A. ve Hughes, E.M. (2011). Medication Treatment for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Theory Into Practice*. 50, 52–60.

Sergeant, J. (2000). The Cognitive-Energetic Model: An Empirical Approach To AttentionDeficit Hyperactivity Disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 24, 7–12.

Sergeant, J. (2005). Modeling Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Critical Appraisal of the Cognitive–Energetic Model. *Biol Psychiatry*. 57, 1248–1255.

Shallcross, L., Sheehan, M. & Ramsay, S. (2008). Workplace mobbing : experiences in the public sector. *International Journal of Organisational Behaviour*. 13(2), pp. 56-70.

Shaywitz, S.E. (1998). Dyslexia. *New England Journal of Medicine*. 338(5), 307–312.

Sonuga-Barke, E.J.S. (2002). Psychological Heterogeneity in AD/HD – A Dual Pathway Model Of Behaviour And Cognition. *Behavioural Brain Research*. 130, 29-36.

Sonuga-Barke, E.J.S. (2003). The Dual Pathway Model Of AD/HD, An Elaboration of NeuroDevelopmental Charateristics. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 27, 593-604.

Soysal, A.Ş. (2007). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Alttıplerinde Dikkat, Yönetici İşlevler ve Üst Biliş Performansının Oluşturulduğu İlişkiler Örüntüsünün İncelenmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Soysal, A.Ş., Karateke, B., Çopur, A., Kılıç K.M. ve Akay, S. (2010). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların WISC-R Puanları İle

Annelerinin Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 23, 256-264.

Selçuk, Z. (2000). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktif Çocuklar*. Ankara: Pegem Yayıncılık.

Spreen O. (2001). *Learning disabilities and thie neurological foundations, theories, and subtypes*. Kaufman AS, Kaufman NL, editors. Specific learning disabilities and difficulties in children and adoloscents: psychological assessment and evaluation. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Stefanatos, G.A. ve Wasserstein, J, (2006). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder as a Right Hemisphere Syndrome. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 931(1), 172-195.

Sürücü, Ö. (2003). *Anababa-Öğretmen El Kitabı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. İstanbul: YA-PA.

Şenol, S. (2008). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*, Ankara: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği Yayınları. 3, 293-311.

Şenol, S. , İşeri, E., Koçkar İlden, A, (2005). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Dikkati Dağınmık, Yerinde Duramayan Çocuklara Doğru Yaklaşımlar*. Ankara: HYB Yayıncılık.

Taur S, Karande S, Saxena AA, Gogtay NJ, Thatte UM. (2014). Use of computerized tests to evaluate psychomotor performance in children with specific learning disabilities in comparison to normal children. *Indian J Med Res*. 140 (5): 644-648.

Thapar, A. ve Muñoz-Solomando, A. (2008). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatry*. 7 (8). 340-344.

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. World Health Organization, , <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>, p: 206-207, (Erişim: 28.11.2020)

Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler Öneriler, (2014), *Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü*, Araştırma ve Sosyal Politika Serisi 07 Birinci Basım, 2014, İstanbul.

Tınaz, P. (2006) *İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing)*, Beta Yayın Dağıtım, İstanbul.

Toplak, M.E., Connors, L., Shuster, J., Knezevic, B. ve Parks, S. (2008). Review Of Cognitive, Cognitive-Behavioral And Neural-Based Interventions For AttentionDeficit / Hyperactivity Disorder (DEHB). *Clinical Pshchological Review*. 28, 801- 823.

Turgay, A. ve Semerci, B. (2010). *Bebeklikten Erişkinliğe Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. (4, bs.). İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd, şti.

Tutar, H. (2004). *İş Yerinde Psikolojik şiddet*, BRC Basım Ltd., Ankara.

Türe, F.S. (2010). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların (8-12 yaş) değişik anne tutumlarına göre benlik saygı düzeylerinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Maltepe Üniversitesi.

Uyan, Z. (2008). *Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun sıklığının araştırılması*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi.

Uyan, Z., Peker A.G.C., Tekiner, A.S. ve Ulukol, B. (2014). Ergenlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu sıklığının araştırılması. *Konuralp Tıp Dergisi*. 6, 21-26.

Vandekerckhave, Wim ve Commers M.S. Ronald, (2003). “Downward Workplace Mobbing: A Sing of The Times?”, *Journal of Business Ethics*. 45, (1), s. 9- 41.

Vierhile A., Robb A. ve Ryan-Krause, P. (2009). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: Closing Diagnostic, Communication and Treatment Gap. *Journal of Pediatric Health Care*. 23, 5-21.

Waite, R. ve Ramsay, J.R. (2010). Adults With ADHD: Who Are We Missing *Mental Health Nursing*. 31, 670-678.

Waterstruss. S.A. (2006). Adhd And Schools: How Can Children Most Effectively Be Serviced? *Yayımlanmamış Doktora Tezi*, Regend University, Virginia.

Weiss, M. ve Murray, C. (2003). Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Canadian Medical Association Journal*. 168(6), 715-722.

Withrow, L. M., Hash, P.A.K. ve Holten, K.B. (2011). Managing ADHD in Children: Are You Doing Enough, *The Journal Of Family Practice*. 60 (4), E1-E3.

Xiang, Y., Luk Ernest, S.L. ve Lai Kelly, Y.C, (2009). Quality of Life In Parents of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder In Hong Kong. *The Royal Australian New Zealand College of Psychiatrist*. 43, 731-738.

Yavuzer, H., (2005). *Çocuğu Tanımak ve Anlamak*. İstanbul: Remzi Kitapevi.

Yazar, G., N. (2018). *Aile İçi Kadına Yönelik Şiddeti Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon ile Analizi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi.

Zapf, D. (1999). Organisational Work Group Related and Personal Causes of Mobbing/Bulling at Work. *International Journal of Manpover*. 20, (2), s. 70-85.

Zorlu, A. (2012). *Denizli Kent Merkezinde İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Prevalansı*. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. Denizli: Pamukkale Üniversitesi.

6. EKLER

ANKET FORMU

Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()

Eğitim Düzeyiniz: Hiç eğitim almadım () İlkokul-Ortaokul () Lise ()

Üniversite () Yüksek L./Doktora ()

Medeni Durmunuz: Evli () Bekar () Boşanmış ()

Çalışıyor musunuz: Evet () Hayır ()

Çocuğunuzdaki Durum: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite () Disleksi ()

DUYGUSAL ŞİDDETE MARUZ KALMA ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki her maddeyi okuduktan sonra maddelerde yer alan önermelere uygun olarak hayatınızda arkadaş çevrenizle yaşadığınız durumları dikkate alarak cevaplayınız. Maruz kalma derecenizi (5)'ten "Çok sık" (1)'e "Hiçbir zaman" doğru belirtiniz. Bazı ifadeler birbirine benzer dahi olsa boş bırakmadan cevaplamanızı rica ederiz. Teşekkürler

1 Bana yetersiz olduğum hissettiriliyor.					
2 Fiziksel şiddete uğruyorum.					
3 Önem verdiğim değerlere saygı duyulmuyor.					
4 Başarılı olabileceğim konularda önüme engeller					
5 İletişimlerimizde ima hissediyorum.					
6 Fiziksel şiddet göreceğim konusunda tehdit					
7 Duygu ve düşüncelerimi ifade etmem kısıtlanıyor.					
8 İstemediğim şeyleri yapmam için baskı altında kalıyorum.					
9 Çeşitli durumlarda adaletsizliğe uğruyorum.					
10 Tehditkar söylemlerle karşılaşıyorum.					

11 Manevi olarak yıpratılıyorum.					
12 Konuştuklarımızı inkar ederek yalancı durumuna düşürülüyorum.					
13 Özgüvenimi olumsuz etkileyecek tavırlara maruz kalıyorum.					
14 Arkadaşlarımın jest mimik ve bakışlarını aşağılayıcı buluyorum.					
15 Davranışlarım taklit ediliyor.					
16 Bana maddi yük getirecek olaylar yaşatılıyor.					
17 İftiraya uğruyorum.					
18 Maddi olarak kullanılıyorum.					
19 Tehditkar davranışlarla karşılaşıyorum.					
20 Konuşurken sözüm kesiliyor.					
21 Boyun eğmem için gözdağı veriliyor.					
22 Gözümün korkması için hafif fiziksel şiddete uğruyorum.					
23 Benimle öfkeli bir ses tonuyla konuşuluyor.					
24 Hakkımda bazı söylentilerin dolaştığına tanık oluyorum.					
25 Sosyal ortamlarda gülünç durumlara düşürülüyorum.					
26 Psikolojik sorunluymuşum gibi muamele					
27 Özelliklerimle alay ediliyor.					
28 Sürekli eleştiriliyorum.					
29 Aşağılayıcı bakışları üzerimde hissediyorum					