T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA

ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Danışman

PROF. DR. ERDİNÇ ÖZTÜRK

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI OLAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN MODERN PSİKOTRAVMATOLOJİ VE PSİKOPATOLOJİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

UZM. PSK. DAN. KEREM ÇETİNKAYA

İSTANBUL, 2024

DEHB Tanısı Olan Çocukların Ebeveynlerinin Modern Psikotravmatoloji ve Psikopatoloji Açısından Değerlendirilmesi

18 Mart 2024, İstanbul

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA

ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SOSYAL BİLİMLER ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Lisansüstü Öğretim Yönetmeliğinin 50. maddesi uyarınca İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı doktora öğrencisi Kerem ÇETİNKAYA'nın *"Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Olan Çocukların Ebeveynlerinin Modern Psikotravmatoloji ve Psikopatoloji Açısından Değerlendirilmesi"* adlı tezi jürimizce tetkik edilmiş ve kendisine tez savunması yaptırılmıştır. Yukarıda adı geçen tezin ve tez savunmasının kabul edilmesine oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK	Prof. Dr. Suat KÜÇÜKGÖNCÜ
Jüri Başkanı/Danışman	Üye
Prof. Dr. Neylan ZİYALAR	Doç. Dr. Can ÇALICI
Üye	Üye

Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞARLAK

Üye

DEHB Tanısı Olan Çocukların Ebeveynlerinin Modern Psikotravmatoloji ve Psikopatoloji Açısından Değerlendirilmesi

BEYAN

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı Tez Yazım Kılavuzu kurallarına uygun olarak hazırladığım *"Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Olan Çocukların Ebeveynlerinin Modern Psikotravmatoloji ve Psikopatoloji Açısından Değerlendirilmesi"* başlıklı doktora tez çalışmamda;

- Tez içinde sunduğum verileri ve bilgileri hem akademik hem de etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, istatiksel değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım akademik yayınların tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan özgün sonuçlarda hiçbir değişiklik yapmadığımı,
- Yazım aşamasında telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını; her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ve beyan ederim.

Mart 2024, İstanbul

Uzm. Psk. Dan. Kerem ÇETİNKAYA

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI OLAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN MODERN PSİKOTRAVMATOLOJİ VE PSİKOPATOLOJİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kerem ÇETİNKAYA

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü,

Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi

Danışman: Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK

ÖZET

Doktora tez çalışmamızın temel amacı, modern psikotravmatoloji ve dissoanaliz kuramı açısından dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı olan ve olmayan çocukların ebeveynlerinin çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantıları, psikiyatrik belirtileri, travma sonrası büyüme düzeyleri ve uyguladıkları çocuk yetiştirme stilleri açısından karşılaştırılmasıdır. Bu araştırma hem nicel ve hem de nitel yöntemlerin birlikte kullanıldığı bir karma yöntem çalışması olarak tasarlanmıştır. Doktora tez çalışmamız, dâhil etme ölçütlerini karşılayan tanılı grubun ebeveynleri ve tanısız grubun ebeveynleri olmak üzere iki farklı ebeveyn grubu üzerinde gerçekleştirilmiştir. Örneklemin ilk grubunu (tanılı grubun ebeveynlerini), İstanbul Anadolu Yakası'ndaki devlet ilkokullarında öğrenimine devam eden ve DEHB tanısı olan 5-11 yaş aralığındaki 60 farklı çocuğun anneleri ve babaları oluşturmaktadır. Örneklemin ikinci grubunu ise (tanısız grubun ebeveynlerini), herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan, aynı ilkokullarda öğrenim gören ve aynı yaş aralığındaki 60 farklı çocuğun anneleri ve babaları oluşturmaktadır. Çalışmanın ilk aşaması nicel araştırma yöntemi ile yürütülmüş olup 60 tanılı grup çocuğun hem annesi hem de babası, 60 tanısız grup çocuğun

hem annesi hem de babası olmak üzere toplam 240 ebeveyn ile uygulamalar gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın ikinci aşaması ise nitel araştırma yöntemi ile yürütülmüş olup 15 tanılı grup çocuğun hem annesiyle hem babasıyla; 15 tanısız grup çocuğun hem annesiyle hem de babasıyla yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiş ve toplam 60 görüşme yapılmıştır. Katılımcılara Demografik ve Psikotravmatoloji Temelli Görüşme Formu, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri ve Conner's AnaBaba Derecelendirme Ölçeği Kısa Formu ile araştırmacı ve danışman tarafından nitel veri toplama süreci için hazırlanan Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu yüz yüze uygulanmıştır. Araştırmada kullanılan anket, ölçekler ve görüşme formlarından hem nicel ve hem de nitel veriler elde edilmiştir. Ölçme araçlarından elde edilen veriler üzerinde, frekans dağılımı, bağımsız örneklemler t-testi, pearson korelasyon analizi, çoklu doğrusal regresyon analizi, aracılık analizi ve bootstrapping analizi teknikleri uygulanmıştır. Bu araştırmada; tanılı grubun ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puan ortalamasının (38,05), tanısız grubun ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puan ortalamasından (31,43); tanılı grubun ebeveynlerinin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamasının (18,45), tanısız grubun ebeveynlerinin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamasından (11,61); tanılı grubun ebeveynlerinin Kısa Semptom Envanteri toplam puan ortalamasının (42,35), tanısız grubun ebeveynlerinin Kısa Semptom Envanteri toplam puan ortalamasından (23,50); ebeveynlerin çocuklarını değerlendirerek doldurdukları Conner's AnaBaba Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş Kısa Formu'nda tanılı grup çocukların karşı gelme alt ölçeği puan ortalamasının (7,88), tanısız grup çocukların karşı gelme alt ölçeği puan ortalamasından (2,84), tanılı grup çocukların bilişsel problemler-dikkatsizlik alt ölçeği puan ortalamasının (9,13), tanısız grup çocukların bilişsel problemler-dikkatsizlik alt ölçeği

puan ortalamasından (1,68), tanılı grup çocukların hiperaktivite alt ölçeği puan ortalamasının (7,21), tanısız grup çocukların hiperaktivite alt ölçeği puan ortalamasından (1,70) ve tanılı grup çocukların Dikkat Eksikliği ve Hiparektivite İndeksi puan ortalamasının (18,57), tanısız grup çocukların Dikkat Eksikliği ve Hiparektivite İndeksi puan ortalamasından (5,17) istatiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<.001$). Tanılı grubun ebeveynlerinin Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri'nin çocuklardan beklentiler alt ölçeği puanının (20,93), tanısız grubun ebeveynlerinin çocuklardan beklentiler alt ölçeği puanından (24,83); tanılı grubun ebeveynlerinin çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt ölçeği puanının (31,91), tanısız grubun ebeveynlerinin çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt ölçeği puanından (37,19); tanılı grubun ebeveynlerinin disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı alt ölçeği puanının (38,90), tanısız grubun ebeveynlerinin disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı alt ölçeği puanından (44,53); tanılı grubun ebeveynlerinin ebeveyn-çocuk rol ve sorumluluk alt ölçeği puanının (21,65), tanısız grubun ebeveynlerinin ebeveyn-çocuk rol ve sorumluluk alt ölçeği puanından (24,40) ve tanılı grubun ebeveynlerinin çocukların güç ve bağımsızlığı alt ölçeği puanının (17,90) tanısız grubun ebeveynlerinin çocukların güç ve bağımsızlığı alt ölçeği puanından (20,30) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur ($p<.001$). Tanılı ve tanısız grupların ebeveynleri arasında Travma Sonrası Büyüme Envanteri puanları açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Değişkenler arasında yapılan korelasyon analizleri, ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları ile; dissosiyatif yaşantılar ($r=.399$; $p<.001$), psikiyatrik belirtiler ($r=.254$; $p<.001$) ve çocuklarının dikkat eksikliği ve hiparektivite bozukluğu belirtileri ($r=.284$; $p<.001$) arasında pozitif yönde; çocuklardan beklentiler ($r=-.333$; $p<.001$), çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati ($r=-.375$; $p<.001$), disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı ($r=-.383$; $p<.001$), ebeveyn-çocuk rol ve sorumluluk ($r=-.336$; $p<.001$), çocukların güç ve bağımsızlığı ($r=-.413$; $p<.001$) ile ilgili

tutumlarla ve travma sonrası büyüme (r =-.185, p<.05) arasında ise negatif yönde anlamlı ilişki olduğunu göstermiştir. Tanılı grubun ebeveynleri için değişkenler arasında gerçekleştirilen regresyon analizleri, çocukluk çağı travmalarının (R=.345; R^2=.080); dissosiyatif yaşantıların (R=.390; R^2=.145); çocuklardan beklentilerin (R=.292; R^2=.077), çocuğun ihtiyaçlarına yönelik empatinin (R=.328; R^2=.100), disiplin aracı olarak fiziksel ceza kullanımının (R=.293; R^2=.078), çocuğun güç ve bağımsızlığının (R=.331; R^2=.102), çocukların dikkat eksikliği ve hiparektivite bozukluğu belirtilerini istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yordadığını göstermiştir. Çalışmada aracılık etkisi, Hayes'in 4.modeli üzerinden SPSS PROCESS eklentisi ile gerçekleştirilmiştir. Ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının çocukların dikkat eksikliği ve hiparektivite bozukluğu belirtileri üzerinde, dissosiyatif yaşantıların aracılığıyla dolaylı etkiye (ß=,130; p<,05) sahip olduğu bulunmuştur. Çocukluk çağı travmalarının çocukların dikkat eksikliği ve hiparektivite bozukluğu belirtileri üzerinde, çocuğun ihtiyaçlarına yönelik empati tutumları aracılığıyla dolaylı etkiye (ß=,106; p<,05) sahip olduğu görülmüştür. Çocukluk çağı travmalarının çocukların dikkat eksikliği ve hiparektivite bozukluğu belirtileri üzerinde, çocuklardan beklentilere yönelik tutumlar aracılığıyla hem doğrudan (ß= ,208; p<,05) hem de dolaylı etkiye (ß= ,082; p<,05), disiplin aracı olarak fiziksel ceza kullanımına yönelik tutumlar aracılığıyla hem doğrudan (ß= ,195; p<,05) hem de dolaylı etkiye (ß= ,094; p<,05) ve çocuğun güç ve bağımsızlığına yönelik tutumlar aracılığıyla hem doğrudan (ß= ,195; p<,05) hem de dolaylı etkiye (ß= ,095; p<,05) sahip olduğu bulunmuştur. Çalışmanın nitel analizi sonucunda, *"çocukların zorlayıcı özellikleri"*, *"çocukların olumlu özellikleri"*, *"ebeveynlerin zorlayıcı/travmatik deneyimleri"*, *"ebeveynlerin pozitif çocukluk deneyimleri"*, *"fonksiyonel aile özellikleri"*, *"disfonksiyonel aile özellikleri"*, *"çocuğa ilişkin ebeveynlerin hissettiği olumsuz duygular"*, *"çocuk büyütme süreci"* ve *"hamilelik süreci"* olmak üzere dokuz farklı tema oluşturulmuştur. Ebeveynlerin yetişkinlik ve çocukluk çağı travmalarının, disfonksiyonel

aile dinamiklerinin, çocuğa ilişkin hissedilen olumsuz duyguların, zorlayıcı çocuk büyütme ve hamilelik süreci deneyimleri, tanılı grubun ebeveynlerinde tanısız grubun ebeveynlerine kıyasla daha fazla yaşandığını göstermiştir. Tanısız grubun ebeveynlerinin ise, olumlu çocukluk deneyimlerini, fonksiyonel aile özelliklerini, rahat çocuk büyütme ve hamilelik süreci deneyimlerini tanılı grubun ebeveynlerine kıyasla daha fazla yaşadığı görülmüştür. Doktora tez araştırmamızın sonucu, çocukluk çağı travmalarının yetişkinlikte dissosiyatif yaşantılara, psikiyatrik belirtilere ve istismar edici ebeveynlik tutumlarına yol açtığını göstermiştir. Çalışmamızın gösterdiği bu sonuç ile kişide yetişkinlik döneminde ortaya çıkan negatif durumların ebeveynlik stili aracılığıyla çocukları olumsuz şekilde etkilediği, bu süreçten etkilenen çocukların ise daha fazla dikkat eksikliği ve hiparektivite bozukluğu belirtileri gösterdiği ve daha fazla dikkat eksikliği ve hiparektivite bozukluğu tanısı aldığı tespit edilmiştir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunu modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanaliz kuramı açısından inceleyen çalışmamız, bu konu üzerinde gerçekleştirilmiş kapsamlı ve öncü bilimsel araştırmalardan biridir. Çocukluk çağı travmalarının uzun dönemli sonuçlarının sonraki kuşaklara etkisinin dolaylı yollarla ulaştığını gösteren çalışmamız, travmanın kısa ve uzun dönemli olumsuz ruhsal etkilerinin dissoanalitik bir yaklaşımla nötralize edilerek fonksiyonel ailelerin, sağlıklı ve gelişim odaklı nesillerin var olabilmelerinin imkanlı kılınabileceğini öncül bir önemle vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dissoanaliz; modern psikotravmatoloji; aile psikolojisi; aile psikopatolojisi; çocukluk çağı travmaları; dissosiyasyon; dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu; çocuk yetiştirme stilleri; travma sonrası büyüme

DEHB Tanısı Olan Çocukların Ebeveynlerinin Modern Psikotravmatoloji ve Psikopatoloji Açısından Değerlendirilmesi

EVALUATION OF PARENTS OF CHILDREN DIAGNOSED WITH ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER IN TERMS OF MODERN PSYCHOTRAUMATOLOGY AND PSYCHOPATHOLOGY

Kerem ÇETİNKAYA

Istanbul University-Cerrahpaşa, Institute of Forensic Sciences and Legal Medicine, Department of Social Sciences, Doctoral Thesis

Supervisor: Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK

ABSTRACT

The primary objective of our doctoral research is to compare the childhood traumas, dissociative experiences, psychopathological histories, posttraumatic growth levels, and child-rearing styles between parents of children with attention deficient hyperactivity disorders, and parents of children without any of these disorders from modern psychotraumatological and dissoanalysis perspectives. This study employs a mixed method approach, integrating qualitative and quantitative methodologies. The sample is divided into the diagnosed and undiagnosed groups. The first group of the sample, namely parents of the diagnosed group, consists of the parents of 60 children diagnosed with attention deficit and hyperactivity disorder aged between 5 and 11, who are enrolled as pupils in public primary schools located on the Asian side of Istanbul. The second group, namely the parents of the undiagnosed group, consists of parents of 60 additional children who share similar demographics but do not have any diagnosis. The initial phase of the study involves conducting a quantitative analysis on a sample of 240 participants, divided into four groups (diagnosed group: 60 mothers, 60 fathers; undiagnosed group: 60 mothers, 60 fathers). The second phase consists of a qualitative investigation conducted through 60 semi-structured interviews with four groups (diagnosed

group: 15 mothers, 15 fathers; undiagnosed group: 15 mothers, 15 fathers). Data were gathered through the utilization of various assessment tools, including the Childhood Trauma Questionnaire, the Dissociative Experiences Scale, the Brief Symptom Inventory, the Posttraumatic Growth Inventory, the Adult-Adolescent Parenting Inventory and, the Conner's Parent Rating Scale-Revised Short Form, which was administered during face-to-face interviews. The Qualitative Semi-Structured Interview Form designed by the researcher was utilized during face to face interviews. Both qualitative and quantitative data have been collected using the survey and interview instruments. Frequency distribution test, independent samples t test, pearson correlation analysis, multiple linear regression analysis, mediation analysis and bootstrapping analysis have been executed over the gathered data. The quantitative analysis revealed that statistically, the Childhood Trauma Questionnaire mean score (38,05) of the diagnosed group was found to be significantly higher than the Childhood Trauma Questionnaire mean score (31,43) of the undiagnosed group; the Dissociative Experiences Scale mean score (18,45) of the diagnosed group was found to be significantly higher than the Dissociative Experiences Scale mean score (11,61) of the diagnosed group; the Brief Symptom Inventory mean score (42,35) of the diagnosed group was found to be significantly higher than the Brief Symptom Inventory mean score (23,50) of the undiagnosed group; the oppositional subdimension of the Conner's Parent Rating Scale-Revised Short Form mean score (7,88) of the diagnosed group was found to be significantly higher than the oppositional subdimension of the Conner's Parent Rating Scale-Revised Short Form mean score (2,84) of the undiagnosed group; the cognitive problems subdimension of the Conner's Parent Rating Scale-Revised Short Form mean score (9,13) of the diagnosed group was found to be significantly higher than the cognitive problems subdimension of the Conner's Parent Rating Scale-Revised Short Form mean score (1,68) of the undiagnosed group; the hyperactivity subdimension of the Conner's

Parent Rating Scale-Revised Short Form mean score (7,21) of the diagnosed group was found to be significantly higher than the hyperactivity subdimension of the Conner's Parent Rating Scale-Revised Short Form mean score (1,70) of the undiagnosed group and attention deficit and hyperactivity disorder index score (18,57) of the diagnosed group was found to be significantly higher than the total Attention Deficit And Hyperactivity Disorder Index scores (5,17) of the undiagnosed group (p<,001). Moreover, statistically the expectations of children subdimension of the Adult-Adolescent Parenting Inventory mean score (20,93) of the diagnosed group was significantly lower than the expectations of children subdimension of the Adult-Adolescent Parenting Inventory mean score (24,83) of the undiagnosed group; the parental empathy towards children's needs subdimension of the Adult-Adolescent Parenting Inventory mean score (31,91) of the diagnosed group was significantly lower than the parental empathy towards children's needs subdimension of the Adult-Adolescent Parenting Inventory mean score (37,19) of the undiagnosed group; use of corporal punishment subdimension of the Adult-Adolescent Parenting Inventory mean score (38,90) of the diagnosed group was significantly lower than use of corporal punishment subdimension of the Adult-Adolescent Parenting Inventory mean score (44,53) of the undiagnosed group; parent-child family roles subdimension of the Adult-Adolescent Parenting Inventory mean score (21,65) of the diagnosed group was significantly lower than parent-child family roles subdimension of the Adult-Adolescent Parenting Inventory mean score (24,40) of the undiagnosed group; children's power and independence subdimension of the Adult-Adolescent Parenting Inventory mean score (18,25) of the diagnosed group was significantly lower than children's power and independence subdimension of the Adult-Adolescent Parenting Inventory mean score (20,30) of the undiagnosed group (p<,001). In between groups, the scores of the Posttraumatic Growth Inventory didn't display any statistically significant difference. The correlation analysis

revealed statistically significant associations between variables. Specifically, there were a statistically positive significant correlation between childhood trauma and dissociative experiences (r=.399; p<.001), psychiatric symptoms (r=.254; p<.001), and symptoms of ADHD in their children (r=.284; p<.001); a statistically negative significant correlation between expectations of children (r=-.333; p<.001), parental empathy towards children's needs (r=-.375; p<.001), use of corporal punishment (r=-.383; p<.001), parent-child family roles (r=-.336; p<.001), children's power and independence (r=-.413; p<.001) and post-traumatic growth (r =-.185, p<.05). Regression analysis utilized for variables in diagnosed group displayed that childhood trauma (R=.345; R^2=.080); dissociative experiences (R=.390; R^2=.145); expectations of children (R=.292; R^2=.077), the parental empathy towards children's needs (R=.328; R^2=.100), use of corporal punishment (R=.293; R^2=.078), children's power and independence (R=.331; R^2=.102) predicted the symptoms of ADHD in children statistically significantly. The mediation models were hypotized in compliance with Hayes's Model 4 and tested via SPSS PROCESS. It was found that childhood trauma had indirect effects (ß=.130; p<,05) on the symptoms of ADHD in children through the mediation of dissociative experiences. Childhood trauma had indirect effects (ß= ,106; p<,05) on the symptoms of ADHD in children through the mediation of parental empathy towards children's needs. Childhood trauma had both direct (ß=,208; p<,05) and indirect effects (ß= ,082; p<,05) on the symptoms of ADHD in children through the mediation of expectations of children. Childhood trauma had both direct (ß=,195; p<,05) and indirect effects (ß=,094; p<,05) on the symptoms of ADHD in children through the mediation of use of corporal punishment. Childhood trauma had both direct (ß=,195; p<,05) and indirect effects (ß=,095; p<,05) on the symptoms of ADHD in children through the mediation of children's power and independence. As a result of the qualitative analysis of the study nine different themes were created: "*challenging characteristics of children*", "*positive*

characteristics of children", " *challenging /traumatic experiences of parents*", "*positive childhood experiences of parents*", "*functional family characteristics*", "*dysfunctional family characteristics*", "*negative feelings that parents feel towards their children*", "*child-rearing process*" and "*pregnancy process*". The qualitative analysis of the study revealed that parents in the diagnosed group exhibit a higher prevalence of adult and childhood traumatic experiences, dysfunctional family dynamics, negative emotions towards the child, compulsive child-rearing, and challenging pregnancy experiences compared to parents in the undiagnosed group. Also, it was found that the undiagnosed group parents had more positive childhood experiences, functional family characteristics, comfortable child raising and pregnancy experiences than the diagnosed group parents. Our doctoral dissertation provides substantiation that the childhood trauma experienced by parents results in dissociative occurrences, psychiatric symptoms, deficient and incompetent parenting methodologies in persons, and subsequently has an adverse impact on offspring, culminating in heightened ADHD symptoms and an augmented prevalence of ADHD diagnoses among youngsters. Our broad and novel scientific study examines attention deficient hyperactivity disorder from a psychotraumatological and dissoanalytic approach. Our PhD study, which demonstrates that the long-term effects of childhood trauma may extend to later generations, emphasizes the notion that, with a dissoanalytic approach, it is possible to neutralize the short- and long-term negative psychological effects of intergenerational transmission of trauma, to promote functional families, healthy and development-oriented generations.

Keywords: Dissoanalysis; modern psychotraumatology; family psychology; family psychopathology; childhood trauma; dissociation; attention deficit and hyperactivity disorder; child-rearing styles; posttraumatic growth

ÖNSÖZ

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı'nda doktora tezi olarak hazırlanmıştır. "*Modern psikotravmatoloji: travma ve dissosiyasyon*", "*dissoanaliz kuramı*" ve "*aile psikopatolojisi*" ekseninde yürütülen bu doktora tezi, Enstitümüzün Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı'nda Prof. Dr. Erdinç Öztürk'ün başkanlığında bilimsel faaliyetlerin yürütüldüğü "*Psikotravmatoloji ve Psikotarih Araştırmaları Birimi*"nde gerçekleştirilmiştir.

"*Modern psikotravmatoloji: travma ve dissosiyasyon*", "*dissoanaliz kuramı*", "*aile psikolojisi"* ve *"aile psikopatolojisi*", "*disfonksiyonel aile dinamikleri*", "*kuşaklararası travma geçişi*" ve "*fonksiyonel çocuk yetiştirme stilleri*" alanları ile tanışmamı ve bu konuda çalışmalar yapmamı sağlayan, doktora ve tez sürecim boyunca bana ve diğer tüm öğrencilerine sıcak, adil, empatik, dürüst ve doğal davranan hatta bu yaklaşımları sayesinde kendimi sıcak bir aile ortamındaymış gibi hissetmemi sağlayan, adeta kendisinin tanımladığı gibi öğrencilerine karşı "*doğal ve rehber*" olan, travmaların olumsuz etkilerinin genişlemesini engellemeye çalışan, bu doğrultuda hem bireysel hem de toplumsal gelişimi hedefleyen ve bunun için çok çalışan, tezimin başından sonuna kadar ilgisini, deneyimlerini, bilgisini ve desteğini kesintiye uğratmadan her an hissettiren, rehberliğiyle akademik gelişimimin önünü açan ve vizyonumu geliştiren, yoluma ışık tutan tez danışmanım İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Müdürü, Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı Başkanı, Psikotravmatoloji ve Psikotarih Araştırmaları Birimi Başkanı Sayın Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK hocama üst düzey emekleri, akademik karşılıklılığı, destekleri ve aynı zamanda kabul edici, kapsayıcı ve anlayışlı yaklaşımı için sonsuz saygı, minnet ve teşekkürlerimi sunuyorum.

DEHB Tanısı Olan Çocukların Ebeveynlerinin Modern Psikotravmatoloji ve Psikopatoloji Açısından Değerlendirilmesi

Doktora tez izleme komite üyeliği görevi vesilesiyle tanıştığım ve bilimsel desteklerini hissettiğim, yardımsever ve başarılı hocalarım Prof. Dr. Suat KÜÇÜKGÖNCÜ ve Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞARLAK'a verdikleri emeklerden ve samimiyetlerinden ötürü çok teşekkür ediyorum. Doktora eğitimim sürecinde verdikleri dersler ve bilimsel önerileri için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü'ndeki tüm değerli hocalarıma ve enstitü içerisinde yer alan tüm personele teşekkür ediyorum. Tez sürecim boyunca her başım sıkıştığında desteğini hissettiğim, çalışkanlığına, yardım severliğine ve sakin kişiliğine derin saygı duyduğum Öğr. Gör. Dr. Görkem DERİN'e, tezimin son dönemlerindeki zorlu süreçte bilimsel görüşlerinin ve yardımlarının çokça faydasını gördüğüm Uzm. Psk. Dan. Tuğba EMEN'e ve Dr. Mustafa Şahin ÖZDEN'e teşekkür ediyorum. Doktoranın hayatıma kazandırdığı ve beraber aynı süreçlerden geçip aynı yolda yürüdüğüm, bu yolda yürürken de her zaman desteğini hissettiğim kıymetli arkadaşım Klinik Psikolog Emre AYAR'a teşekkür ederim. Dostluklarıyla, arkadaşlıklarıyla her zaman desteğini hissettiren kıymetli arkadaşlarım Öğr. Gör. Gökhan ALATAŞ'a, Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Fatih UZUN'a, Öğr. Gör. İsmail Hakkı ÇALIŞKAN'a, Arş. Gör. Uğur YAZICI'ya ve bilgi birikimiyle kritik noktalarda beni aydınlatan Dr. Mustafa DERVİŞOĞULLARI ile Dr. Sinan OKUR'a çok teşekkür ederim.

Bu zorlu süreçte hep yanımda olan sevgili eşim Ayfer ÇETİNKAYA'ya ve bir gülüşü ile hayatıma sonsuz enerji sağlama gücüne sahip olan biricik kızım Duru ÇETİNKAYA'ya, varlıklarıyla ve duruşlarıyla her zaman örnek aldığım abilerim Ramazan, Emin ve Samet ÇETİNKAYA'ya, mutlu olmayı her zaman hak eden canım annem Tülay ÇETİNKAYA'ya, bu süreçte ellerinden geldiğince destek olan kayınvalidem Ayten KABACA ve kayınbabam Ahmet KABACA'ya sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Uzm. Psk. Dan. Kerem ÇETİNKAYA

İstanbul, 2024

İÇİNDEKİLER

BEYAN I

ÖZET III

ABSTRACT VIII

ÖNSÖZ XIII

İÇİNDEKİLER XV

TABLOLAR LİSTESİ I

ŞEKİLLER LİSTESİ X

1. GİRİŞ VE AMAÇ 1

2. GENEL BİLGİLER 10

2.1. Aile 10

2.1.1. Aile Kavramı 10

2.1.2. Fonksiyonel Aile Modeli 13

2.1.3. Fonksiyonel Ailelerin Ortak Özellikleri 14

2.1.4. Disfonksiyonel (Görünürde Normal) Aile Modelleri 19

2.1.4.1. Dışa Dönük (Extratensif) Aile Modeli 21

2.1.4.2. İçe Dönük (Introversif) Aile Modeli 22

2.1.4.3. Karma (Mixed) Aile Modeli 23

2.1.4.4. Dönüşebilen (Reversible) Aile Modeli 24

2.1.4.5. Dissosiyatif Aile Modeli 25

2.1.4.6. Şizoidi Aile Modeli 25

2.1.4.7. Depresif Aile Modeli 26

2.1.4.8. Narsisistik Aile Modeli 27

2.1.4.9. Ensest Aile Modeli 27

2.1.4.10. Obsesif ve Kompulsif Eğilimli Aile Modeli 28
2.1.4.11. Dijital Aile Modeli 29
2.1.5. Disfonksiyonel Aile Dinamikleri ve İletişim Şekilleri 30
2.1.5.1. Ailede Gizli Cepheleşme 31
2.1.5.2. Patolojik Konformizm 31
2.1.5.3. Sahte Karşılıklılık 32
2.1.5.4. Çift Mesaj 32
2.1.5.5. Paylaşan Ebeveynlik 33
2.1.5.6. Güvensiz Bağlanma, İstismarcıya Bağlanma ve İstismarcıyla Özdeşim Kurma 34
2.1.5.7. Hasta ya da Aptal Rolü 34
2.1.5.8. Duyarsızlık 35
2.1.5.9. Evlat Ayrımı 36
2.1.5.10. Şımartılma 36
2.1.5.11. Arkadaş Anne ve Baba 37
2.1.5.12. Anne ve Babalık Reddi 37
2.1.5.13. Yüksek Beklenti Düzeyi 38
2.1.5.14. Ebeveynlerin Rol Değişimleri ve Diğerinin Yerini Doldurma Girişimleri 39
2.1.5.15. Değişken Oranlı Kural ve Kuralsızlıklar 39
2.1.5.16. Okutulmama 40
2.1.5.17. Çocuk İşçiliği 41
2.1.5.18. Yetişkinleştirme veya Çocuklaştırma 41
2.1.5.19. Psikoloğa, Doktora ve Dişçiye Götürmeme 42
2.1.5.20. Haset, Kıskançlık ve Nezaketsizlik 43
2.1.5.21. Çocuktan, Ergenden ve Yetişkinden Ebeveynlere Yönelik Şiddet 44

2.1.6. Aile İçi Şiddet 45
2.1.6.1. Aile İçi Şiddet Mağduru Olarak Çocuklar 47
2.1.6.2. Aile İçi Şiddet ile İlişkili Hukuksal Düzenlemeler 48
2.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) 50
2.2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi 51
2.2.1.1. Genetik Faktörler 52
2.2.1.2. Çevresel Faktörler 53
2.2.1.3. Psikososyal Faktörler 53
2.2.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Epidemiyolojisi 54
2.2.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile Çocuk Yetiştirme Stilleri 56
2.2.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile Çocukluk Çağı Travmaları 58
2.2.5. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tedavisi 60
2.3. Psikotravmatoloji ve Modern Psikotravmatoloji 62
2.3.1. Psikotravmatolojinin Tarihsel Gelişimi 64
2.3.2. Modern Psikotravmatoloji 66
2.3.3. Bir Modern Psikotravmatoloji Kuramı Olarak Dissoanaliz 69
2.3.4. Çocukluk Çağı Travmaları 70
2.3.4.1. Fiziksel İstismar 72
2.3.4.2. Duygusal İstismar 73
2.3.4.3. Cinsel İstismar 75
2.3.4.4. İhmal 76
2.3.4.5. Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikopatoloji 77
2.3.4.6. Kuşaklararası Travma Geçişi 81
2.3.4.7. Çocukluk Çağı Travmaları ve Adli Bilimler 86

2.4. Dissosiyasyon 88
2.4.1. Dissosiyasyon Kavramı 88
2.4.1.1. Aktüel Hayatın Dissosiyasyonu: Normatif Dissosiyasyon 91
2.4.1.2. Klinik: Psikolojik Dissosiyasyon 92
2.4.1.3. Toplumsal: Sosyal Dissosiyasyon 94
2.4.1.4. Siber: Güdümsel/Güdümlü Dissosiyasyon 95
2.4.1.5. Somatoform Dissosiyasyon 97
2.4.2. Dissosiyatif Yaşantıları Açıklayan Temel Kuramlar 98
2.4.2.1. Psikotoplumsal Terapi: "*Dissoanaliz Kuramı*" 98
2.4.2.2. Psikotoplumsal Bilinç Alyansı Kuramı 100
2.4.2.3. Dissosiyatif Yansıtımlı Kimlik Geçişi Teorisi 102
2.4.2.4. Neodissosiyasyon Teorisi 103
2.4.3. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Önlenmesinde Dissoanalitik Yaklaşım 104
2.4.4. DSM-5'e Göre Dissosiyatif Bozuklukların Sınıflandırılması 106
2.4.4.1. Dissosiyatif Bozukluklar 106
2.4.4.2. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu 107
2.4.4.3. Dissosiyatif Amnezi 108
2.4.4.4. Depersonalizasyon-Derealizasyon Bozukluğu 108
2.4.4.5. Tanımlanmış Diğer Bir Dissosiyatif Bozukluk 109
2.4.4.6. Tanımlanmamış Dissosiyatif Bozukluk 110
2.4.5. Adli Psikopatoloji Perspektifinden Dissosiyatif Bozukluklar 111
2.5. Çocuk Yetiştirme Stilleri 113
2.5.1. Baumrind'in Çocuk Yetiştirme Stilleri 116
2.5.1.1. Otoriter Stil 117

2.5.1.2. Demokratik Stil 118
2.5.1.3. Aşırı Hoşgörülü (İzin Verici) Stil 118
2.5.1.4. İhmalkar/İlgisiz Stil 119
2.5.2. Kapsamlı Genel Ebeveynlik Modeli 120
2.5.2.1. Bakım Verme/Besleyici Olma 120
2.5.2.2. Yapılandırma 121
2.5.2.3. Davranışsal Kontrol 121
2.5.2.4. Aşırı Koruyucu Olma 122
2.5.2.5. Zorlayıcı Kontrol 123
2.5.3. Psikotarihsel Çocuk Yetiştirme Stilleri 124
2.5.3.1. Çocuk Öldüren Evre 124
2.5.3.2. Terk Eden Evre 125
2.5.3.3. Tutarsız Evre 126
2.5.3.4. Müdahaleci Evre 126
2.5.3.5. Sosyalleştirici Evre 127
2.5.3.6. Yardım Edici Evre 128
2.5.3.7. Yol Gösterici Evre 129
2.5.3.8. Doğal ve Rehber Ebeveynlik Stili 130
2.6. Psikopatoloji 131
2.6.1. Anksiyete 134
2.6.2. Depresyon 135
2.6.3. Olumsuz Benlik 136
2.6.4. Somatizasyon 137
2.6.5. Hostilite 138

2.7. Travma Sonrası Büyüme 139
2.7.1. Travma Sonrası Büyüme Fenomeni 139
2.7.2. Benlik Algısında Değişim 140
2.7.3. Başkalarıyla İlişkilerde Değişim 141
2.7.4. Yaşam Felsefesinde Değişim 142
3. GEREÇ VE YÖNTEM 143
3.1. Araştırmanın Modeli 143
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 144
3.3. Verilerin Toplanması 147
3.4. Araştırmanın Nicel Boyutunda Kullanılan Veri Toplama Araçları 149
3.4.1. Demografik ve Psikotravmatoloji Temelli Görüşme Formu 149
3.4.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) 149
3.4.3. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) 150
3.4.4. Kısa Semptom Envanteri (KSE) 151
3.4.5. Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) 152
3.4.6. Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri (YEEE) 153
3.4.7. Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği–Yenilenmiş Kısa Formu (CADÖ-YK) 153
3.5. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu 154
3.6. Veri Analizi 155
3.6.1. Nicel Verilerin Analizi 155
3.6.2. Nitel Verilerin Analizi 157
4. BULGULAR 158
4.1. Nicel Verilerden Elde Edilen Bulgular 158
4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri 158

4.1.2. Katılımcıların Ebeveyn Grupları Açısından CTQ, DES, KSE, YEEE, TSBE ve CADÖ-KF Puanlarındaki Farklılığa İlişkin Analiz Sonuçları 171
4.1.3. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travma Durumları Açısından DES, KSE, YEEE, TSBE ve CADÖ-KF Puanlarındaki Değişime İlişkin Sonuçlar 183
4.1.4. Katılımcıların CTQ, DES, KSE, YEEE, TSBE ve CADÖ-KF Ölçme Araçlarından Elde Ettikleri Puanlar Arasındaki İlişki 194
4.1.5. Regresyon Analizleri 212
4.1.5.1. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Çocuklarının Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerini Yordama Gücüne İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Bulguları 213
4.1.5.2. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Dissosiyatif Yaşantılarının Çocuklarının Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerini Yordama Gücüne İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları 214
4.1.5.3. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Ebeveynlik Tutumlarının Çocuklarının Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerini Yordama Gücüne İlişkin Regresyon Analizi Bulguları 215
4.1.5.4. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Psikiyatrik Belirtileri Yordama Gücüne İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Bulguları Ebeveynlerin 216
4.1.7.5. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerin Dissosiyatif Yaşantılarının Psikiyatrik Belirtileri Yordama Gücüne İlişkin Basit Doğrulsal Regresyon Analizi Bulguları 218
4.1.6. Aracılık Modellerine Ait Bulgular 219
4.1.6.1. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Dissosiyatif Yaşantıların Aracılık Etkisine Ait Bulgular 222

4.1.6.2. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasındaki İlişkide Ebeveynlik Tutumlarının Aracılık Etkisine İlişkin Bulgular 225

4.1.6.3. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocukların DEHB Belirtileri Arasında Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati Tutumlarının Aracılık Etkisine Ait Bulgular 228

4.1.6.4. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocukların DEHB Belirtileri Arasında Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Ceza Kullanmaya İlişkin Tutumlarının Aracılık Etkisine Ait Bulgular 230

4.1.6.5. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Çocukların Güç ve Bağımsızlığına İlişkin Tutumlarının Aracılık Etkisine Ait Bulgular 232

4.1.6.6. Tanılı Grubun Annelerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Dissosiyatif Yaşantıların ve Ebeveyn Tutumların Aracılık Etkisine Ait Bulgular..... 234

4.1.6.7. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Dissosiyatif Yaşantıların ve Ebeveyn Tutumlarının Aracılık Etkisine Ait Bulgulaır 240

4.2. Nitel Verilerden Elde Edilen Bulgular 250

4.2.1. Çocukların Zorlayıcı Özellikleri Temasına Ait Bulgular 252

4.2.1.1. Ebeveynlerin Bildirdiği "*Çocukların Davranış Sorunları*" Kategorisine Ait Bulgular..... 256

4.2.1.2. Çocukların Yaşadığı Fiziksel Hastalıklar Kategorisine Ait Bulgular..... 258

4.2.1.3. Çocuğun Büyüme Sürecinde Hissettiği Olumsuz Duygular Kategorisine Ait Bulgular 259
4.2.1.4. Çocuğun Sorunlu Anne Sütü Emme Davranışı Kategorisine Ait Bulgular 261
4.2.1.5. Çocuğun Ebeveynleriyle Olumsuz İlişkisi Kategorisine Ait Bulgular 262
4.2.2. Ebeveynlerine Göre "*Çocukların Olumlu Özellikleri*" Temasına Ait Bulgular 262
4.2.3. Zorlayıcı ve Travmatik Deneyimler Temasına Ait Bulgular 266
4.2.3.1. Babaların Çocukluk Çağı Travmaları Kategorisine Ait Bulgular 268
4.2.3.2. Annelerin Çocukluk Çağı Travmaları Kategorisine Ait Bulgular 276
4.2.3.3. Annelerin Yetişkinlikte Yaşadığı Zorlayıcı ve Travmatik Deyimler Kategorisine Ait Bulgular 285
4.2.3.4. Babaların Yetişkinlikte Yaşadığı Zorlayıcı ve Travmatik Deyimler Kategorisine Ait Bulgular 290
4.2.3.5. Üst Kuşak Ebeveynlerin Travmatik Deneyimleri ve Diğer Travmatik Deneyimler Kategorisine Ait Bulgular 296
4.2.4. Ebeveynlerin Olumlu Çocukluk Deneyimleri Temasına Ait Bulgular 301
4.2.4.1. Babaların Olumlu Çocukluk Deneyimleri Kategorisine Ait Bulgular 302
4.2.4.2. Annelerin Olumlu Çocukluk Deneyimleri Kategorisine Ait Bulgular 305
4.2.5. Fonksiyonel Aile Özellikleri Temasına Ait Bulgular 308
4.2.5.1. Olumlu Ebeveynlik Becerileri Kategorisine Ait Bulgular 310
4.2.5.2. Aile Üyelerinin Birbirine Olan Desteği Kategorisine Ait Bulgular 320
4.2.5.3. Diğer Aile Üyelerine Karşı Olumlu Tutumlar Kategorisine Ait Bulgular 324
4.2.5.4. Ailenin Sorun Çözebilme Becerisi Kategorisine Ait Bulgular 327
4.2.5.5. Mutlu/Huzurlu Aile Ortamına Sahip Olmak Kategorisine Ait Bulgular 330
4.2.5.6. Diğer Fonksiyonel Aile Özellikleri Kategorisine Ait Bulgular 332

4.2.6. Disfonksiyonel Aile Özellikleri Temasına Ait Bulgular 334
4.2.6.1. Disfonksiyonel Çocuk Yetiştirme Stilleri Kategorisine Ait Bulgular 337
4.2.6.2. Ebeveynlik Çatışmaları ve Rol Karmaşaları Kategorisine Ait Bulgular 343
4.2.6.3. Eşlerin Çatışmaları ve İletişim Problemleri Kategorisine Ait Bulgular 346
4.2.6.4. Diğer Aile Üyelerine Karşı Olumsuz Tutumlar Kategorisine Ait Bulgular 351
4.2.6.5. Ebeveynlerin Yaşadığı Ruhsal Sorunlar Kategorisine Ait Bulgular..... 355
4.2.6.6. Çocuk Büyütme Sürecinde Eşlerin Birbirini Desteklememesi Kategorisine Ait Bulgular..... 357
4.2.7. Çocuğa İlişkin Ebeveynlerin Hissettiği Olumsuz Duygular Temasına Ait Bulgular360
4.2.8. Çocuk Büyütme Süreci Temasına Ait Bulgular 367
4.2.8.1. Çocuk Büyütürken Zorlanma Durumu Kategorisine Ait Bulgular..... 369
4.2.8.2. Annenin Doğum Sonrası Psikolojik Durumu Kategorisine Ait Bulgular..... 372
4.2.8.3. Bebekle İlk Karşılaşma Deneyimi Kategorisine Ait Bulgular..... 375
4.2.8.4. Ebeveynlik Deneyim Durumu Kategorisine Ait Bulgular..... 378
4.2.8.5. Diğer Çocuklarla İlişkili Sorunlar Kategorisine Ait Bulgular 381
4.2.9. Hamilelik Süreci Temasına Ait Bulgular 386
4.2.9.1. Zorlayıcı Hamilelik/Doğum Süreci Kategorisine Ait Bulgular 387
4.2.9.2. Diğer Kodlara Ait Bulgular 391
5. TARTIŞMA 393
5.1. Modern Psikotravmatoloji ve Dissoanaliz Kuramı Açısından Nicel Bulguların Tartışılması 393
5.2. Modern Psikotravmatoloji ve Dissoanaliz Kuramı Açısından Nitel Bulguların Tartışılması 424
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 438

7. KAYNAKÇA 457
8. EKLER 532
8.1. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU 532
8.2. DEMOGRAFİK VE PSİKOTRAVMATOLOJİ TEMELLİ GÖRÜŞME FORMU 534
8.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMA ÖLÇEĞİ 541
8.4. DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ 543
8.5. KISA SEMPTOM ENVANTERİ 549
8.6. YETİŞKİN ERGEN EBEVEYN TUTUMLARI ÖLÇEĞİ 552
8.7. TRAVMA SONRASI BÜYÜME ENVANTERİ 555
8.8. YENİLENMİŞ CONNERS ANABABA DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ KISA FORMU 556
8.9. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU (ANNE FORMU) 558
8.10. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU (BABA FORMU) 562
9. ÖZGEÇMİŞ 567

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo I. Katılımcıların Demografik Özellikleri 158

Tablo II. Katılımcıların Tanı Durumuna İlişkin Bulgular 159

Tablo III. Ebeveynlerin Çocukluk Çağında İhmale Maruz Kalma Deneyimlerine İlişkin Bulgular 160

Tablo IV. Ebeveynlerin Çocukluk Çağında Şiddet Görme Durumuna İlişkin Bulgular 162

Tablo V. Ebeveynleri Evlilik Hayatında Şiddet Görme Durumuna İlişkin Bulgular 163

Tablo VI. Ebeveynlerin Sigara, Alkol ve Madde Kullanımına İlişkin Bulgular 165

Tablo VII. Ebeveynlerin Köken Aile Üyelerine İlişkin Bulgular 166

Tablo VIII. Ebeveynlerin Çocuk Yetiştirme Deneyimlerine İlişkin Bulgular 167

Tablo IX. Ebeveynlerin Çocuk Yetiştirme Stillerine İlişkin Bulgular 169

Tablo X. Katılımcıların Çocuklarına İlişkin Bulgular 170

Tablo XI. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları 172

Tablo XII. Tanılı ve Tanısız Grupların Annelerinin ve Babalarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları 173

Tablo XIII. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları 174

Tablo XIV. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları 175

Tablo XV. Tanılı Grubun Annelerinin ve Babalarının Kısa Semptom Envanteri (KSE) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları 176

DEHB Tanısı Olan Çocukların Ebeveynlerinin Modern Psikotravmatoloji ve Psikopatoloji Açısından Değerlendirilmesi

Tablo XVI. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri (YEEE) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları..... 177
Tablo XVII. Tanılı ve Tanısız Grubun Annelerinin ve Babalarının Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri (YEEE) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları178
Tablo XVIII. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları 179
Tablo XIX. Tanılı ve Tanısız Grubun Annelerinin ve Babaların Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları 180
Tablo XX. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formu (CADÖ-YK) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları 181
Tablo XXI. Tanılı ve Tanısız Grupların Annelerinin ve Babalarının Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formu (CADÖ-YK) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları 182
Tablo XXII. Ebeveyn Gruplarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Kesme Puanlarına Göre Frekansları 183
Tablo XXIII. Çocukluk Çağı Travma Düzeyine Göre Annelerin ve Babalarının Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) Sıra Ortalaması Puanlarının Karşılaştırılması ve Mann Whitney U-testi Sonuçları 184
Tablo XXIV. Çocukluk Çağı Travma Düzeyine Göre Tanılı Gruptaki Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri (KSE) Puanlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları 185

Tablo XXV. Çocukluk Çağı Travma Düzeyine Göre Tanısız Grubun Ebeveynlerinin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Sıra Ortalaması Puanlarının Karşılaştırılması ve Mann-Whitney U-testi Sonuçları 186

Tablo XXVI. Çocukluk Çağı Travma Düzeyine Göre Tanılı Grubun Annelerinin ve Babalarının Kısa Semptom Envanteri (KSE) Puanlarının Karşılaştırılması Bağımsız Örneklemler t-testi ve Mann Whitney U-testi SonuçlarıB 187

Tablo XXVII. Çocukluk Çağı Travma Düzeyine Göre Katılımcıların Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri (YEEE) Puanlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları 189

Tablo XXVIII. Çocukluk Çağı Travma Düzeyine Göre Tanılı Grubun Annelerinin ve Babalarının Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri (YEEE) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları 190

Tablo XXIX. Çocukluk Çağı Travma Düzeyine Göre Ebeveynlerin Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formu (CADÖ-YK) Puanlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları 192

Tablo XXX. Çocukluk Çağı Travma Düzeyine Göre Tanılı Grubun Annelerinin ve Babaların Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formu (CADÖ-YK) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları 193

Tablo XXXI. Tüm Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri, Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiyi Gösteren Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları 195

Tablo XXXII. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri,

Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiyi Gösteren Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları 198
Tablo XXXIII. Tanılı Grubun Annelerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri, Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiyi Gösteren Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları 201
Tablo XXXIV. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri, Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiyi Gösteren Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları 204
Tablo XXXV. Tanısız Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri, Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiyi Gösteren Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları 207
Tablo XXXVI. Tanısız Grubun Annelerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri, Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiyi Gösteren Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları 209
Tablo XXXVII. Tanısız Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri, Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiyi Gösteren Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları 211

Tablo XXXVIII. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Çocuklarının Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerini Yordama Gücüne İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Bulguları 213
Tablo XXXIX. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Dissosiyatif Yaşantılarının Çocuklarının DEHB Belirtilerini Yordama Gücüne İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları 214
Tablo XL. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Ebeveynlik Tutumlarının Çocuklarının Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerini Yordama Gücüne İlişkin Basit Regresyon Analizi Bulguları 215
Tablo XLI. Tanısız Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Psikiyatrik Belirtileri Yordama Gücüne İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Bulguları 217
Tablo XLII. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Psikiyatrik Belirtileri Yordama Gücüne İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Bulguları 217
Tablo XLIII. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Dissosiyatif Yaşantılarının Psikiyatrik Belirtileri Yordama Gücüne İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları 218
Tablo XLIV. Tanısız Grubun Ebeveynlerinin Dissosiyatif Yaşantılarının Psikiyatrik Belirtileri Yordama Gücüne İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları 219
Tablo XLV. Aracılık Modelinde İncelenen Değişkenler Arasındaki Korelasyon Değerleri . 220
Tablo XLVI. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Dissosiyatif Yaşantıların Aracılık Etkisi Analizi Sonuçları 222
Tablo XLVII. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Dissosiyatif Yaşantıların Bootstrap Temelli Aracı Değişken Etkisi 224

DEHB Tanısı Olan Çocukların Ebeveynlerinin Modern Psikotravmatoloji ve Psikopatoloji Açısından Değerlendirilmesi

Tablo XLVIII. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocukların DEHB Belirtileri Arasında Çocuklardan Beklentilere Yönelik Ebeveyn Tutumlarının Aracılık Etkisi Analizi Sonuçları 226
Tablo XLIX. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Çocuklardan Beklentilere Yönelik Ebeveyn Tutumlarının Bootstrap Temelli Aracı Değişken Etkisi 227
Tablo L. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati Tutumlarının Aracılık Etkisi Analizi Sonuçları 228
Tablo LI. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati Tutumlarının Bootstrap Temelli Aracı Değişken Etkisi 229
Tablo LII. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Ceza Kullanmaya İlişkin Tutumlarının Aracılık Etkisi Analizi Sonuçları 230
Tablo LIII. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Ceza Kullanmaya İlişkin Tutumlarının Bootstrap Temelli Aracı Değişken Etkisi 231
Tablo LIV. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Çocukların Güç ve Bağımsızlığına İlişkin Tutumlarının Aracılık Etkisi Analizi Sonuçları 232
Tablo LV. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Çocukların Güç ve Bağımsızlığına İlişkin Tutumların Bootstrap Temelli Aracı Değişken Etkisi 233

DEHB Tanısı Olan Çocukların Ebeveynlerinin Modern Psikotravmatoloji ve Psikopatoloji Açısından Değerlendirilmesi

Tablo LVI. Tanılı Grubun Anneleri Üzerine Oluşturulan Aracılık Modelinde İncelenen Değişkenler Arasındaki Korelasyon Değerleri 234
Tablo LVII. Tanılı Grubun Annelerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Dissosiyatif Yaşantıların Aracılık Etkisine Ait Analizi Sonuçları 236
Tablo LVIII. Tanılı Grubun Annelerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Dissosiyatif Yaşantıların Bootstrap Temelli Aracı Değişken Etkisi 237
Tablo LIX. Tanılı Grubun Annelerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Ebeveynlik Tutumlarından Çocukların Güç ve Bağımsızlığına Yönelik Tutumların Aracılık Etkisine Ait Analizi Sonuçları 238
Tablo LX. Tanılı Grubun Annelerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Çocukların Güç ve Bağımsızlığına Yönelik Tutumların Bootstrap Temelli Aracı Değişken Etkisi 239
Tablo LXI. Tanılı Grubun Babaları Örneklemi Üzerine Oluşturulan Aracılık Modelinde İncelenen Değişkenler Arasındaki Korelasyon Değerleri 240
Tablo LXII. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Dissosiyatif Yaşantıların Aracılık Etkisine Ait Analizi Sonuçları 242
Tablo LXIII. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Çocuklardan Beklentilere Yönelik Tutumların Aracılık Etkisine Ait Analizi Sonuçları 243
Tablo LXIV. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Çocuklardan Beklentilere Yönelik Tutumların Bootstrap Temelli Aracı Değişken Etkisi 244

Tablo LXV. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati Tutumlarının Aracılık Etkisine Ait Analizi Sonuçları 245
Tablo LXVI. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati Tutumlarının Bootstrap Temelli Aracı Değişken Etkisi 246
Tablo LXVII. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Cezanın Kullanımına Yönelik Tutumların Aracılık Etkisine Ait Analizi Sonuçları 246
Tablo LXVIII. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Cezanın Kullanımına Yönelik Tutumların Bootstrap Temelli Aracı Değişken Etkisi 247
Tablo LXIX. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Ebeveyn-Çocuk Rol ve Sorumluluklarına Yönelik Tutumların Aracılık Etkisine Ait Analizi Sonuçları 248
Tablo LXX. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Ebeveyn-Çocuk Rol ve Sorumluluklarına Yönelik Tutumların Bootstrap Temelli Aracı Değişken Etkisi 249
Tablo LXXI. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Çocukların Güç ve Bağımsızlığına Yönelik Tutumların Aracılık Etkisine Ait Analizi Sonuçları 250
Tablo LXXII. Ebeveyn Gruplarına Ait Kodlama Bilgileri 251
Tablo LXXIII. Temalara Ait Kodlama Bilgileri 252

Tablo LXXIV. Ebeveynler Tarafından Bildirilen "Çocukların Zorlayıcı Özellikleri" Temasına Ait Kategoriler ve Kodlamalar 253

Tablo LXXV. Zorlayıcı ve Travmatik Deneyimler Temasına Ait Kategoriler ve Kodlamalar 267

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Çocukluk Çağı Travmaları ile DEHB Belirtileri Arasındaki İlişkide Dissosiyatif Yaşantıların Aracı Rolüne İlişkin Analizlerin Modellemesi (1.Model)..... 222

Şekil 2. Çocukluk Çağı Travmaları ile DEHB Belirtileri Arasındaki İlişkide Ebeveynlik Tutumlarının Aracılık Etkisine İlişkin Analizlerin Modellemesi (2.Model) 225

Şekil 3. Tanılı Grubun Annelerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasındaki İlişkide Dissosiyatif Yaşantıların ve Çocukların Güç ve Bağımsızlığına Yönelik Ebeveyn Tutumlarının Aracı Rolüne İlişkin Analizlerin Modellemesi (3.Model) .. 235

Şekil 4. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasındaki İlişkide Dissosiyatif Yaşantıların ve Ebeveyn Tutumlarının Aracı Rolüne İlişkin Analizlerin Modellemesi (4.Model)..... 241

Şekil 5. Ebeveynlerin Bildirdiği "*Çocukların Zorlayıcı Özellikleri*" Temasına Ait Kodlamaların Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Yüzdelik Dağılımı 254

Şekil 6. Ebeveynlerin Bildirdiği "*Çocukların Zorlayıcı Özellikleri*" Temasına Ait Kodlamaların Ebeveyn Gruplarına Göre Yüzdelik Dağılımı..... 254

Şekil 7. Ebeveynlerin Bildirdiği "*Çocukların Zorlayıcı Özellikleri*" Temasına Ait Kategorilerin Ebeveyn Gruplarına Göre Yüzdelik Dağılımı..... 255

Şekil 8. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Çocukların Davranış Sorunları*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlanma Yoğunluğu..... 256

Şekil 9. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Çocukların Yaşadığı Fiziksel Hastalıklar*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlanma Yoğunluğu..... 258

Şekil 10. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Çocuğun Büyüme Sürecinde Hissettiği Olumsuz Duygular*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlanma Yoğunluğu..... 259

Şekil 11. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Çocuğun Sorunlu Anne Sütü Emme Davranışı*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlanma Yoğunluğu 261

Şekil 12. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Çocuğun Ebeveynleriyle Olumsuz İlişkisi*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlanma Yoğunluğu..... 262

Şekil 13. "*Çocukların Olumlu Özellikleri*" Temasına Ait Kodlamaların Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Yüzdelik Dağılımı 263

Şekil 14. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Çocukların Olumlu Özellikleri*" Temasına Ait İfadelerinin Kodlanma Yoğunluğu..... 264

Şekil 15. "*Zorlayıcı ve Travmatik Deneyimler*" Temasına Ait Kodlamaların Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Yüzdelik Dağılımı 266

Şekil 16. "*Zorlayıcı ve Travmatik Deneyimler*" Temasına Ait Kategorilerin Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Yüzdelik Dağılımı 268

Şekil 17. Tanılı ve Tanısız Grupların Babalarının "*Çocukluk Çağı Travmaları*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlanma Yoğunluğu 269

Şekil 18. Tanılı ve Tanısız Grupların Babalarının "*Çocukluk Çağı Travmaları*" Kategorisinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik..... 275

Şekil 19. Tanılı ve Tanısız Grupların Annelerinin "*Çocukluk Çağı Travmaları*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlama Yoğunluğu 276

Şekil 20. Tanılı ve Tanısız Grupların Annelerinin "*Çocukluk Çağı Travmaları*" Kategorisinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik..... 284

Şekil 21. Tanılı ve Tanısız Grupların Annelerinin "*Yetişkinlik Dönemi Zorlayıcı ve Travmatik Deneyimleri*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlama Yoğunluğu 285

Şekil 22. Tanılı ve Tanısız Grupların Annelerinin "*Yetişkinlik Dönemi Zorlayıcı ve Travmatik Deneyimleri*" Kategorisinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik 290

Şekil 23. Tanılı ve Tanısız Grupların Babalarının "*Yetişkinlik Dönemi Zorlayıcı ve Travmatik Deneyimleri*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlama Yoğunluğu 291

Şekil 24. Tanılı ve Tanısız Grupların Babalarının "*Yetişkinlik Dönemi Zorlayıcı ve Travmatik Deneyimleri*" Kategorisinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik 296

Şekil 25. Tanılı ve Tanısız Grupların "*Üst Kuşak Ebeveynlerinin Travmatik Deneyimleri ve Diğer Travmatik Deneyimler*" Kategorisine Ait Bulguların Kodlanma Yoğunluğu 297

Şekil 26. Tanılı ve Tanısız Grupların "*Üst Kuşak Ebeveynlerinin Travmatik Deneyimleri ve Diğer Travmatik Deneyimler*" Kategorisine Ait Bulguların Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik 301

Şekil 27. "*Ebeveynlerin Olumlu Çocukluk Deneyimleri*" Temasına Ait Kodlamaların Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Yüzdelik Dağılımı..... 301

Şekil 28. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Olumlu Çocukluk Deneyimleri*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlama Yoğunluğu 302

Şekil 29. Tanılı ve Tanısız Grupların Babalarının "*Olumlu Çocukluk Deneyimleri*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik 305

Şekil 30. Tanılı ve Tanısız Grupların Annelerinin "*Olumlu Çocukluk Deneyimleri*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik..... 308

Şekil 31. "*Fonksiyonel Aile Özellikleri*" Temasına Ait Kodlamaların Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Yüzdelik Dağılımı 309

Şekil 32. "*Fonksiyonel Aile Özellikleri*" Temasına Ait Kategorilerin Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Dağılımı..... 310

Şekil 33. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Olumlu Ebeveynlik Becerileri*" Kategorisine İlişkin Kodlamaların Yoğunluğu 311

Şekil 34. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Olumlu Ebeveynlik Becerileri*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik..... 320
Şekil 35. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Aile Üyelerinin Birbirine Olan Desteği*" Kategorisine İlişkin Kodlamalarının Yoğunluğu 321
Şekil 36. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Aile Üyelerinin Birbirine Olan Desteği*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik..... 324
Şekil 37. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Diğer Aile Üyelerine Karşı Olumlu Tutumlar*" Kategorisine İlişkin Kodlamalarının Yoğunluğu 324
Şekil 38. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Diğer Aile Üyelerine Karşı Olumlu Tutumlar*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik..... 327
Şekil 39. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Ailenin Sorun Çözebilme Becerisi*" Kategorisine İlişkin Kodlamalarının Yoğunluğu 328
Şekil 40. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Ailelerin Sorun Çözebilme Becerisi*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik..... 329
Şekil 41. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Mutlu/Huzurlu Aile Ortamına Sahip Olmak*" Kategorisine İlişkin Kodlamalarının Yoğunluğu..... 330
Şekil 42. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Mutlu/Huzurlu Aile Ortamına Sahip Olmak*" Kategorisine Ait İfadelerin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik 332
Şekil 43. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Diğer Fonksiyonel Aile Özellikleri*" Kategorisine İlişkin Kodlamalarının Yoğunluğu 332
Şekil 44. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Diğer Fonksiyonel Aile Özellikleri*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik..... 334
Şekil 45. "*Disfonksiyonel Aile Özellikleri*" Temasına Ait Kodlamaların Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Yüzdelik Dağılımı 335

Şekil 46. "*Disfonksiyonel Aile Özellikleri*" Temasına Ait Kategorilerin Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Dağılımı 336
Şekil 47. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Disfonksiyonel Çocuk Yetiştirme Stilleri*" Kategorisine İlişkin Kodlamalarının Yoğunluğu 337
Şekil 48. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Disfonksiyonel Çocuk Yetiştirme Stilleri*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik..... 343
Şekil 49. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Ebeveynlik Çatışmaları ve Rol Karmaşaları*" Kategorisine İlişkin Kodlamalarının Yoğunluğu 344
Şekil 50. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Disfonksiyonel Çocuk Yetiştirme Stilleri*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik..... 346
Şekil 51. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Eşlerin Çatışmaları ve İletişim Problemleri*" Kategorisine İlişkin Kodlamalarının Yoğunluğu 347
Şekil 52. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Eşlerin Çatışmaları ve İletişim Problemleri*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik 350
Şekil 53. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Diğer Aile Üyelerine Karşı Olumsuz Tutumlar*" Kategorisine İlişkin Kodlamalarının Yoğunluğu 351
Şekil 54. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Diğer Aile Üyelerine Karşı Olumsuz Tutumlar*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik..... 354
Şekil 55. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Ruhsal Sorunlar*" Kategorisine İlişkin Kodlamalarının Yoğunluğu..... 355
Şekil 56. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin "*Diğer Aile Üyelerine Karşı Olumsuz Tutumlar*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik..... 357
Şekil 57. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Çocuk Büyütme Sürecinde Eşlerin Birbirini Desteklememesi*" Kategorisine İlişkin Kodlamalarının Yoğunluğu..... 358

Şekil 58. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin "*Çocuk Büyütme Sürecinde Eşlerin Birbirlerini Desteklememesi*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik360

Şekil 59. "*Çocuğa İlişkin Ebeveynin Hissettiği Olumsuz Duygular*" Temasına Ait Kodlamaların Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Yüzdelik Dağılımı 361

Şekil 60. "*Çocuğa İlişkin Ebeveynin Hissettiği Olumsuz Duygular*" Temasına Ait Kategorilerin Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Dağılımı 362

Şekil 61. Tanılı ve Tanısız Grupların Babalarının "*Çocuğa İlişkin Ebeveynin Hissettiği Olumsuz Duygular*" Temasına Ait Kodlamalarının Yoğunluğu 362

Şekil 62. Tanılı ve Tanısız Grupların Annelerinin "*Çocuğa İlişkin Ebeveynin Hissettiği Olumsuz Duygular*" Temasına Ait Kodlamalarının Yoğunluğu 363

Şekil 63. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Çocuğa İlişkin Ebeveynlerin Hissettiği Olumsuz Duygular*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik 367

Şekil 64. "*Çocuk Büyütme Süreci*" Temasına Ait Kodlamaların Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Yüzdelik Dağılımı 368

Şekil 65. "*Çocuk Büyütme Süreci*" Temasına Ait Kategorilerin Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Dağılımı..... 368

Şekil 66. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Çocuk Büyütme Sürecinde Zorlanma Durumu*" Kategorisine Ait Kodlamalarının Yoğunluğu 369

Şekil 67. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Çocuk Büyütme Sürecindeki Zorlanma Durumu Kategorisine*" Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik 372

Şekil 68. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin *"Annenin Doğum Sonrası Psikolojik Durumu"* Kategorisine Ait Kodlamalarının Yoğunluğu..... 373

Şekil 69. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Annenin Doğum Sonrası Psikolojik Durumu*" Kategorisinde Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik 375

Şekil 70. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Bebekle İlk Karşılaşma Deneyimi*" Kategorisine Ait Kodlamalarının Yoğunluğu 376

Şekil 71. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Bebekle İlk Karşılaşma Deneyimleri*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik..... 378

Şekil 72. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Ebeveynlik Deneyim Durumu*" Kategorisine Ait Kodlamalarının Yoğunluğu 379

Şekil 73. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Ebeveynlik Deneyim Durumu*" Kategorisinde Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik..... 381

Şekil 74. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Diğer Çocuklarla İlişkili Sorunlar*" Kategorisine Ait Kodlamalarının Yoğunluğu 381

Şekil 75. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Diğer Çocuklarla İlişkili Sorunlar*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik..... 385

Şekil 76. "*Hamilelik Süreci*" Temasına Ait Kodlamaların Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Yüzdelik Dağılımı 386

Şekil 77. "*Hamilelik Süreci*" Temasına Ait Kategori ve Kodların Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Dağılımı..... 387

Şekil 78. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Zorlayıcı Hamilelik/Doğum Süreci*" Kategorisine Ait Kodlamalarının Yoğunluğu 388

Şekil 79. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Zorlayıcı Hamilelik/Doğum Süreci*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik..... 390

Şekil 80. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Hamilelik Sürecine İlişkin Diğer Kodlamalar*" Kategorisine Ait Kodlamalarının Yoğunluğu 391

Şekil 81. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Hamilelik Sürecine İlişkin Diğer Kodlamalar*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik 392

KISALTMALAR

APA: American Psychiatry Association

CADÖ-KF: Conner's AnaBaba Derecelendirme Ölçeği-Kısa Formu

CİS: Cinsel İstismar

CTQ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB-DE: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun Dikkat Eksikliği Alt Tipi

DEHB-H: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun Hiperaktivite Alt Tipi

DEHB-Bil: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun Bileşik Alt Tipi

DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders Fifth Edition

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GWAS: Genome-Wide Association Studies

HPA: Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal Aks

KSE: Kısa Semptom Envanteri

MPH: Metilfenidat

SNP: Single Nucleotide Polymorphism

TCK: Türk Ceza Kanunu

TMAMT: Travma Merkezli Alyans Model Terapi

TSBE: Travma Sonrası Büyüme Envanteri

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

YEEE: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri

DEHB Tanısı Olan Çocukların Ebeveynlerinin Modern Psikotravmatoloji ve Psikopatoloji Açısından Değerlendirilmesi

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Modern psikotravmatoloji; olumsuz yaşam deneyimlerinin bireylerin ruhsal entegrasyonu üzerindeki dissosiyojen etkilerini ve yaşam boyu süren psikopatolojilere dönüşümünü, kapsamlı bir şekilde değerlendirerek ele alan, travma ile ilişkili psikiyatrik hastalıkların yine travma odaklı yaklaşımlarla psikoterapisini gerçekleştiren, özellikle "*travmatik stres*" ve "*travmatik dissosiyasyon*" konularında çalışmalar yapan bir psikoloji alanıdır (Öztürk, 2022a; 2022b). Günümüzde psikoloji, psikiyatri, adli bilimler ve kriminoloji gibi önemli bilim alanları kapsamında yapılan ve modern psikotravmatolojiyi temel alan birçok çalışma mevcuttur (Öztürk, 2022b; 2022c). Bu çalışmaların geneli, bireyin başa çıkma yeteneği üzerinde olumsuz etkileri olan örseleyici olaylarla karşılaşması sonucu çaresizlik ve güçsüzlük duygularıyla kendi başına kalması olarak yaşantılanan ruhsal travma ile ilgilidir (Öztürk, 2022c). Psikotravmatoloji, ruhsal travmaların özel bir formu olan çocukluk çağı travmalarının birey üzerinde oluşturduğu kısa ve uzun dönemli psikopatolojik etkileri incelemektedir (Öztürk, 2022b). Modern psikotravmatoloji paradigmaları açısından çocukluk çağı travmaları, şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri içerisinde işlev gören hatta bu şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerinin içerisinde bir *"cezalandırma aracı"* olarak adeta *"hapsolan"* ya da *"saklanan"* primitif ve kuşaklararası geçiş gösteren psikososyolojik patojen tutum ve davranışlardır (Öztürk, 2020a; 2020b). Çocukluk çağı travmalarına sebep olan bu patojen tutumların ve davranışların, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) seyrinde etkili olduğu ileri sürülmektedir (Bauer ve ark., 2013; Öztürk, 2020a).

Travmatize edici davranışların oluşumunda, ebeveynlerin kendi travmatik çocukluk deneyimlerinden edindikleri uyumsuz davranış kalıplarını içselleştirmeleri söz konusudur. Benlik yapısına entegre olan sorunlu davranış kalıpları, ebeveynlik durumunda yeniden aktif

olarak kullanılmakta, ihmal ve istismar edici çocuk yetiştirme stilleri, travmanın çocuğa aktarılmasına sebep olmaktadır (Cicchetti & Cohen, 2006; Herzberger, 1990). Çocukluk çağı travmalarına ve stresli yaşam olaylarına maruz kalan çocukların sıklıkla öfke nöbetleri, karşı gelme davranışları ve dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu reaksiyonları gösterdikleri araştırmacılar tarafından bildirilmektedir (Caffo ve ark., 2005; Ünaldi & Alyanak, 2018). Okul öncesi yaş grubundaki çocuklarda travmatik stresin ilk belirtisi olarak hiperaktivite gözlenebilmektedir (Ünaldi & Alyanak, 2018). Erken dönem travma yaşayan çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtileri ve DEHB belirtileri görülebilmektedir (Biederman ve ark., 2013; Martínez ve ark., 2016). Bu bilgiler doğrultusunda, klinik psikoloji, adli psikoloji, psikolojik danışma ve rehberlik ekseninde oluşturulan, modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanaliz kuramı temel alınarak gerçekleştirilen doktora tez çalışmamızda; DEHB tanılı çocukların ve herhangi bir ruhsal bozukluğu bulunmayan çocukların anne ve babalarının modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanaliz kuramı açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Doktora tezimizde, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olan çocukların ebeveynlerinin çocukluk çağı travmaları, psikiyatrik belirtileri, dissosiyatif yaşantıları, travma sonrası büyüme düzeyleri ve çocuk yetiştirme stilleri incelenmiştir.

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 5th. Revision (DSM-5) ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırması [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11th. Revision (ICD-11)] gibi tanı kılavuzlarında ölçütleri belirlenmiş olan, erken çocuklukta ortaya çıkan, aşırı hareketlilik, dikkatsizlik ve zarar verici düzeyde dürtüsellikle karakterize olan hem kısa hem de uzun vadede çocuğun yaşamında işlevselsizliklere yol açan bir psikopatoloji türüdür (Sonuga-Barke ve ark., 2023). Çocuklarda DEHB'nin görülme sıklığını araştıran bazı çalışmalar, %2-7 arasında değişen bir sıklığı işaret ederken (Boodoo ve ark., 2022; Sayal ve ark., 2018; Sibley

ve ark., 2016), başka araştırmalar ise %5-10 arasında bir görülme sıklığının olduğunu bildirmişlerdir (Sadock ve ark., 2016; Thomas ve ark., 2015; Zorlu ve ark., 2020). Aynı araştırmacılar bu oranlar ile DEHB tanısının çocukluk çağında en fazla konulan psikiyatrik tanıların başında geldiğini bildirmişlerdir. Bu bozukluğun etiyolojisinde biyolojik faktörler ile çevresel faktörler genelde birlikte rol almaktadır (Sadek, 2014).

DEHB etiyolojisinde ele alınan en önemli çevresel faktörlerin başında aile ve aileye ilişkin özellikler gelmektedir. Aile sistemi içerisinde oluşan krizler, çatışmalar ve annelerin hamilelik döneminde yaşadıkları önemli sağlık sorunları DEHB için çevresel risk unsuru olarak ifade edilmektedir (Biederman & Faraone, 2005). DEHB etiyolojisinde disfonksiyonel aile özellikleri bir risk unsuru olarak belirtilirken, ailenin işlevsel özellikleri ise bu bozukluğun oluşumuna karşı koruyucu bir faktör olarak devreye girmektedir (İmren ve ark., 2012). Aile modellerini fonksiyonel aileler ve disfonksiyonel aileler şeklinde temel bir sınıflama ile tanımlayan Öztürk (2021a), normal ve ruhsal bütünlüğü olan bireylerin ancak fonksiyonel aile modeline sahip ebeveynlerce yetiştirilebileceğini önemle vurgulamaktadır. Disfonksiyonel ailelerde görülen işlevsiz özelliklerin yoğunluğu ile aile üyelerinde görülen psikiyatrik belirtiler arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu keşfedilmiştir (Adamis ve ark., 2019).

Disfonksiyonel ailelerde deneyimlenen travmatik olayların etkileri kuşaklararası geçiş göstermektedir. Kuşaklararası travma geçişinde aile, ailenin yapısı ve çocuk yetiştirme stilleri önemli bir role sahiptir (Öztürk, 2021a). Aile, kuşaklararası gelişimde bilginin, tecrübenin, merhametin, çocuk yetiştirme stillerinin ve travmatik yaşantılarla baş edebilme stratejilerinin ebeveynden çocuğa aktarıldığı toplumun hem en önemli hem de en değerli ajanıdır (Öztürk, 2021a). Bu nedenle biyopsikososyal gelişimin temellerinin atıldığı çocukluk döneminde, çocuğun ebeveynleri ve diğer aile üyeleri kurduğu ilişki kritik bir öneme sahiptir.

DEHB Tanısı Olan Çocukların Ebeveynlerinin Modern Psikotravmatoloji ve Psikopatoloji Açısından Değerlendirilmesi

Biyopsikososyal gelişim sürecinde aile üyeleri ve çocuk arasında kurulan olumlu ve işlevsel ilişkiler çocuğun hayatında pozitif sonuçların oluşmasını sağlarken, olumsuzluklarla ve travmatik deneyimler içeren ilişkiler ise çocuğun gelişimini sekteye uğratmaktadır (Davidson & McEwen, 2012; Stirling & Amaya-Jackson, 2008a; Zlotnick ve ark., 2008). Ebeveynler yanlış çocuk yetiştirme stilleri aracılığıyla bazen bilinçsiz bir şekilde, bazen de patolojik konformizmlerini koruyabilmek için bilerek ve isteyerek çocuklarını travmaya maruz bırakmaktadırlar (Öztürk, 2021a; 2022d). Çocukların maruz kaldığı bu travmatik deneyimler, çoğu kez çocuğun farklı formlarda ihmal ve istismar edilmesiyle gerçekleşmektedir. İstismar ve ihmalin önemli sonuçlarından biri de nesiller arası geçiş gösterme özelliğinin olmasıdır. İhmale veya istismara uğramış dissosiye bireyler, ihmal/istismar edici yetişkinler olabilmekte ve bir kısır döngü yaratmaktadırlar (Yurteri Tiryaki & Baran, 2017). İlgili araştırmalar, istismar edici davranışlar sergileyen, ihmale maruz bırakan, şımartan ve şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerine sahip olan ebeveynlerin, kendi çocukluklarında örseleyici yaşantıları deneyimlemiş olduğunu ortaya çıkarmıştır (Golu, 2015; McCoy & Keen, 2013).

Çocukluk çağı travmaları, çocuk yetiştirme stilleri, aile ve psikopatoloji değişkenlerine psikotarih bilimi perspektifinden bakıldığında, çocuk yetiştirme stillerinin, toplum, ebeveyn ve çocuk üçgeninde aracı bir role sahip olduğu söylenebilir. Çocuk yetiştirme stillerinin destekleyici ve geliştirici bir yapıda olmasının bireyi, toplumu hatta insanlığı ileri taşıdığı ifade edilirken, şiddet ve ihmal-istismar odaklı olmasının ise hem bireyin hem de toplumun olumsuz yaşam olaylarını deneyimlemesine sebep olduğu ifade edilmektedir (Derin & Öztürk, 2018; Öztürk, 2018a, 2020a). Dissoanaliz kuramı ve dissoanalitik psikotarihe göre, çocuğu kontrol edebilmek ve yönetebilmek için kullanılan şiddet odaklı çocuk yetiştirme stillerinin içerisinde, şiddetin normalize edilmiş bir formu olarak yaşatılan çocuk istismarı ve ihmali, disfonksiyonel ailelerin ve disfonksiyonel nesillerin oluşumuna sebep olmaktadır. Empatiden uzak,

karşılıklılığı bulunmayan ve şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerini kullanan disfonksiyonel aileler, şiddetin, travmaların ve dissosiyatif yaşantıların kuşaklararası hatta kuşaklaraşırı geçişine sebep olmaktadır (Öztürk, 2022b; 2023a; 2023b).

Disfonksiyonel ailelerde çocukların travmatik deneyimler yaşamasına sebep olan şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri, her ne kadar kendi içinde uyumlu ve tutarlı gibi görünse de aslında sağlıksız ve psikopatolojen bir zeminde gerçekleşmekte, köklerini kuşaklararası hatta kuşaklaraşırı bir geçmişten almakta ve günümüzde bu stillerin oldukça farklı şekilleri görülebilmektedir. Bu ailelerdeki yanlış çocuk yetiştirme stillerine genellikle "*legalize*" bir form kazandırılmakta; böylelikle uygulanan ihmal ve istismar davranışlarının diğer kişiler tarafından zarar verici olarak algılanamaması sağlanmaktadır (Öztürk, 2021a). Bu disfonksiyonel ailelerdeki ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumları birbirleriyle tutarsızlık göstermekte ve bu tutarsızlık sebebiyle ebeveynlik çatışmaları sürekli canlı kalmaktadır. Görünürde normal (disfonksiyonel) anne-babaların çocuklarıyla kurduğu ilişkide empatik iletişimin oldukça yetersiz olduğu belirtilmektedir. Ayrıca ebeveynlerin çocuklarına mesafe ve sınır koyabilme becerilerinden yoksun olduğu da vurgulanmaktadır (Öztürk, 2020a; 2021a).

Disfonksiyonel ailelerde ebeveynler tarafından; çocuğun hasta ya da aptal rolüne zorlandığı, çocuğun gelişimine, başarısına, başarısızlığına veya hastalığına karşı duyarsız davranıldığı, anne/baba rollerinin dolaylı yollarla reddedildiği ya da ebeveynlik rolünden ziyade arkadaş rolünün benimsendiği, gerçekdışı yüksek beklentilerin talep edildiği, çocuğa karşı haset ve kıskançlık duygularının etkisiyle yaralayıcı davranıldığı, çocuğun temel ihtiyaçlarının yerine getirilmediği, çocuğa yönelik koyulan kuralların değişken oranlarla keyfi olarak değiştirildiği, çocuğa karşı tutarsız davranıldığı, çocuğun erken yaşta yetişkin gibi olmasının ya da tam tersi büyük yaşta çocuk gibi olmasının beklendiği, çocuğun teknolojik

araçlarla kontrolsüz bir şekilde yalnız bırakıldığı ve haddinden fazla şımartıldığı belirtilmiştir (Öztürk, 2020a; 2021a). Ebeveynlerin şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri aracılığıyla çocuklarına yaşattıkları travmatik stres, çocuğun kimlik oluşumunda kesintilere yol açmakta ve ruh sağlığı üzerinde negatif etkiler bırakmaktadır (deMause, 1982; Öztürk, 2018a, 2020a). DEHB'nin de travmatik stres ile ilişkili bir psikiyatrik bozukluk olduğu birçok çalışma tarafından vurgulanmıştır (Biederman ve ark., 2013; Caffo ve ark., 2005; Martínez ve ark., 2016; Ünaldi & Alyanak, 2018). Böylelikle sessiz bir salgın gibi çocukluk çağı travmalarının etkilerinin çocuk ruh sağlığı üzerindeki etkilerinin hız kesmeden devam ettiği söylenmektedir (Kaufman & Torbey, 2019). Bu nedenle çocukluk çağı travmaları ve DEHB ilişkisinin adli bilimler kapsamında ele alınmasının önemli olduğu görülmektedir.

Literatürde adli bilimler ile ilişkili DEHB üzerine yapılan çok sayıda çalışma olup, suça sürüklenen çocuklar üzerine yapılan eski ve güncel birçok araştırma bu çocuklarda, DEHB tanısının en sık saptanan tanılardan biri olduğunu ve antisosyal davranış örüntülerinin yoğun bir şekilde görüldüğünü bulmuştur (Connor ve ark., 2010; Mannuzza, 1993; Sarı ve ark., 2019). Çocukluk döneminde DEHB tanısı olanlar, olmayanlara oranla yetişkinlik döneminde çok daha yüksek oranda antisosyal kişilik bozukluğu ve alkol-madde kullanım bozuklukları gibi psikiyatrik tanılar almaktadırlar (Barkley ve ark., 1990; Özdemiroğlu Alyanak ve ark., 2011; Torgersen ve ark., 2006). Bu tanıların yanı sıra DEHB'nin etiyolojisinde ruhsal travmanın önemli bir yer tuttuğu bilinmektedir. Ruhsal travma ile ilgili çalışmalar hem klinik psikoloji hem adli psikoloji hem de psikiyatri uzmanları tarafından sıklıkla çalışılan konuların başında gelmektedir. Çocukluk çağı travmalarının çoğunlukla yanlış çocuk yetiştirme stilleri aracılığıyla gerçekleştiği, DEHB'nin etiyolojisinde çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin belirgin bir etkisinin olması ve DEHB tanılı bireylerin suça sürüklenme ve madde kötüye kullanım riskleri göz önünde bulundurulduğunda, bu konular kapsamında yapılan çalışmaların

klinik psikoloji, adli psikoloji, modern psikotravmatoloji ve dissoanaliz kuramı zemininde araştırılması önemli bir gereklilik olarak görülmüş ve bu sebeple belirtilen değişkenlerin bir arada olduğu doktora tez çalışmamız hazırlanmıştır.

Dissoanalitik açıdan DEHB temelde saldırganlık ve öfke ile direkt ilişkili bir psikiyatrik hastalık olarak kabul edilmemektedir. DEHB tanılı çocukları, gençleri ya da yetişkinleri saldırganlık ve öfkeye iten başlıca etken ajanlar, disfonksiyonel aile dinamikleri ve şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri içerisine saklanan çocukluk çağı travmaları ile olumsuz ya da örseleyici çevre koşullarıdır. Bu doğrultuda çalışmamızda DEHB tanılı çocuklar ile psikopatoloji arasındaki ilişkiye odaklanmak yerine, DEHB tanılı çocukları bulunan ebeveynler, aile psikopatolojisi ekseninde detaylı bir şekilde ele alınmıştır (Öztürk, 2022a). DEHB tanılı çocuğu olan ebeveynlerin aile psikopatolojilerinin değerlendirilmesi doktora tez çalışmamızın ana hedefini oluşturmaktadır. Doktora tez çalışmamız, dissoanaliz kuramı ve modern psikotravmatoloji temel ilke ve paradigmalarına göre yapılandırılmış olup hem aile psikolojisine hem de aile psikopatolojisine odaklıdır.

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı, Psikotravmatoloji ve Psikotarih Araştırmaları Birimi'nde hazırlanan, *"Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Olan Çocukların Ebeveynlerinin Modern Psikotravmatoloji ve Psikopatoloji Açısından Değerlendirilmesi"* başlıklı modern psikotravmatoloji ve dissoanaliz kuramı temelinde ortaya koyduğumuz doktora tez çalışmamızın temel amacı; dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olan ve olmayan çocukların ebeveynlerinin çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantıları, psikiyatrik belirtileri, travma sonrası büyüme düzeyleri ve uyguladıkları çocuk yetiştirme stilleri açısından incelemektir. Çalışmamızın temel amacı doğrultusunda, nitel aşamada dikkat eksikliği ve

hiperaktivite bozukluğu tanılı çocukların ebeveynlerinin ve psikiyatrik tanısı bulunmayan çocukların ebeveyenlerinin "*travmatik deneyimlerine, kendi olumlu çocukluk yaşantılarına, fonksiyonel ya da disfonksiyonel aile özelliklerine, çocuğa ilişkin hissettiği olumsuz duygulara, çocuk büyütme süreci ile hamilelik sürecine ilişkin deneyimlerine ve ebeveynlerin bu deneyimlerinin çocuklarının gelişimi ile ilişkisine"*yönelik sorular sorulmuş olup, çalışmanın nicel analiz aşaması için ise aşağıdaki hipotezler yapılandırılmıştır:

1. Tanılı grubun ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması, Kısa Semptom Envanteri toplam puanı, Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği'nin Karşı Gelme, Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik, Hiperaktivite ve DEHB indeksi alt ölçekleri puanları tanısız grubun ebeveynlerinin puanlarından istatistiksel açıdan daha yüksektir.

2. Tanılı grubun ebeveynlerinin Yetişkin-Ergen Ebeveyn Envanteri'nin alt ölçek puanları, tanısız grubun ebeveynlerinin Yetişkin-Ergen Ebeveyn Envanteri'nin alt ölçek puanlarından istatistiksel açıdan daha düşüktür.

3. Tanılı grubun ebeveynlerinin Travma Sonrası Büyüme Envanteri toplam puanı, tanısız grubun ebeveynlerinin Travma Sonrası Büyüme Envanteri toplam puanından istatistiksel açıdan daha düşüktür.

4. Tanılı grubun ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

5. Tanılı grubun ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği'nden elde edilen puanları yordamaktadır.

6. Tanılı grubun ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ile Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri arasında istatistiksel açıdan negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

7. Tanılı grubun ebeveynlerinin Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

8. Tanılı grubun ebeveynlerinin Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri ile Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği arasında istatistiksel açıdan negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

9. Tanılı grubun ebeveynlerinin Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envateri'nin alt ölçek puanları Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği'nden elde edilen puanları yordamaktadır.

10. Tanılı grubun ebeveynlerinin çocukluk çağı travmaları ile çocukların DEHB belirtileri arasında dissosiyatif yaşantıların aracılık etkisi vardır.

11. Tanılı grubun ebeveynlerinin çocukluk çağı travmaları ile çocukların DEHB belirtileri arasında; ebeveynlerin çocuklardan beklenti tutumlarının, çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati tutumlarının, disiplin aracı olarak fiziksel ceza kullanımına yönelik tutumlarının, ebeveyn-çocuk rol ve sorumluluğuna yönelik tutumlarının ve çocuğun güç ve bağımsızlığına yönelik tutumlarının aracılık etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile

2.1.1. Aile Kavramı

Aile; kuşaklararası gelişimde bilginin, tecrübenin, merhametin, adaletin, sadakatin, geleneğin ve travmatik yaşantılarla baş edebilme stratejilerinin ebeveynden çocuğa aktarıldığı toplumun hem en önemli hem de en değerli ajanı olarak tanımlanmaktadır (Öztürk, 2021a). Sosyolojik açıdan aile, içinde insan türünün belli bir biçimde üretildiği, topluma hazırlanma sürecinin ilk ve etkili biçimde cereyan ettiği, eşler ve ana babalarla çocuklar (ailenin biçimine göre başka yakınlar) arasında içten, sıcak, güven verici ilişkilerin kurulduğu yine içinde bulunulan toplumsal düzene göre ekonomik etkinliklerin yer aldığı toplumsal kurumdur (Ozankaya, 2007). Aileler bir ulusun toplumsal entegrasyonunun, dinamizminin ya da durağanlığının hem ana özelliğini hem de varlık biçimini belirleyen hatta o çağdaki kitlesel ruhla eşlenik olan psikotoplumsal süreçlerin her hareketinden sorumlu olan en küçük ve en eksiksiz bütünün ta kendisidir (Öztürk, 2021a; 2022d). Bu nedenle aile kavramı ve toplumların geleceği konumundaki çocuk kavramı, birçok disiplinin en temel çalışma alanı olmuştur. Psikotravmatoloji, psikiyatri, psikotarih, sosyoloji, antropoloji, klinik ve adli psikoloji disiplinlerinde ailenin çocuğun gelişimi ve işlevselliğindeki rolü ile ilgili geçmişten günümüze olan uzamda birçok bilimsel araştırma yapılmakta ve aile, çocuk için hayati önemi olan bir yapı olarak kabul edilmektedir (Ayhan & Öztürk, 2021; Öztürk, 2020a; 2020c; 2021a).

Alan yazında ailenin çeşitli özellikler bakımından sınıflandırıldığı görülmektedir. Aile fertlerinin sayısına göre, "*geleneksel/geniş/büyük*" veya "*modern/çekirdek/küçük*" şeklinde (Keskin, 2014), yaşanılan yere göre sınıflandırıldığında ise, "*kırsal aileler*", "*kentsel aileler*"

ve "*geçiş aileleri*" şeklinde gruplanmaktadır (Erçelebi, 1996; Gökçe, 2014; Karkıner, 2015). Bu türlere ek olarak, evlilik dışı ilişki sonucunda bir doğumun olduğu fakat babanın ailede olmadığı "*tamamlanamamış aile*" ve eşlerden birinin veya her ikisinin ölüm ve boşanma gibi nedenlerden dolayı aileden ayrılması durumunda oluşan "*parçalanmış aile*" türü ebeveyn eksikliği durumuna göre oluşan aile çeşitlerindendir (Yusufoğlu & Kizmaz, 2016). Alan yazında ailelerin, sahip oldukları özellikler doğrultusunda, fonksiyonel ve disfonksiyonel şeklinde genel bir sınıflandırmaya dâhil edildiği görülmektedir (Kissane ve ark., 2003; Lee, 2013; Öztürk, 2021a). Aile modelleri, normallikten psikopatolojiye doğru sıralandığında, "*fonksiyonel aile modeli*", "*disfonksiyonel (görünürde normal) aile modeli*" ve "*patolojik aile modeli*" olmak üzere üç farklı aile modeli şeklinde tanımlanmaktadır (Öztürk, 2021a).

Kissane ve arkadaşları (2003) aile üyelerini birbirlerine olan bağlılıkları, kendilerini ifade edebilme becerileri ve çatışma çözebilme becerileri açısından değerlendirerek beş farklı aile tipi tanımlamışlardır. Bu aile tiplerinden, destekleyici ve çatışma çözücü aileler fonksiyonel aileler olarak, düşmancıl aile ve somurtkan aile modelleri disfonksiyonel olarak açıklanmaktadır. Bu iki ucun arasında kalan aile modeli ise ara aile modeli olarak tanımlanmaktadır. Disfonksiyonel ailelerden düşmancıl aile üyelerinde, yoğun çatışmalar, kendini ifade edebilmede yetersizlikler ve düşük aile bağlılığı görülmektedir. Somurtkan ailelerde ise, bu üç alanda da orta seviyede problemler bulunmaktadır. Ayrıca bu aile üyelerinde öfke duygusunun sıklıkla bastırıldığı ve aile üyelerinde klinik depresyon görüldüğü belirtilmektedir (Steinglass ve ark., 2014). Fonksiyonel aile modellerinden destekleyici ailelerde, aile üyeleri arasında uyum düzeyinin yüksek olduğu, çatışma düzeyinin düşük olduğu ifade edilmektedir. Çatışma çözücü ailelerde orta düzeyde çatışma görülmesine rağmen aile üyeleri arasındaki uyumun yüksek olduğu belirtilmektedir. Fonksiyonel ailelerde aile üyeleri arasında hoşgörü ve iyi iletişim hâkimdir; aile üyeleri bu sayede çatışma durumlarını yapıcı

şekilde ele alabilmektedirler. Ara aile modelindeki aile üyeleri arasında ise düşük ölçüde çatışmalarda orta düzeyde bir uyum görüldüğü belirtilmektedir (Kissane ve ark., 2003).

Öztürk (2021a) aile modellerini fonksiyonel aileler, disfonksiyonel aileler ve patolojik aileler şeklinde sınıflandırmıştır. Tanımlanan ilk model "*normal aile modeli*" ya da "*fonksiyonel aile modeli*" olarak isimlendirilmiştir. Fonksiyonel aile modeli olarak tanımlanan bu modeldeki aile üyelerinin herhangi bir psikiyatrik tanısı yoktur, aile üyeleri arasında tam bir işbirliği ve uyum bulunmaktadır. İkinci model "*görünürde normal aile modeli*" ya da "*disfonksiyonel aile modeli*" şeklinde isimlendirilmiş olup tanı alan bir çocuk ve genellikle tanı almayan ancak eşik altı psikiyatrik tanı kriterlerinin görüldüğü ebeveynlerden oluşur. Aile modellerinden sonuncusu ise "*patolojik aile modeli*" olarak adlandırılmış olup bu modelde neredeyse tüm aile üyelerinin en az bir psikiyatrik tanısı bulunmaktadır (Öztürk & Şar, 2006; Öztürk, 2017; Öztürk, 2020a). Öztürk (2021a) aile modellerinin özelliklerini ve işlevlerini açıklarken, normal ve ruhsal açıdan entegre bir neslin ancak fonksiyonel aile modeline sahip ebeveynler tarafından yetiştirilebileceğinin altını önemle çizmektedir.

Disfonksiyonel aile modeli, fonksiyonel ailenin işlevselliğinin aksine kendi içerisinde oldukça katı, sağlıksız, inisiyatifsiz ve patolojik bir yapılanmaya sahip olduğunu ve bu modelin tutarsız ve kaotik ilişki dinamikleriyle karakterize bir "*yanlış çocuk yetiştirme stili*" olarak fonksiyon gösterip çocukluk çağı travmalarına sebep olduğunu ifade etmektedir (Öztürk, 2021a). Disfonksiyonel bir aile, çocukların uygun şekilde gelişmesini, çocuklara yardım edilmesini, onların bakımını ve korunmasını sağlayan yükümlülükleri yerine getiremeyen bir aile olarak kabul edilmektedir (Odedokun, 2022). Bunlara ek olarak disfonksiyonel aileler, aile bireyleri arasındaki bağlılığın zayıf olması, ebeveyn-çocuk arasında uyumun az olması ve aile içinde alınan sorumlulukların düzensiz olması gibi özellikler nedeniyle artan oranlarda aile içi

çatışmayla karakterizedir (Wiegand-Grefe ve ark., 2019). Ayrıca disfonksiyonel ailelerin, bizzat kendi çocuklarını cezalandırmak amacıyla, şiddet yönelimli yanlış çocuk yetiştirme stillerine başvurduğu da belirtilmektedir (Öztürk, 2021a). Bu konu ile ilgili yapılan bir araştırmada ailelerin %38'inin disfonksiyonel olduğu ortaya çıkmıştır (Wiegand-Grefe ve ark., 2019). İlgili çalışmanın sonucu ise disfonksiyonel ailelerin sayısının azımsanmayacak kadar fazla olduğunu göstermektedir. Doktora tez çalışmasının bu bölümünde fonksiyonel ve disfonksiyonel aileler ayrı başlık altında ele alınarak detaylıca incelenmiştir.

2.1.2. Fonksiyonel Aile Modeli

Fonksiyonel aile, pozitif iletişim dinamikleri ve empati odaklı çocuk yetiştirme stillerine sahip ebeveynlerin ve bu ebeveynlerin yetiştirdiği çocukların bir ahenk içerisinde yaşadığı, aynı zamanda hem bulunduğu toplum için hem de uluslararası düzeyde barış, gelişim ve huzur için çabalayan bireylerin bulunduğu yapılardır (Öztürk, 2021a). Fonksiyonel aileler literatürde işlevsel aile, güçlü aile ve sağlıklı aile isimleriyle de yer alabilmektedir. Bir aile içerisinde aile üyeleri sürekli olarak etkileşim içerisindedirler ve bireylerin birbirlerini karşılıklı olarak etkileyebilme gücü bulunmaktadır (Öztürk, 2022d). Aile üyelerinin herhangi birinde ya da ailenin tamamında ortaya çıkan herhangi bir gelişme, ailenin durumunu ve ailenin diğer üyelerini etkileyebilmektedir. Bu nedenle ailenin işlevselliği ve iyi oluşu da tüm aile üyeleri üzerinde önemli bir role sahiptir. Fonksiyonel aileler, birbirlerine karşı dürüst, samimi ve açık olan, kendi kendini düzenleyebilme becerisine sahip ve geniş sosyal sistemlerle iletişim kurabilen yapılar olarak tanımlanmaktadır (Gladding, 2022). Tüm ailelerde olduğu gibi fonksiyonel ailelerde de denge ve istikrar durumu zaman zaman bozulabilmekte, ancak aile dinamiklerinin zedelendiği durumlarda, birlik, bütünlük ve beraberlik, devreye girerek aileyi yeniden denge pozisyonuna taşıyabilmektedir (Goldenberg & Goldenberg, 2002).

Öztürk (2021a)fonksiyonel aile modelinin günümüzdeki formunun "*Doğal ve Rehber Ebeveynlik Stili*" olduğunu ifade etmektedir. Öztürk'ün literatüre kazandırdığı doğal ve rehber ebeveynlik stiline sahip ebeveynler, bilgeleşmiş bir kişilik yapısına sahip olmakla beraber çocuklarını seven, koruyan, onlara güvenen, ilgi gösteren, değer veren ve rehberlik eden bir yapıya sahiptirler. Normal bir aile için aile üyeleri arasında duygusal destek oldukça önemli bir unsur ve her bir aile üyesi için bu destek ruhsal bir kaynaktır. Aile üyeleri, diğer aile üyelerinden aldıkları duygusal destek sayesinde hem kişisel hem de sosyal sorunlarının çözümünde başarıya ulaşabilmektelerdir (Odedokun, 2022). Bu aile modelinde yetişen çocukların, empati becerisinin olabildiğince yüksek olması, sosyal çevresi ile ilişkisel karşılıklılık kurabilmesi, doğayı sevebilmesi, savaşa ve şiddete karşı olabilmesi amaçlanmakta ve çocuklar bu amaç doğrultusunda yetiştirilmektedir (Öztürk, 2018, 2020; Öztürk & Şar, 2006).

2.1.3. Fonksiyonel Ailelerin Ortak Özellikleri

Aile özellikleri üzerine yapılan çalışmalar hemen hemen her kültürde fonksiyonel ailelerin, sınır koyabilme, değişimlere uyum sağlayabilme, sorumluluk alabilme, açık iletişim kurabilme, gelecekleri hakkında iyimser olabilme, kendilerine ve çocuklarına yönelik güven duyabilme gibi özelliklere sahip olduğunu göstermektedir (Cutler & Radford, 1999; DeFrain ve ark., 2005; Sandhya, 2009). Fonksiyonel aileler, aile içindeki sorunları nasıl ele alacaklarını ve hangi yöntemlerle çözüme gideceklerini bilirler. Bu aile modelindeki bireyler, karşılaştıkları güçlüklere karşı gerçekçi planlar yaparak hareket ederler, ne tamamen mantıksal işleyişe göre ne de tamamen duygu işleyişine göre hareket ederler. Öztürk tarafından geliştirilen dissoanaliz kuramında, fonksiyonel aile ebeveynlerinin yüksek empati becerisine ve doğru çocuk yetiştirme stillerine sahip olması sayesinde bu ailelerin kuşaklaraşırı gelişimin sağlanmasında önemli bir

faktör oldukları ifade edilmektedir. Dissoanaliz kuramının kurucusu ve en önemli temsilcisi olan Öztürk fonksiyonel aile özelliklerinin şu şekilde sıralamıştır (Öztürk, 2021a):

- Fonksiyonel aile üyeleri, birbirleriyle sağlıklı bir iletişim kurmaktadırlar ve bu sağlıklı iletişim, gerçeklik çizgisinden sapmadan "*olduğu gibi*" kabul edilmektedir.

- Fonksiyonel ailedeki bireyler ruhsal entegrasyon sürecini tamamlamış kişilerdir. Bu kişilerde psikiyatrik bozukluk bulunmaz.

- Bu ailedeki ebeveynlerin empati ve adalet duygusu gelişmiş olduğu için çocukları arasında adaletsizlik yapmazlar. Ayrıca çiftler arasındaki iletişimde "*karşılıklılık*" söz konusudur. Karşılıklılık, tüm aile üyeleri arasında "*optimal*" seviyede bulunur.

- Hem aile bireylerinin kendi aralarındaki hem de diğer insanlarla olan ilişkileri; takdir etme, değer verme ve nezaket yönelimlidir.

- Fonksiyonel ailedeki bireyler başta kendi aile üyeleri olmak üzere, çevresindeki insanlarla kurdukları iletişimlerde saygıyı ve nezaketi korurken aynı zamanda diğerlerini takdir edip onlara değer verdiklerini de hissettirirler.

- Bu ailede, üyelerin hepsinin hem fikir oldukları kurallar ve sınırlar vardır. Bu sınırlar kapsamında bireyler tutarlı ve dengeli davranışlar gösterirler.

- Fonksiyonel aile üyeleri yeri geldiğinde kişilerarası sınırları ve netliklerini korurken yeri geldiğinde de gelişim ve değişim için çaba göstermekten geri durmazlar.

- Fonksiyonel ailelerde mahremiyet ve sınırlar oldukça önemlidir.

- Bu aileler için sosyalleşme önemli bir psikososyal gerekliliktir.

- Bu ailelerde kuşaklararası travma geçişi ve kuşaklararası psikopatoloji aktarımı döngüsü kırılmıştır. Kuşaklararası travma geçişinin ve psikopatoloji aktarımının yerini "*kuşaklararası gelişim*" almıştır.

- Bu ailede çocuklar, patolojik bağlanma örüntülerden korunmuşlardır ve güvenli bağlanma deneyimini optimal düzeyde sürdürürler.

- Fonksiyonel ailelerde bireyler travmatize edilmez aksine travmalardan korunmaya çalışılır. Ailede büyüyen çocuklar ise ebeveynlerin yol göstericiliği ile hayatlarını sürdürürler.

- Bu aile üyeleri, yaşadıkları çevre, bulundukları toplum ve tüm dünya için barış ve huzuru savunurlar. Ayrıca çocuklar, kadınlar ve yaşlılar gibi dezavantajlı grupların hatta doğanın korunmasında sorumluluk hissederler.

- Fonksiyonel aile üyelerinin kadın ve çocuk kavramları üzerindeki algıları pozitif bir zeminde konumlanmıştır.

- Bu ailelerde doğru, doğal ve rehber çocuk yetiştirme stilleri uygulanır.

- Fonksiyonel aileler, dijital istismarın ve siber dissosiyasyonun bilincindedirler. Kendilerini ve aile üyelerini bu travmatize edici dinamiklerden korurlar.

- Bu aile üyelerinde şeffaflık hâkimdir ve kriminojen oluşumlar söz konusu değildir.

- Ebeveynlerin temel amacı işlevsel, gelişime açık ve empatik bir nesil yetiştirmektir.

Öztürk'ün tanımladığı fonksiyonel aile özelliklerine benzer bir doğrultuda Gladding (2022) de fonksiyonel aileleri diğer aile modellerinden ayıran sekiz temel özellik yapılandırmış olup bu sekiz temel özellik aşağıda açıklanmaktadır:

1. Bağlılık: Fonksiyonel ailelerin en temel özelliklerinden biridir. Bu özellik aile üyelerinin birbirlerinin isteklerine zaman ve enerji ayırabilmelerini de sağlamaktadır. Bağlılık aile üyelerinin birbirlerine olan sadakatini de ifade etmektedir. Bağlılık sorunu yaşayan aile üyeleri ikircikli duygular yaşamaktadır, bu durum da ilişkisel sorunlara yol açmaktadır.

2. Kıymet bilme: Fonksiyonel ailelerde çiftlerin birbirlerinin kıymetini bilmeleri ve birbirlerine değerli oldukları yönünde ifadelerde bulunmaları, bireylerin benlik saygısını yükseltmektedir. Ayrıca aile üyelerinin birbirlerine gösterdikleri değer odaklı davranışlar, aile içerisindeki kişisel çatışmaların ve kavgaların yaşanmasına karşı koruyucu bir özelliktir.

3. Birlikte zaman geçirmeye isteklilik: Aile üyelerinin birlikte geçirdikleri sürenin hem uzun hem de nitelikli olması, fonksiyonel ailelerde ortak özelliklerdendir.Birlikte geçirilen zamanın niceliksel olarak da tatmin edici olması gerekmektedir. Kısa sürelerde bireylerin birbirleriyle tatmin edici etkinlikler gerçekleştiremeyeceği bir gerçektir. Aile üyelerinin keyif aldığı etkinliklere diğer üyelerinde katılım göstermesi, tatil, piknik, yemek, gezi, maç, konser vb. etkinliklere birlikte katılım sağlamaları önem arz etmektedir. Birlikte geçirilen zaman, aynı zamanda duyguların, düşüncelerin ve deneyimlerin de paylaşılması anlamına geldiği için bu özellik fonksiyonel ailelerin sahip olduğu önemli özelliklerindendir.

4. Etkili iletişim örüntüleri: Fonksiyonel ailelerde aile üyeleri arasında iletilen sözel veya sözel olmayan mesajlar dikkatle algılanmakta ve cevaplanmaktadır. Aile üyeleri arasında rekabetten uzak, anlayışın ve desteğin olduğu bir iletişim örüntüsü mevcuttur. Fonksiyonel ailelerde zor konular, ötekilere güven ve rahatlatıcı mesajlar verilerek çözüm bulma amacıyla konuşulmaktadır. Bu tür ailelerde kişilerarası sorunlar görmezden gelinmez, dikkate alınır ve üstü örtülmez, aile üyelerinin karşılıklı diyaloglarıyla çözümlenmeye çalışılır (Glenn, 2003).

5. Destekleme/cesaretlendirme: Bir ailenin gücü o ailenin en güçsüz üyesinin gücüyle doğru orantılıdır. Bu güçsüz aile üyesine yönelik diğer aile üyelerinin destekleyici tutumları, zayıf üyenin yeteneklerini ve potansiyelini geliştirme yönündeki girişimleri, aslında tüm ailenin güçlenmesine de oldukça önemli katkılar sağlamaktadır (McGoldrick & Carter, 2003).

6. Açık roller: Fonksiyonel ailelerde aile üyelerinin üstlendiği roller ve görevler netlik kazanmıştır ve bu roller tüm aile üyeleri tarafından açık bir şekilde bilinmektedir. Aile üyelerinin roller üzerinden karşılıklı olarak anlaşma sağlamaları aile üyelerinin birbirlerine karşı sınırlarını da koruma altına almaktadır. Fonksiyonel aile üyelerinin rolleri genellikle yaş, kültür ve gelenekler gibi değişkenler üzerinden belirlenmektedir. Fonksiyonel ailelerde roller katı ve kalıcı olmayıp şartlara göre esneyebilmektedir (Gladding, 2022).

7. Gelişimi destekleyen yapılar ve gelişim örüntüleri: Fonksiyonel aileler her bir üyesinin gelişimine olanak sağlamaya uygun bir yapıda organize olmuşlardır. Bu ailelerde, aile içi sorunları arttıran birlikteliklere ve koalisyonlara pek rastlanmamaktadır. Ailenin yapısının sınırları belirlenmiş ve açık bir şekilde

tanımlanmıştır. Aile, iç dengesini korumaya çalışmaktadır. Aile üyelerinden sınırın ötesine geçenler, diğer üyeler tarafından tekrar sınırların içine dâhil edilmeye çalışılır (Gladding, 2022).

8. *Kriz durumlarını pozitif bir şekilde ele alma becerisi:* Fonksiyonel ailelerde krizler genellikle çözülebilen geçici durumlar olarak algılanmaktadır. Aile üyeleri kriz durumlarında birbirleriyle istişare içerisinde hareket ederek, tecrübeli insanlardan destek ve öneri alarak, duygularını ifade ederek pozitif oryantasyonla yol almaktalardır (Goodman ve ark., 2006).

2.1.4. Disfonksiyonel (Görünürde Normal) Aile Modelleri

Disfonksiyonel aileler, empatiden uzak, şiddet odaklı çocuk yetiştirme stilleri, tutarsız iletişim şekilleri, sürekli çatışmaları ve nezaketsizlikleri olan sıklıkla ebeveynlerden birinin çocukları ihmal ettiği veya istismar ettiği ve diğer aile üyelerinin ise olumsuz yaşam deneyimleri ve travmatik yaşantılarla ilişkili olan dissosiyatif savunmaları eşliğinde bu psikopatolojik eylemlere uyması yani "*patolojik konformizmleri*" nedeniyle temel aile işlevlerinin yerine getirilmesindeki bozukluklarla karakterizedir (Öztürk, 2021a). Disfonksiyonel aileler; aile üyelerinin, aileyi bütünleştirecek yeterli kaynaklara sahip olmaması, çocuk yetiştirme konusundaki sorumlulukların ve kararların ebeveynler arasında işbirliği içerisinde paylaşılmaması, aile üyeleri arasında karşılıklı desteğin ve rehberliğin eksik olması, sevgi ve ilgi açısından yetersiz ilişkilerin bulunması ve aile üyelerinin birbirine yeteri kadar zaman ayırmaması gibi olumsuz özelliklere sahiptirler (Wu ve ark., 2016). Disfonksiyonel aile üyeleri, aile içerisinde yaşadıkları örseleyici deneyimlerin bir sonucu olarak bazı ortak özelliklere ve davranış kalıplarına sahiptirler (Odedokun, 2022). Bu ailelerde yetişen çocuklar, patolojik bir uyma çabası veya konformist bir tutumla, aile içinde görülen bu

işlevsizlikleri ve uyumsuzlukları bir sosyal norm olarak algılarlar. Disfonksiyonel ailelerdeki yoğun psikopatolojik dinamikler, sosyal iletişimlerdeki diğer insanlar ve komşuları tarafından çoğu zaman görmezden gelinir ya da fark edilmez. Hatta bu görünürde normal ailelerin öteki birey ve aileler için ilk izlenimleri oldukça pozitiftir (Öztürk, 2021a).

Bu aile modelinde, aile içinde baskın olan eşin en az ruhsal bir bozukluğu vardır. Yine bu model ailelerde çiftler arasında simbiyotik ilişki şekli mevcut olduğundan aile içerisinde deneyimlenen bütün travmatik döngülere rağmen eşler birbirlerinden ayrılamazlar ve birbirlerini terk edemezler (Öztürk, 2021a; 2022d). Ebeveynlerin çocuk yetiştirme sürecinde karşılıklı olarak yapmış oldukları hatalar birbirlerini olumsuz yönde tamamlamalarına yol açar. Bu durum da ebeveynler arasında işlevsiz bir uyuma hizmet eder. Görünürde uyum olarak görünen aslında disfonksiyonel bir özellik olarak sürdürülen bu sürecin yaşandığı ailelerdeki ilişki simbiyotiktir ve oldukça güçlüdür (Kerr & Bowen, 1988; Millett, 1998; Şar & Öztürk, 2006). Eşler arasındaki ikircikli ve güvensiz ilişki örüntüleri, çocuklara verilen tutarsız ve karışık mesajlar ve onlarla nitelikten uzak bir şekilde kurulan zayıf iletişim, disfonksiyonel ailenin temel unsurlarını oluşturmaktadır. Disfonksiyonel ailelerin çocuklarına yönelik sergiledikleri tutum ve davranışlar; dissosiyatif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon bozuklukları ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere birçok psikopatolojinin kendi öz çocuklarında gelişmesine sebep olabilmektedir (Allen, 2001; 2010). Ayrıca bu aile üyeleri; sevgi, saygı, güven, duygusal yakınlık ve sosyal destek gibi önemli unsurlardan uzak oldukları için, aşırı kumar oynama ve içki içme ile cinsel taciz gibi patolojik davranışlar sergilemektedirler (Odedokun, 2022). Öztürk (2021a), dışa dönük aile modeli, içe dönük aile modeli, karma aile modeli, dönüşebilen aile modeli, dissosiyatif aile modeli, şizoidi aile modeli, depresif aile modeli, narsistik aile modeli, ensest aile modeli, obsesif-kompulsif eğilimli aile modeli ve dijital aile modeli olmak üzere 11 farklı disfonksiyon aile modeli tanımlamıştır.

2.1.4.1. Dışa Dönük (Extratensif) Aile Modeli

Öztürk (2021a), bu model ailedeki ebeveynlerden birinin oldukça dominant olduğunu ve bu baskın ebeveynin hem eşine hem de çocuklarına yönelttiği egoizm ve kontrol çabasının varlığından söz etmektedir. Baskın ebeveynin bencillik ve kontrol isteği, bu ebeveynin aile üyelerine yönelik davranışları bazı zamanlar sadistik davranışlara dönüşebilmektedir. Baskın ebeveynin koyduğu normlara uyulmadığı takdirde, tüm aile bireyleri bu ebeveynin yarattığı kriz ortamını yaşayarak normlara uymamanın bedelini ödemek zorunda kalmaktadır. Kriz atmosferinden kaçabilmek ve ev içindeki sessizliği koruyabilmek için tek seçenek dominant ebeveynin tüm emirlerini şartsız kabul etmekten geçer ve çoğu aile bireyleri de bu patolojik konformizm sürecine alışırlar ve zamanla durumu yadırgamaz hale gelirler hatta benimserler (Öztürk, 2017; 2020a; Öztürk & Şar, 2006). Bu ailelerde büyüyen çocuklar, güç ile patolojiyi özdeşleştirdikleri için en patolojik ebeveyni model alma eğilimindedir. Dolayısıyla çoğunlukla extratensif bir eğilim içine girmektedirler ve aile içindeki psikopatolojik dinamikler onları, explosif: "*patlayıcı*" bir yapıya götürebilmektedir (Öztürk, 2021a).

Dışa dönük aile modelinde sözlü tartışmalar, fiziksel şiddete dönüşebilmektedir. Şiddet odaklı psikopatojen aile ortamı genellikle patlayıcı niteliktedir. Bu modeldeki aile üyeleri yaşanan tartışma ve kriz durumlarından sonra birbirlerinin hatalarına pek anlayış göstermezler ve nadiren hataları kabul edici olurlar (Öztürk, 2022d). Aile üyeleri arasında duygusal yakınlık ile ilişkisel karşılıklılık çok zayıftır ve bu durum evdekilerin kendilerini bir aile gibi hissetmelerine engel olmaktadır. Fakat, bu disfonksiyonel aile modelinde boşanma olayları pek sık gerçekleşmez. Aile bireylerinin tümü bu travmatik kaostan çıkamaz hatta çıkmaya cesaret bile edemez. Bunlara ek olarak bu model ailelerde patoloji dışarıya sızdırılmaz ve bu maksatla başka insanlarla yakın iletişim içerisinde olmaktan kaçınırlar. Dışadönük ailelerde cinsel

travmalar yok denecek kadar az görülür fakat bu aile modeli fiziksel ve duygusal travmaların en fazla görüldüğü disfonksiyonel aile modelidir (Öztürk & Şar, 2006; Öztürk, 2017; 2021a).

2.1.4.2. İçe Dönük (Introversif) Aile Modeli

Bu disfonksiyonel aile modelinde her iki ebeveyn de içedönük yapıdadır. Aile içinde sınırlı bir iletişim söz konusu olduğundan tam bir yakınlaşma ve karşılıklılık sağlanamaz. İçe dönük ailelerde genellikle her iki ebeveyn de kuralcıdır ve obsesif bir yapıya sahiptir. İçe dönük ailelerdeki çocuklar da kuralcı tutumlar içerisinde ve obsesif bir yapıda yetiştirilmektedir. Bu sayede ev içerisinde ciddi boyuta ulaşabilen çatışmalar yaşanmamaktadır. Buna rağmen duygu alışverişi, empati ve iletişim hususlarında yetersizlik mevcuttur. Genellikle çocuğun fiziksel bakımına, eğitimine ve gelişimine önem verilir. Samimiyet, yakınlık hissi ya da duygusu hiçbir zaman tam anlamıyla yaşanamaz. Bu modelde fiziksel, duygusal ve cinsel travmalara rastlanmazken ortalamanın biraz altında olan bir düzeyde duygusal ihmal görülmektedir (Şar & Öztürk, 2006). İçe dönük aile bireylerinin sosyal rollerinde büyük farklılıklar görülmemektedir. Aile içindeki ve bireyler arasındaki sınırlar iyi çizilmiş olup, mesafe ve ayar problemleri yaşanmaz. Bu model, ilişki travmalarının ve aile içi kaosların minimum düzeyde yaşandığı disfonksiyonel aile modelidir. İçe dönük ailelerde aşırı duygu yüklü ifadelere ve kontrolsüz davranışlara müsaade edilmez. Böyle bir aile ortamında büyüyen çocuklarda ebeveynlerine benzer şekilde genelde içe dönük bir yapıya sahip olmaktadırlar. Bu disfonksiyonel aile modelinde aile üyelerinin görev, sorumluluk ve rolleri bellidir (Öztürk, 2020a; 2022d). İçe dönük ailelerde büyüyen çocuklar yetişkinliklerinde sınırlı bir duygusal yapıya sahip olsalar da diğer disfonksiyonel aile modellerinde yetişen çocuklara kıyasla daha pozitif özelliklere sahip bir aile hayatı kurabilirler (Öztürk, 2017; 2021a; Öztürk & Şar, 2006).

2.1.4.3. Karma (Mixed) Aile Modeli

Bu aile modelinde ebeveynlerden birisi içe dönükken diğeri dışa dönüktür. Bu disfonksiyonel aile modelinde genellikle içe dönük ebeveynler kadınlardan oluşmaktadır ve bu kadınlar çocuklarıyla birlikte eşlerinin istismarına maruz kalmaktadır. Aile içi travmaların ve örseleyici dinamiklerin en yoğun görüldüğü, özellikle fiziksel ve duygusal travmaların "*aile terörizmi*" denilebilecek kadar sık yaşandığı bir aile modelidir (Öztürk, 2021a). Baskın ebeveynin istismarına diğer aile üyeleri karşı koyamazlar ve bu ebeveynin diğer aile üyeleriyle uzlaşması pek mümkün değildir. Ev içerisinde disfonksiyonel ve dissosiye bir yaşantı süreci hâkimdir. İstismar edilen aile üyesi "*yarı dissosiye yaşam*" sayesinde psikopatolojik aile sürecine katlanabilmektedir. Bu ailelerde aile bireylerinin ev içerisindeki ruh hali, baskın ebeveynin ruh haliyle benzer doğrultuda hareket etmektedir. Merkezde olan baskın ebeveyn eğer neşeliyse diğerleri de neşeli, eğer gergin ise diğerleri de gergindir. İstismarcı ebeveynin öfke ve gerginlik gibi duygularının, patolojik bir işleyişle ailenin diğer üyelerine "*nüfuz etmesi*" söz konusudur (Öztürk, 2022d). Böyle kaotik durumlarda yaşanan deneyimin başka bir ifade ile "*aile terörizminin*" bir an önce sona ermesini dileyen diğer aile üyeleri bir an önce bu durumdan kurtulup daha katlanılabilir olan eski hale dönme isteğiyle beklerler. Sık, şiddetli, yıpratıcı ve uzun süreli krizlerle kısa süreli mutlu anlarla beslenen bu "*dissosiyatif girdap*", bütün aile bireyleri için artık olağan ve daha tahammül edilebilir bir hale gelir. Bu dissosiyatif girdap ise reviktimizasyon döngüsünün temelini oluşturmaktadır (Öztürk, 2017). Bu reviktimizasyon döngüsünü ailedeki çocuklar ve ergenler şu şekilde ifade etmektelerdir: "*Aslında babam ve annem normalde iyi biri. Ancak öfkeli olunca onları tanıyamıyorum. Sanki başka biri oluyorlar. Ama öfkeleri geçince yine bana değer veriyorlar*" (Öztürk, 2020a; Ross & Halpern, 2009). Bu disfonksiyonel aile modelinde deneyimlenen örseleyici yaşantılar dışarıya sızdırılmazlar. Çocukların ifade etme çabaları ise çocuklara ceza olarak döner ve bir

zaman sonra çocuklar artık şikâyetçi davranışlarda bulunmazlar. Bu aile modelinde yetişen çocuklar içe dönük ya da dışa dönük olabilmektedirler. Bütün disfonksiyonel ailelerde olduğu gibi nadir de olsa dışarıdan bir yardımcı ego, bu psikopatolojik sürece müdahale edebiliyorsa, kapalı iç sistemdeki olumsuz etkileri belirli oranda azaltılabilir (Öztürk, 2020a).

2.1.4.4. Dönüşebilen (Reversible) Aile Modeli

Bir disfonksiyonel aile modeli olan dönüşebilen ailelerde, ebeveynlerden hangisinin dışa dönük, hangisinin içe dönük olduğu belirsizdir. Ebeveynlerin üstlendiği bu roller, özel bir nedenden ya da belirli bir zaman diliminden bağımsız olarak sürekli değişiklik göstermektedir. Belirli bir anda belirli bir olayda dominant olan ebeveyn, başka bir anda aynı olayda çekinik olabilir. Bu aile modelindeki ebeveynler değişken tutumlara ve davranışlara sahiptir. Duygular ise, sevgiden nefrete uzanan doğrultuda kolayca ve hızlıca değişim göstermektedir (Öztürk, 2022d). Bu aile modelinin bütün iletişim odaklarında "*sevgi ve nefret çatışması*" hüküm sürmektedir. Dönüşebilen ailelerde yetişen çocuklarda güvensiz bağlanma stili yerleşiktir. Bu tür ailelerde güvensiz bağlanmadan istismarcıya bağlanmaya kadar genişleyen psikopatojen süreçler aktiftir (Öztürk & Şar, 2006; Ross & Halpern, 2009). İstismarcı ebeveyne karşı, çocuğun bir yanı nefret duyguları hissederken bir yanı ise sevgi beslemekte bu durum, çocukta bir ikilem oluşturmaktadır. Bu ikilem, çocuklukta ciddi boyutta bir problem olarak içselleştirilmektedir (Öztürk, 2020a; Ross & Halpern, 2009). Dönüşebilen aile modeli farklı sosyoekonomik düzeydeki ailelerde görülebilmektedir. Bu aile modelinin üyesi olan ebeveynler çocuklarına duygusal travmalar yaşatmaktadırlar. Aile içerisinde daha çok sözel tartışmalar yaygınken sıklıkla küsme ve geri barışma örüntüsü görülmektedir. Bu örüntü şiddetli ilişki ve iletişim travmaları yaratmaktadır. Böyle bir atmosferde yetişen çocuklar,

güvensiz bağlanma ile büyüdüklerinden dolayı, kendileri de yetişkin olduklarında ebeveynlerine benzer bir doğaya sahiptir (Öztürk & Şar, 2006; Öztürk, 2017; 2020a).

2.1.4.5. Dissosiyatif Aile Modeli

Bu aile modeli, aslında disfonksiyonel aile modellerinden dışa dönük aile modeli, içe dönük aile modeli, karma aile modeli veya dönüşebilen aile modellerinden birisiyle eşleniktir. Dissosiyatif aile modelini diğer aile modellerinden ayrıştıran özellik, aile üyelerinden en az birinin dissosiyatif olması veya subklinik dissosiyatif yaşantılarının olmasıdır. Bu model ailelerde aile üyeleri arasında saklanan sırlar vardır ve bu sırlar zaman zaman acting-out şeklinde tüm aile bireyleri önünde konuşulmaktadır. Evlat ayrımının belirgin olarak yapıldığı bu aile modelinde, çocuklardan biri kurban olarak belirlenmektedir. Ailenin tüm öfkesi ve açmazları bu çocuğa yöneltilirken diğer çocuklar aşırı korunmaktadır. Ebeveynler böyle bir tutumla, "*dissosiyojen bölünmüş aile*" şeklini yapılandırmış olmaktadırlar (Öztürk, 2017; 2020a). Bu aile modelinde, kutuplaşan roller ve dönüşümlü bir istismarcı-kurban döngüsü hâkimdir. Aslında bu ebeveynlerin çocuklukları hem aileleri hem de akrabaları tarafından özellikle duygusal açıdan travmatize edilmektedir. Dissosiyatif aile modelinin üyesi olan çocukların iletişimleri, değişken ve çalkantılıdır ayrıca bu çocuklar intihar girişim riskleri yüksek, depresif ve patlayıcı özellikte kişiler olabilmektedir (Öztürk, 2022d).

2.1.4.6. Şizoidi Aile Modeli

Bu disfonksiyonel aile modelinde ebeveynlerin sosyal çevre ile kurduğu iletişim yok denebilecek kadar azdır. Bu ebeveynlerin empati becerileri yeterince gelişmemiştir, ebeveynler iletişim kurma ihtiyacı da hissetmedikleri için yalnız kalmayı yeğlemektedirler. Bu durum, anne ve babanın hem kendi arasında hem de çocukları arasında ihmal yönelimli patolojik ilişkilerin

oluşmasına sebep olmaktadır. Şizoidi aile modeli, çocuklar açısından en fazla fiziksel ve duygusal ihmalin yaşandığı disfonksiyonel aile modelidir (Şar & Öztürk, 2006). Şizoidi aile modelindeki ebeveynler immatür veya infantil bir kişilik yapısı sergilemektedirler. Bu ailelerde dağınık bir hayat tarzı vardır ayrıca çocuklara pek fazla sorumluluk yüklenmemektedir. Genelde aile üyeleri birbirlerine karşı pek sorumluluk duygusu hissetmemektedirler (Öztürk, 2020a; Öztürk & Şar, 2006). Bu aile modelinde büyüyen çocuklar yetişkinlik döneminde genellikle bir çıkış yolu bularak iş ve aile hayatında başarıya ulaşabilmektedirler, fakat aktüel hayatlarında şizoid yapı korunmaya devam etmektedir (Öztürk, 2020a).

2.1.4.7. Depresif Aile Modeli

Bu disfonksiyonel aile modelinde ebeveynler ile çocuklar depresif eğilim içerisindedirler. Hatta aile bireylerinin bazıları, depresyon bozukluğu tanısı alabilmektedir. Genelde düşük ve orta sosyoekonomik seviyedeki ailelerde görülen bu modelde bireyler, ev içerisinde sürekli şikayet etme, yakınma davranışları sergilemektedir (Şar & Öztürk, 2006). Bu davranışlar sebebiyle aile üyelerinin birbirlerine tahammülü çok azdır, aile üyeleri birbirlerinden bıkmış durumdadır. Depresif ailelerde yetişen çocuklar kırılgan ve depresif yapıdadır ayrıca diğer insanların ailelerine karşı adaletsiz davrandıklarına yönelik bir inançları bulunmaktadır. Yaşadıkları zaman diliminden ziyade geçmişe takılı kaldıkları için aktüel hayat beklentileri oldukça düşüktür (Öztürk, 2022d). Aile içindeki en küçük kurala bile uyulmaması durumunda çocuklar ebeveynleri tarafından sevilmeme ve reddedilme tehdidiyle karşılaşmaktadırlar. Ebeyeynlerin çocuklar üzerinde aşırı bir kontrolü olup onları bireysel olmaktan uzak, bağımlı ve aşırı kuralcı bir yapıda yetiştirirler. Bu modeldeki aile üyeleri diğer insanlara yardım edip, onlara iyi davranırlar ve bu özellikleri sayesinde sosyal çevreleri

tarafından çok fazla sevilmektedirler. Depresif aile modeli aynı zamanda "*ele dost*" bir aile modeli olarak literatürde tanımlanmaktadır (Öztürk, 2017; 2021a; Şar & Öztürk, 2006).

2.1.4.8. Narsisistik Aile Modeli

Narsisistik aile modelinde ebeveynler genellikle kibirli, hak iddia edici, teşhirci hatta istismarcı bir ruhsal doğadadır. Bu model ailelerde sürekli olarak eve misafir davet etme davranışı vardır. Bu davetler gösterişli olarak ve özel bir anlam yüklenerek dizayn edilmektedir. Davetlerde bu ebeveynler sürekli maddi olarak sahip olduğu şeylerden ve bazen kendilerinin bile inanmadığı biraz da hayal ürünü başarılarından abartarak, bütün kontrolü alarak ve karşı tarafı bıktırdığını algılayamadan kuşatıcı bir yönelimle bahsederler (Öztürk, 2017; Şar & Öztürk, 2006). Narsistik aileler genellikle sosyoekonomik açıdan kendi ailelerinden daha mütevazı ailelerde görüşmektelerdir. Fakat narsisistik ailelerin sohbetleri karşılıklılıktan oldukça uzaktır ve bu aile modeliyle iletişim kuran diğer aileler bir zaman sonra narsistik ailenin patolojilerini fark ederek uzaklaşmaktalardır. Bu disfonksiyonel ailede büyüyen çocuklar genellikle abartılmış bir özgüvene sahiptir ve bu sebeple başka çocuklarla iletişim sorunları yaşayıp uyumsuz davranışlar göstermektelerdir (Öztürk, 2020a; Şar & Öztürk, 2006).

2.1.4.9. Ensest Aile Modeli

Bu disfonksiyonel aileler ağır patolojik ilişki özellikleri göstermektedir. Ebeveynler normal ve doğal görünümlü olmasına rağmen ebeveynlerde oldukça kuralcı, baskın ve esnek olmayan bir psikolojik yapı hâkimdir. Bu aile modelinde temel görünüm, çocuğu istismar eden bir baba, bu patolojik duruma pasif bir pozisyon alarak izleyici kalan yani ihmalkâr davranan bir anne ve tüm bu süreç sonunda bir yetişkin gibi olmak zorunda kalan ihmal ve istismar mağduru bir çocuk şeklindedir (Öztürk, 2022d). Bu ilişki üçgeni içerisinde annenin tüm

davranışları patolojik konformizm kavramı ile açıklanabilmektedir. Annenin bu pozisyonda kalması, basit çıkarlar elde etmesinin yanında kendi çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin dissosiyatif bilinç kesintilerine sebep olmasıyla da ilişkilidir. Benzer travmatik deneyimlere sahip ebeveynlerde kuşaklararası travma geçişi ve kuşaklararası psikopatoloji aktarımı görülmektedir (Finkelhor, 2010; Goodwin, 1989; Öztürk, 2020a; 2021a). Ensest aile modelinde otoriter, güçlü ve katı ebeveyn tutumları, çocuğun şiddet uygulanmadan itaat etmesini kolaylaştırmaktadır. Bu dissosiye edici tutumlarla uyuma zorlanan çocuğun, bunlara ek olarak şiddetli cezaya maruz kalma korkusu yaşaması, ailenin dağılacağı düşüncesine sahip olması gibi unsurlar ensest mağduru çocuğun yaşadığı cinsel istismarı paylaşmasını engellemektedir. Çocuk yalnızca güvenebileceği sağlam bir liman bulması durumunda yani yeterli sosyal desteğe sahip olduğunda yaşadığı istismar durumunu paylaşacak güce ulaşabilmektedir (Öztürk, 2021a; Summit, 1983). Tüm bunlara rağmen ensest model ailelerin bu patolojik durumları dışarıdan bakıldığında kolaylıkla fark edilmemektedir. Aile gizli kalma durumunu, postmodern ilişki dinamiklerini benimseyerek ve sosyal çevrelerinde genel olarak kabul gören tutum ve davranışları sergileyerek sağlamaktadır (Herman, 1983; Öztürk, 2020a; 2021a).

2.1.4.10. Obsesif ve Kompulsif Eğilimli Aile Modeli

Bu aile modeli katı, kuralcı, otoriter, kendinden emin, olağandışı durumlara tahammül edemeyen ebeveynlerden oluşmaktadır. Ebeveynler, obsesif kompulsif bozukluğu eşik altı tanı kriterlere sahip oldukları için tanı almamaktadırlar fakat bu aile modelindeki çocuklar genellikle bu psikiyatrik tanıyı alabilmektedirler (Öztürk, 2022d). Çocukların uyku ve yemek yeme gibi temel ihtiyaçları da dâhil olmak üzere eğitim, eğlence ve oyun oynama gibi aktiviteleri bile ebeveynlerin keskin kuralları ve planlamaları dâhilinde gerçekleşmektedir. Obsesif ve kompulsif ailelerde çocuklarda fiziksel, duygusal ve cinsel travmaya sebep olacak

yaşantılara pek rastlanmaz fakat çocuklar üzerindeki baskı ve kontrol olumsuz sonuçlara sebep olmaktadır (Öztürk, 2021a). Bu ailelerde üyeler arasındaki sınırlar belirgin olduğu için sınır sorunlarıyla çok fazla karşılaşılmamaktadır. İçe dönük (introversif) aile modeline benzer şekilde ilişkisel travmaların ve aile içi kaotik durumların en az görüldüğü ailelerdir. Aile üyeleri arasında yardımlaşma vardır ve ebeveyn-çocuk arasındaki ilişkisel bağlar güçlüdür. Bu sebeplerle obsesif ve kompulsif eğilimli aile modellerinin disfonksiyonel aile modelleri içindeki en zararsız aile modeli olduğu söylenebilir (Öztürk, 2020a; 2021a).

2.1.4.11. Dijital Aile Modeli

Bu aile modelinde ebeveynleri tarafından sosyal medya, internet ve oyun bağımlılığına itilmiş çocuk ya da çocuklar mevcuttur. Ebeveynlerin kendi hayatları da internet ve teknoloji yönelimli etkinliklere, iletişimlere ve objelere göre şekillenmektedir. Çağımızın ailelerinde dijital iletişim araçları yaygın bir şekilde kullanılması aile üyeleri arasındaki yüz yüze iletişimin yerine geçmektedir. Bu ailelerde internet ve teknoloji kullanımının bir şekilde engellenmesi, aile üyelerini gergin, huzursuz ve öfkeli bir ruh haline sahip olmasına yol açmaktadır (Öztürk, 2022d). Teknolojik cihazları ve sosyal medya platformlarını çocuklar üzerinde ödül ya da ceza unsuru olarak uygulayan ebeveynler, çocuklarını bu yöntem aracılığıyla duygusal istismara maruz bırakmaktadırlar. Dijital ailelerde paylaşan ebeveynlik uygulamaları sıklıkla görülmektedir. Ebeveynler, çocuklarının bilgisi ve rızası olmaksızın kendi arzuları doğrultusunda çocuklarının fotoğraf ve videolarını sosyal medyada paylaşarak bir istismar sürecini başlatmış olurlar (Öztürk, 2021a). Dijital aile modelinde büyüyen çocuklar, anne-babalarının yanlış çocuk yetiştirme stilleri sebebiyle siber hayata hapsolmakta hatta siber bağımlılıkların ve siber patolojilerin birer kurbanı olmaktadır (Öztürk, 2020c; 2021a). Bu konuda yapılan bazı çalışmalar ailelerin disfonksiyonel durumunun yüksekliği ile çocuklarda

görülen internet bağımlılığı arasındaki ilişkiyi kanıtlamaktadırlar (Wu ve ark., 2016; C.F. Yen ve ark., 2009). Disfonksiyonel ailelerde çocuklar, eksikliğini hissettikleri güvenilir ilişki ihtiyacı, sevgi ihtiyacı, bağ kurma ihtiyacı ve aidiyet duygusu gibi duygusal gereklilikleri, dijital dünya aracılığıyla gidermeye çalışmaktadırlar, bu durum da çocukların sanal dünyaya olan patojen bağımlılığını arttırmaktadır (Kim & Haridakis, 2009).

2.1.5. Disfonksiyonel Aile Dinamikleri ve İletişim Şekilleri

Disfonksiyonel ailelere özgü istismar edici iletişim şekilleri ve ailenin kendi iç dinamiği, çocukların dissosiye edici şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleriyle büyümesine neden olmaktadır. Kendi içinde tutarlı olan bu görüngüler, özellikle ebeveynlerin duygu, düşünce ve davranışlarında sağlıksız ve patolojik kalıplaşmalara sebep olmaktadır. deMause, bu sağlıksız ve patolojik davranış kalıplarının geçmiş nesillerden miras kaldığını vurgulamaktadır. Geçmiş kuşakların Öztürk'ün dissoanaliz kuramı yöntemiyle nötralize edilmeyen travmatik deneyimleri, şuan ki nesillerin bu psikopatolojik kalıplarla mücadele etmek zorunda kalmasına sebep olmuştur (deMause, 1997; Öztürk, 2020a, 2020b; Şar & Öztürk, 2006). Bu dissosiye edici davranış kalıpları ve iletişim şekilleri, "*ailede gizli cepheleşme*", "*patolojik konformizm*", *"sahte karşılıklılık", "manipülasyon, gaslighting ve kadın düşmanlığı", "çift mesaj", "sharenting", "güvensiz bağlanma, istismarcıya bağlanma ve istismarcıyla özdeşim kurma", "hasta yada aptal rolü", "duyarsızlık", "evlat ayrımı", "şımartma", "arkadaş annelik-babalık", "anne ve babalık reddi", "yüksek beklenti düzeyi", "ebeveynlerin rol değişimleri ve diğerinin yerini doldurma girişimleri", "değişken oranlı kural ve kuralsızlıklar", "okutulmama", "çocuk işçiliği", "yetişkinleştirme veya çocuklaştırma", "doktora, dişçiye ve psikoloğa götürmeme", "haset, kıskançlık ve nezaketsizlik", "çocuktan, ergenden ve yetişkinden ebeveynlere yönelik şiddet"* şeklinde sıralanmıştır (Öztürk, 2021a; 2022d).

2.1.5.1. Ailede Gizli Cepheleşme

Disfonksiyonel ailelerde ebeveynler arasında evlat ayrımı görülmekte ve anne-babalar, kendi çocuklarına farklı tutumla davranmaktadırlar. Bu bölünmeler yalnızca ebeveynler arasında sınırlı kalmayarak çocukları ve diğer aile üyelerini de kapsamaktadır. Böylelikle çocuklar bir evin içerisinde bir ebeveynle daha yakın bir ilişki içindeyken diğer ebeveynle daha soğuk bir ilişki içerisinde olarak gizli cepheleşmeye dâhil olmuş olurlar (Öztürk, 2021a). Aslında ailede dissosiyatif bir süreç işlemekte ve ebeveynler kendi çıkarları için çocuklarını cepheleştirerek, yani kendi savaşlarının ortasında onları bir esir olarak kullanarak travmatize olmalarına yol açmaktadırlar (Öztürk, 2022d). Bu bölünmüşlük ve zorunlu cepheleşme, çocukların ebeveynlerin dissosiyatif süreçlerini kendi ruhsal dünyalarına işlemelerine sebep olarak çocuğun ruhsal dünyasındaki bütünlüğü bozar ve böylelikle çocuğun ruhsallığı dualiteye dönüşür (Öztürk, 2020a; 2021a). Bu disfonksiyonel aile dinamiği kendisini, çocuklar arasında cinsiyet ayrımı yoluyla ya da seçilen bir çocuğa aşırı ilgili davranırken diğerlerine ihmalkâr davranma yoluyla göstermektedir (Allen, 2001; Öztürk ve ark., 2019; Şar & Öztürk, 2006).

2.1.5.2. Patolojik Konformizm

Öztürk'e göre, konformizm iki başlıkta ele alınmaktadır. Bunlardan "*normal: aktüel hayat konformizmi*" ilkidir, "*patolojik konformizm*" ise ikincisidir. "*Aktüel hayat konformizmi*" bir uyum çabası olarak ifade edilirken, "*patolojik konformizm*" ise, dünyanın ve insanların kötü olduğu inancıyla hareket eden ve bu düşünce doğrultusunda mağduriyetten açınmak adına hiçbir çaba göstermeyen, hayatını pasif rolde idame ettirirken bir yandan da kendilerini "*iyi bir insan*" oldukları fantezisine ikna etmeye çalışan bireylerin bir özelliği olarak ortaya çıkmaktadır (Öztürk, 2021a). Bu patolojik konformizm tutuma sahip ebeveynler çocuklarının travmatize olmalarını bir seyirci gibi izlerler ve pasif rolde kendilerini çaresizlikle avutmaya çalışmaları

adeta bir günah çıkarma seansı gibi hizmet etmektedir. Asıl olan bu ebeveyninde en az istismarcı kadar suçlu olduğudur. Ebeveynlerin bu dinamiğe sahip olmasında kendi çıkarları ön planda olsa da kronik çocukluk çağı ruhsal travmalarının da etkili olduğu ifade edilmektedir. Aile psikopatolojisi ile patolojik konformizmin birbirine oldukça yakın ilişki dinamikleri ve fonksiyon geçişleri barındırmaktadır (Öztürk, 2020a; 2022d; Şar & Öztürk, 2006).

2.1.5.3. Sahte Karşılıklılık

Sahte karşılıklılık en sık görülenler disfonksiyonel aile dinamiklerinden biridir. Ebeveynlerin karşılıklı olarak yaşadıkları sorunların bir çatışma ya da anlaşmazlığa dönüşmemesi adına kendi öz benliklerini güven içerisinde ortaya koymamaları neticesinde aile içerisindeki tutum ve davranışlarında doğal davranmaması anlamına gelmektedir (Öztürk, 2021a). Bu dinamik sayesinde aile, sorunsuz, çatışmasız ve mutlu bir resim çizmektedir fakat gerçekte ise aile üyeleri kendileri gibi olamadıkları için mutlu ve huzurlu değildir. Birbiriyle içten ve gerçek bir iletişim kurmayı beceremeyen eşler, çocuklarıyla da gerçek bir iletişim kuramazlar (Öztürk, 2022d). Sahte karşılıklılık dinamiği hâkimiyetindeki aile ilişkileri uzun süre boyunca devam edemez ve nihayetinde ailenin disfonksiyonelliği, sorunlu davranışlar sergileyen bir çocuk, isyankar bir genç, depresif bir anne, alkolik bir baba ya da aldatan bir eş gibi örneklerle kendisini gösterir (Öztürk, 2020a; Öztürk ve ark., 2019; Şar & Öztürk, 2006).

2.1.5.4. Çift Mesaj

Çift mesaj, eşlerin kendi aralarındaki ilişkilerinde ya da çocuklarıyla kurdukları iletişimde, taleplerini iletirken aynı mesaj içerisinde isteklerinin tam zıttı anlamına gelecek bir tavır göstermesi olarak ifade edilmektedir (Öztürk, 2020a). Çift mesajlar iletilen kişide zihin bulanıklığına ve tavır alma sürecinde karışıklığa sebep olmaktadır (Ross & Halpern, 2009).

Verilen mesajın iki yönü olması ve iki yönün birbirinin zıttı olması sebebiyle bu durum çift yönlü mesaja maruz kalan kişi için bir travmatik açmazdır ve kişinin bu mesajdaki talebi karşılayabilmesi ya çok zordur ya da imkânsızdır. Bu travmatik açmazlarla dolu iletişim yapısının sonucu talebin sahibi tarafından istediğinin yerine getirilmemesi anlamına geldiği için, mesajı ileten kişi alıcıya olumsuz duyguları yüklemek için kendisini haklı bulur ve öfke duygusuyla hareket edip mesaja maruz kalan tarafa suçlayıcı davranışlar sergiler (Öztürk, 2022d). Nihayetinde ne yaparsa yapsın doğruyu yapamayan birisi ile ne olursa olsun istediğini alamayan iki kişinin patolojik iletişiminin bir döngü haline geldiği durum söz konusudur. Çift mesajlar aile içerisinde çocuklar ile ebeveynlerin arasını en çok bozan psikopatolojik dinamiklerden biridir hatta özellikle çocuklar adına kronik ve travmatik bir çifte açmazdır. Çocuklar bu durumla baş etmek kadar bağlanmayı sürdürmek için bir dizi dissosiyatif savunmalar geliştirilir (Öztürk, 2020a; 2021a; Öztürk ve ark., 2019; Şar & Öztürk, 2006).

2.1.5.5. Paylaşan Ebeveynlik

Paylaşan ebeveynlik olarak Türkçeye çevrilen sharenting, bir dijital çağ disfonksiyonel aile dinamiğidir. Çağımızda ebeveynler çocuklarını internet ve teknoloji kültürü ile büyütmekte ve çocuklarıyla ilişkilerinde teknolojik araçlar ve sosyal medya uygulamaları çokça yer almaktadır. Çocukların özel anlarının, fotoğraflar ve videolar aracılığıyla ebeveynleri tarafından sosyal medya platformlarında paylaşılması anlamına gelen sharenting, paylaşma (share) ve ebeveynlik (parenting) kelimelerinin birleştirilmesiyle oluşturulan bir kavramdır (Ayhan & Öztürk, 2021). Ebeveynlerin çocuklarının fotoğraflarını sosyal medya platformlarında yani gizliliğin olmadığı bir alanda paylaşması, ayrıca çocuğun bu durumda öz iradesinin gelişmemiş olması sebebiyle kendi hak ve taleplerini savunamaması ve gelecekte bu görüntülerden rahatsız olabileceği ihtimalinin göz ardı edilmesi, ihmalin göstergesi iken bu

fotoğraflar aracılığıyla ilgi görmek ise istismarın göstergesidir (Blum-Ross & Livingstone, 2017; Otero, 2017). Paylaşan ebeveynlik, postmodern bir psikopatolojinin yansıması olarak disfonksiyonel aile dinamiklerinde önemli bir rol almaktadır (Öztürk, 2021a).

2.1.5.6. Güvensiz Bağlanma, İstismarcıya Bağlanma ve İstismarcıyla Özdeşim Kurma

Tüm ilişkilerde olduğu gibi ebeveynler ve çocukları arasında kurulan güvenli bağlanma fonksiyonel bir ilişkinin göstergesidir. Güvenli bağlanmaya imkân sunan bir ebeveyne sahip olan çocuklar, ebeveynleriyle kurdukları güvenli bağlanma sayesinde yetişkin bir birey olduklarında sağlıklı ve pozitif ilişkiler geliştirebileceklerdir (Öztürk, 2017). Şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri uygulanarak travmatize edilen bireylerin bir kısmı, istismarcılarına bağlanarak ve onlarla özdeşim kurarak travmatik girdabın devamlılığında işlev görürler. Bunun sonucunda sağlıklı ruhsal gelişimi engellenen çocuk, istismarcısına bağlanabilir hatta istismarcısıyla özdeşim kurabilir (Öztürk, 2020a; Ross & Halpern, 2009). Çocuğun istismarcısına bağlanma süreçlerinde, ilgisizlik, karmaşa ve ihmaller içerisinde büyüyen çocuk, bu ihmalkâr ebeveynlerine karşı kendisini ruhsal olarak korumak zorunda kalırken bir yandan da kendisini bakıp büyütenlere güvenli bağlanmak ister, bu durum çocuk için bir nevi çifte açmazdır. Böylelikle çocuk ve ebeveyn arasında güvenli bağlanmanın gerçekleşmez (Öztürk, 2018b, 2020a, 2021a; Ross & Halpern, 2009; Şar & Öztürk, 2006).

2.1.5.7. Hasta ya da Aptal Rolü

Bu disfonksiyonel aile dinamiğinde aile içerisinde ortak bir çabayla adeta bir "*günah keçisi*" ya da "*nefret nesnesi*" oluşturulmaktadır. Bu nefret nesnesi ya da günah keçisi genellikle bir çocuktur ve aile içerisinde meydana gelen sorunların neredeyse tamamının kaynağı olarak

algılanmaktadır (Öztürk, 2021a). Nefret nesnesine dönüştürülen çocuk, problemli, yeteneksiz ve aileye bir yükmüş gibi görülür. Bu ailelerde gelişim odaklı ve potansiyeli yüksek olan çocuklar kontrol altında tutulabilmek için bu disfonksiyonel dinamiğin etkisine maruz bırakılmaktadır (Öztürk, 2022d). Nefret nesnesi olan bu kişi, ailenin en zeki ve belki de ruhsal açıdan en sağlıklısı olabilmektedir. Fakat aile tarafından yalnızlığa itildiği için ve çocukluğundan beri negatif davranışlara maruz kaldığı için potansiyelini gerçekleştiremez ve psikopatolojiler geliştirebilir. Disfonksiyonel aile içerisinde kurban rolündeki çocuk yalnızca "*hasta*" veya "*aptal*" rolleriyle yaşamına devam edebildiği için bu travmatik rolleri üstlenmek zorunda kalmaktadır (Öztürk, 2020a; 2021a; Öztürk ve ark., 2019; Şar & Öztürk, 2006).

2.1.5.8. Duyarsızlık

Duyarsızlık, ebeveynlerin çocuğun gelişimi, hastalığı, başarısı ya da başarısızlığı gibi çocukla ilgili önemli olaylara ve durumlara karşı umursamazlığı olarak tanımlanabilir (Öztürk, 2021a). Bu ebeveynlerin empati becerileri oldukça yetersizdir, çocuklarıyla duygusal iletişim içerisine girme ihtiyacı hissetmezler ve bu nedenle de çocuklarının sorun ve ihtiyaçlarına karşı duyarlı değillerdir. Duyarsızlık yapan ebeveynlerin yetersiz empati becerileri hem çocuklarına hem de diğer aile üyelerine karşı duyarlı olabilme ve anlayışla karşılama becerilerini sınırlamaktadır (Öztürk, 2022d). Duyarsızlık gösteren kişiler, daha çok kendi iç dünyalarında ve sosyal açıdan izole olarak yaşayan çekinik kişilerdir. Ebeveynlerin duyarsızlıkları kendi içlerinde yaşadıkları dissosiye edici psikolojik açmazlarla ilişkilendirilmektedir. Ebeveynlerin duyarsızlıkları, bireylerin hem çocukluk döneminde hem de ergenlik döneminde dissosiyojen bir etken ajan olarak fonksiyon görmektedir. Duyarsız bir aile içerisinde yetişen bir nesilde travmatik yaşantılar karşısında donakalma, boyun eğme, inkar ve kendini savunamama eğilimleri varoluş gösterir (Allen, 2010; Öztürk, 2020a; 2021a).

2.1.5.9. Evlat Ayrımı

Ebeveynler kendi patolojik konformizmleri doğrultusunda davranan, itaatkâr ve kendisine benzeyen çocuklarına karşı daha ilgili, özverili ve sevgi dolu davranarak pozitif ayrımcılık yaparlar. Diğer çocuk her ne kadar başarılı, gelişime açık ya da yüksek potansiyele sahip olsa da ebeveynin patolojik konformizmine uygun davranmadığı müddetçe dışlanarak ve ötekileştirilerek geri planda bırakılırlar (Öztürk, 2021a). Disfonksiyonel aile ebeveynleri, aile içerisinde olanın bitenin farkında olan, patolojik aile ilişki süreçlerini reddeden ve genellikle en yetenekli olan çocuğu günah keçisi olarak seçerler. Ailenin patolojik ilişki örüntüsüne dâhil olmaya başkaldıran çocuk ebeveynleri tarafından travmatize edilerek cezalandırılır (Öztürk, 2022d). Evlat ayrımına maruz kalarak dışlanan çocuklar öfke duygularını ilerleyen yaşlarda tüm aile üyelerine projekte ederler ve aile içerisinde şiddet yönelimli ve sorunlu olarak etiketlenirler. Yine bu çocuklarda kardeş kıskançlığı görülebilmekte ve bu çocuklar okul gibi sosyal ortamlarda akran şiddetine başvurabilmektelerdir (Öztürk, 2017; 2020a; 2021a).

2.1.5.10. Şımartılma

Ebeveynler bazen çocuklarını mutlu etmek niyetiyle bazen de patolojik konformizmleri sebebiyle çocuklarının taleplerini kontrolsüz bir şekilde gerçekleştirerek çocuklarını şımartabilmektelerdir. Şımartılma; çocuklarda özellikle frustrasyon, belirsizlik ve anksiyete toleranslarını düşürür, narsisistik bir yapılanma sağlar ve sosyal ilişkileri ile karakter oluşumu üzerinde negatif ruhsal izler bırakır (Öztürk, 2021a). Bundan dolayı çocukların kontrolsüz bir şekilde şımartılmaları dengeli ve empatik bir yaklaşımla kontrol altına alınmalıdır. Şımartılma, "*yardım eden yönelimli gibi görünen*" ama gerçekte en patolojik çocuk yetiştirme stillerinin içerisinde yer alan bir yanlış çocuk yetiştirme stilidir ki bu alet kullanılarak ruhsal açıdan sağlıksız bir disfonksiyonel yeni nesil yetiştirilmektedir (Öztürk, 2022d). Şımartılma

sonucunda ise empatiden yoksun, aşırı ben merkezli düşünen, çocuksu arzulardan kurtulamayan ve olgunlaşmamış davranışlarla karakterize olan "*şımartılmış çocuk sendromu*" isimli patolojik bir durum ortaya çıkar (McIntosh, 1989; Öztürk, 2020a; 2021a).

2.1.5.11. Arkadaş Anne ve Baba

Modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanaliz kuramı perspektifinden postmodern ve psikopatolojik bir trendin ürünü olan çocuğuyla arkadaş gibi olan bu ebeveynler, çocuğu ile "*görünürde samimi*" gerçekte ise yapmacık ve sahte karşılıklılık aracılığıyla bir iletişim kurmayı tercih ederler. Ebeveynlerin bu travmatize edici tutum ve davranış içerisinde olmasında genellikle kendilerini genç ve iyi hissetme arzusu söz konusudur (Öztürk, 2021a). Aynı zamanda üstlendikleri arkadaşlık rolü ile ebeveynlik rolü, sorumluluklar açısından ikilemler yaratmakta ve bu ikilemler neticesinde ebeveynler çocuklarına karşı gizil bir öfke hissetmektedirler. Bu gizil öfke "*eşdeş ve sınırsız bir patolojik iletişim zemininde*" sınır ve mesafe koyamayan, denetimden uzak ebeveyn tutumlarıyla kendisini gösterir ve nihayetinde çocuklar dolaylı da olsa ebeveynleri tarafından hataya sevk edilmektedirler (Öztürk, 2023a). Çocuğun kendi ebeveynlerini kontrol ettiği bu "*asimetrik iç yapılanma*", anne-babaların çocukları üzerindeki görevlerini ve sorumluluklarını gerçekleştirebilmeleri konusunda birçok ihmale ve hataya yol açmaktadır. Realitede ise çocuğun, tüm ebeveynlik boyutlarıyla sınır çizebilme ve kontrol edebilme becerisine sahip olan yani "*gerçek*" bir bakım verene, anneye ve babaya ihtiyacı vardır (Chenail ve ark., 2020; Öztürk, 2020a, 2021a).

2.1.5.12. Anne ve Babalık Reddi

Bu disfonksiyonel iletişim stili, çocuğu ile rekabet içerisinde olan anne ve babaların sergilediği tutum ve davranıştır. Bu dinamiğin göstergesi, ebeveynlerin çocuklarını boş zaman

bırakmaksızın, aralıksız bir şekilde eğitimlere, spor ve sosyal faaliyetlere göndermesi ve çocuklarına yaptıkları bu yatırımların karşılığı olarak yüksek beklenti içinde olmaları şeklindedir (Öztürk, 2021a). Bu tutum ve davranışlarla ebeveynler çocuklarıyla çok dar zamanlarda bir arada bulunurlar böylelikle çocuklarıyla nitelikli, derin ve duygu odaklı ilişkiler kuramazlar. Ebeveynler çocuğu ile geçen zamana katlanamadıkları için onları kendilerine göre legalize ettiği bazı eğitim ve sosyal etkinliklerle kendilerinden uzak tutmaya çalışırlar (Öztürk, 2022d). Çocuklarıyla ilişkileri yalnızca beslenme, okul ve eğitim gibi somut ihtiyaçların ve sorumlulukların karşılanması boyutundadır. Tüm fiziksel ve görünen ihtiyaçları karşılanmış olan çocuklar, maruz kaldıkları duygusal ihmal ve istismardan dolayı hep eksiklik hissederler. Bu davranış formlarıyla görülen anne ve babalık reddi, spontan çocuk-ebeveyn ilişkisinin inkârı olup, bilinçaltında çocuğu ile ilişkisinde yoğun yetersizlik duygularıyla anksiyete yaşayan ebeveynlerine başarısız bir çözüm arayışıdır (Öztürk, 2017; 2020a; 2021a).

2.1.5.13. Yüksek Beklenti Düzeyi

Bu disfonksiyonel iletişim stilinde ebeveynlerin ısrarlı bir şekilde, çocuklarının bir yetişkin gibi davranması ve kendi kendine yetebilen bireyler olması yönünde yüksek beklentileri bulunmaktadır. Öztürk'e göre, anne ve babaların bu yüksek beklenti düzeyi, çocuklar için büyük bir *"duygusal kambur"* oluşturmaktadır (Öztürk, 2021a). Bu ebeveynlerde yaşadıkları çocukluk çağı travmatik deneyimler sebebiyle "*dissosiyatif narsisizm*" durumunun geliştiği ve bu sebeple de kendilerini sürekli sınıf atlama mücadelesi içinde gördükleri belirtilmektedir (Öztürk, 2020a). Bu ebeveynler yüksek çabaları sayesinde hem aile üyeleri hem de iş ve sosyal hayattaki yakınları tarafından kabul ve değer görecekleri yönünde beklentilere sahiptirler. Aile üyelerinin göstermiş olduğu başarılar bu kişiler için sosyoekonomik statüsünde yükselme sağlıyorsa mutluluk sağlamaktadır aksi takdirde gerçekleştirilen başarıların bu

ebeveynler için bir geçerliliği yoktur (Öztürk, 2022d). Yüksek beklentili ebeveynler içine kapalı, sorunlu, mutsuz ve hakimiyet kurabilecekleri bireyler yetiştirmeye çalışırlar ve onların mutsuzluğuyla kendi varlıklarını sürdürürler (Kaslow, 1996; Öztürk, 2021a).

2.1.5.14. Ebeveynlerin Rol Değişimleri ve Diğerinin Yerini Doldurma Girişimleri

Bu disfonksiyonel dinamikte ebeveynlerden birisi çocukları ihmal ederken, ihmalkâr ebeveynin yerini doldurmaya çalışan diğer ebeveyn bu boşluğu olumsuz tutum ve davranışlarla doldurmaktadır. Çocuk yetiştirme sürecinde yalnız kalan bu ebeveynler, çocukla ilişkisini daha kuralcı ve obsesif yapılar üzerine konumlandırarak, çocuk büyütme sürecini psikopatolojik bir sürece dönüştürebilmektedirler (Öztürk, 2021a). Ayrıca anne ve babalarda "*karşı cins ebeveynliğe kayma*" ve "*özenme*", çocukların ruhsal yapısında negatif etkiler yaratacaktır (Öztürk, 2020a). Çocuklarına karşı annelerin baba gibi babaların ise anne gibi davranmaları olağandışıdır, bu davranış değişimleri çocukların travmatize ve dissosiye olmasına neden olmaktadır. Bu olağandışı davranışlarda bulunan ebeveynlerin kendi içsel dinamiklerinde sorunlar ve tedavi gerektiren bireysel psikopatolojiler vardır (Öztürk, 2022d). Bu disfonksiyonel tutum genellikle bir ebeveynin kaybı, bir ebeveynin evden uzak kalması ya da çiftlerin boşanma durumlarında görülse de, bazen duyarsız ve ihmalkâr ebeveyn tarafından oluşturulan boşluğu diğer ebeveynin doldurma sürecinde de görülebilir (Öztürk, 2020a; 2021a).

2.1.5.15. Değişken Oranlı Kural ve Kuralsızlıklar

Bu disfonksiyonel iletişim stili, ebeveynlerin çocuklarına kural ve sınır koyma becerilerinin yetersiz olması sebebiyle tutarsızlıklar sergilemeleriyle karakterizedir. Ebeveynlerden bazen yalnızca biri bu disfonksiyonel yapıyı sergilerken bazen de hem anne hem

de baba birlikte sergileyebilmektedir (Öztürk, 2021a). Disfonksiyonel ailelerde belirgini netleşmiş ve aile üyeleri tarafından kabul görmüş kurallar yoktur. Bazı kurallar otorite sahibi ebeveynin taleplerine göre farklı zamanlarda farklı şekillerde uygulanmaktadır. Çocukları ve aile üyeleri tarafından kati bir şekilde geçerli olan kurallar kendileri için geçersiz olabilmektedir (Öztürk, 2022d). Kendi rahatlıklarını ve keyiflerini sürdürebilmek için çocuklarını çok küçük yaşlarda internet ve teknolojik aletlere bağımlı hale getirebilirler (Ayhan & Öztürk, 2021). Dominant olan dissosiye edici istismarcı ebeveyn, hedonistik olduğu kadar sadisttir ve hem eşini hem de çocuklarını kontrol edebilmek adına dengesiz ruh hali ve tutarsız davranış kalıplarıyla onları travmatize ve dissosiye eder. Değişken oranlı kural ve kuralsızlıklar, ensest aile modelinin de temellerini oluşturmaktadır (Öztürk, 2016; 2017; 2021a).

2.1.5.16. Okutulmama

Mesleklerin çok büyük bir kısmı eğitim sonucu kazanılmaktadır. Bu doğrultuda ebeveynlerin çocuklarını okutmamaları, onların meslek sahibi olmasını engellemek anlamına gelmektedir. Çocukların meslek sahibi olamayarak hayata atılamamaları, ebeveynlerine bağımlı bir hayat yaşamalarına sebep olmaktadır. Böylelikle ebeveynler çocuklarını hem kendilerine hem de başka insanlara "*kurban*" etmiş olurlar (Öztürk, 2021a). Bu istismar yönelimli ebeveynler çocuklarının gelişimin engeller, bu sayede onları kolayca kontrol ederken aynı zamanda onların mağduriyetlerinden de beslenirler (Öztürk, 2022d). Özellikle okutulmayan kız çocukları, maruz bırakıldığı yetersizlik duygularıyla, düşük empati becerileriyle ve şiddet yönelimli yanlış çocuk yetiştirme stilleri aracılığıyla travmatize ve dissosiye çocuklar yetiştireceklerdir. Modern psikotravmatoloji ilkeleri ve Öztürk'ün dissoanaliz kuramı, bu negatif travmatizi edici döngüyü kırmak için mücadele etmektedir,

çünkü ebeveynlerin sahip olduğu olumlu veya olumsuz özellikler, kuşaklararası hatta kuşaklaraşırı olarak çocuklara aktarılmaktadır (Öztürk, 2017; 2020a; 2021a; 2022a).

2.1.5.17. Çocuk İşçiliği

Çocuk işçiliği, toplumumuzda da geçmiş nesillerde de sıklıkla görülen bir travmatize edici bir ebeveynlik pratiğidir. Ailelerin yönlendirmesi doğrultusunda çalıştırılan çocuklar, ucuz iş gücü olarak görülerek istismar edilmektedirler (Öztürk, 2021a). Çocukların ve ergenlerin kendi gelişimlerine uygun, bedensel ve psikolojik sağlıklarına zarar vermeyecek yarı zamanlı işlerde çalışması, çocukların zihinsel ve ruhsal gelişimlerine pozitif katkılar sağlamaktadır. Ancak çoğu zaman, çocuklar kendi gelişimlerine uygun olmayan, ekonomik kazancı düşük, zorlu ve tehlikeli işlerde dikkatsizce çalıştırılmaktadır (Öztürk, 2020a). Çocukların sağlıklı bir psikolojik gelişim süreci geçirebilmeleri için bedensel, ruhsal, toplumsal ve ahlaki yönden tehlikeli olan ya da eğitim hayatına düzenli bir şekilde katılmasını engelleyen işlerde çalışmaları uygun değildir ve mutlaka çocukların bu durumdan korunmaları gerekmektedir (Öztürk, 2022d). Çocuğunu bir istismar objesi olarak çalıştırarak evin geçimini sağlayan istismarcı ebeveynler ise çocuklarını dissosiyojen bir aile atmosferinde yetişkinleştirmiş olurlar ve hem fiziksel hem de duygusal açıdan onları taşıyamayacağı "*fiziksel, sosyal ve duygusal yükler*" altında bırakmaktadırlar. Özel durumlar hariç çocukların çalıştırılmasının temelinde istismar vardır. İlkel çocuk yetiştirme stilleri doğrultusunda çocuk köle ya da bir nesne gibi görülüp çalıştırılmaktadır (Kaslow, 1996; Öztürk, 2020a; 2021a).

2.1.5.18. Yetişkinleştirme veya Çocuklaştırma

"*Yetişkinleştirme*" kavramı, çocukların anne ve babaları tarafından genç ya da yetişkin bir insan gibi davranılmaya zorlanması şeklinde, "*çocuklaştırma*" ise bir çocuğun yaşının ve

gelişiminin ilerlemesine rağmen bulunduğu yaştan daha küçük bir çocuk gibi davranmaya zorlanması şeklinde tanımlanmaktadır. Bir çocuğun hem duygusal hem de fiziksel açıdan ağır yükler altına atılarak çalıştırılması anlamına gelen "*çocuk işçiliği*" çocuğun yetişkinleştirilmesine verilebilecek en yaygın travmatize edici örneklerden biridir (Öztürk, 2021a). Ensest ve çocuk yaşta evlilikler de cinsel travma ekseninde yetişkinleştirilme rolünün en patolojik uzantısı olarak ortaya çıkabilmektedir (Öztürk, 2020a). Ebeveynlerin çocuklarını bir yetişkin gibi görerek, onların hem anlamlandıramayacağı hem de kaldıramayacağı sorunları ve duygusal zorlukları çocuklarıyla paylaşmaları disfonksiyonel ve örseleyici bir iletişim şeklidir (Öztürk, 2022d). Yetişkinleştirmenin tam tersine bazı ebeveynler ise çocuklarını sembolik olarak adeta avuçlarının içinde tutarak, onları kontrol ederek büyümelerini ve özerklik kazanmalarını engellemektedir (Kaslow, 1996; Öztürk, 2021a).

2.1.5.19. Psikoloğa, Doktora ve Dişçiye Götürmeme

Ebeveynlerin büyük bir çoğunluğu yaşadıkları histerik körlükle çocuklarının sağlık ihtiyaçlarını görmezden gelerek onları ihmal etmektedirler. Sağlık durumuyla ilgili ihmal süreci çocuğun doğumundan bir yetişkin olana kadar travmatize ve dissosiye olmasına yol açmaktadır. Bir bireyin özellikle de küçük bir çocuğun sağlık ihtiyacının karşılanmaması, bireyin ruhsal sağlığı üzerinde olumsuz ve yıkıcı etkileri olmaktadır (Öztürk, 2021a). Dissosiyojen yıkıcı etkilere ek olarak, bu süreç aile üyeleri arasında gerçekleşen iletişimin karşılıklılığına zarar veren psikopatojen bir dinamik olarak devreye girecektir. Toplumsal açıdan ise yerinde ve zamanında verilmeyen sağlık desteği çoğu zaman daha büyük ve çözülemeyen sorunlara dönüşerek büyük bir halk sağlığı sorununa dönüşmektedir (Öztürk, 2022a). Sağlık ihmalinin uzun vadede en belirgin örneği, çocuklukta yaşadığı sağlık sorununa karşın ebeveyninin

duyarsız kalıp doğru zamanda ve ihtiyacı olan doğru tedavi hizmetine ulaştırmadığı için, engelli bireylere dönüştürülmüş kişilerdir (Öztürk, 2020b, 2020a, 2021a).

2.1.5.20. Haset, Kıskançlık ve Nezaketsizlik

Haset, kıskançlık ve nezaketsizlik, aile içinde sıklıkla görülen en psikopatojen etkiye sahip ilişki ve iletişim şeklidir. Haset ve kıskançlık kavramları etimolojik olarak farklı kavramlar olsalar da yaygın kullanımda benzer anlamlar için kullanılmaktadır. Haset istenilen bir şey için güçlü arzuyu ifade ederken, kıskançlık elde edilmiş olanın kaybedilmesi korkusunu ifade eder. Haset, bir kişinin elde ettiği bir şeyi, başka bir kişinin elde edememesinden dolayı elde eden kişiye karşı hissettiği olumsuz duyguyu ifade etmektedir (Öztürk, 2021a). Foster'a göre haset direkt bir duygudur, hedefsiz ve kurbansız oluşamaz. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, haset eden kişinin sahip olmak istediği şeye değil, ona sahip olan şanslı kişiye karşı haset hissetmesidir. Hasedin aksine kıskançlıkta sahip olunan nesne merkezdedir. Kıskanç kişi, nesneye sahip olan kişiye karşı değil doğrudan nesneye karşı kıskançlık hisseder (Foster ve ark., 1972). Kıskançlık duygusunun önemli ve ayırt edici özelliği, bu duygunun herkese veya her şeye karşı hissedilmemesidir. Kıskançlık birey için referans olan kişilere yani kendisiyle denk gördüğü gizil bir rekabet içinde oldukları kişilere yönelik olarak gerçekleştirilmektedir. David Hume'nin "*İnsanlığın Doğası Üzerine Bir İnceleme*" isimli kitabını ele alan Botton; "*Kıskançlığı doğuran, kendimizle başkaları arasındaki oransızlık değil, aksine yakınlıktır. Bir er generalini değil de çavuşunu ya da onbaşısını kıskanır. Oransızlıklar ilişkiyi kesintiye uğratır; ya bizden uzakta duran şeyleri kendimizle karşılaştırmamızı engeller ya da karşılaştırmaların etkisini ortadan kaldırır*" ifadesi ile bu durumu açıklamaktadır (De Botton, 2005). Nezaket kavramı ise; güven, sorumluluk, etik, fedakârlık, kendine hâkim olma, saygı ve adalet gibi nitelikleri içerir. Nezaket bireylerin birlikte çalışmasına, yaşamasına ve bir araya

gelmesine izin veren ortak ve olmazsa olmaz bir standarttır. Disfonksiyonel aile dinamiklerinde sık yaşantılanan haset ve kıskançlık, bir nezaketsizlik zemininde nefret duygularına dönüşerek kuşaklararası uzamda varlanış göstermektedir (Öztürk, 2021a; Shils & Grosby, 1997).

2.1.5.21. Çocuktan, Ergenden ve Yetişkinden Ebeveynlere Yönelik Şiddet

Bu dinamik araştırmacıların üzerinde çok fazla durmadığı ve çalışmadığı bir alandır fakat son yıllarda çocuktan gelen şiddet olaylarında artış araştırmacıların ilgisini çekmeye başlamıştır (Condry & Miles, 2014). Bu şiddet türü de aile içi şiddet olarak sınıflandırılmakta ve şiddete maruz kalan ebeveyn fiziksel, psikolojik ve ekonomik olarak zarar görmektedir. Çocuk şiddet yönelimli davranışlarla ebeveynlerini kontrol altına almaktadır (Cottrell, 2001). Öztürk, aşırı izin verme ve hoşgörünün en uç formu olarak kabul ettiği şımartılmanın çocuk ve ergenlerin ruhsal entegrasyonları üzerinde kesintilere ve dissosiyatif reaksiyonlara neden olduğunu önemle vurgulamakta ve bu yanlış çocuk yetiştirme stilinin çocuktan, ergenden ve yetişkinden ebeveyne şiddete yol açtığını ifade etmektedir. Şımartılma ve gereksiz hoşgörü, günümüz ebeveynlerini çocuklarıyla aile içerisinde adeta aynı statüye getirmektedir. Bundan dolayı da ev içerisinde iletişim kaosları meydana gelmektedir (Öztürk, 2020c).

Dissoanaliz kuramı ve modern psikotravmatoloji ilkeleri perspektifinden çocuktan ebeveyne şiddet genellikle bir ebeveyne yönelik gerçekleşmektedir. Diğer ebeveyn ise çocuğun bu sorunlu davranışlarını sınırsızlıkla ve şımartmayla legalleştirmektedir. Geçmişte çatışmaları çözmek için kendi doğrularını çocuklarına empoze eden ebeveynlerin yerini, günümüzde çocukların tüm isteklerine boyun eğen hatta onları şımartan ebeveynler almıştır (Calvete ve ark., 2013; Öztürk, 2020a, 2022a). Öztürk danışmanlığında gerçekleştirilen bir doktora tezi, çocuklarına fiziksel ve duygusal şiddet gösteren ebeveynlerin ve çocuklarına yeterince hoş görülü olmayan ebeveynlerin çocuklarından daha fazla şiddet gördüğünü bildirmiştir (Yalçın,

2023). Çocuktan ebeveyne şiddet dinamiği Öztürk tarafından "*asimetrik travmatik yaşantı*" ya da "*ters travmatik yaşantı*" olarak tanımlanan ruhsal bir sorun haline gelmiştir. Çocuğun şiddet odaklı davranışı, şiddet yönelimli olan bir ebeveynle kurulan özdeşim sonucu geliştiği ileri sürülebilir, fakat şiddet yönelimli bir ebeveyne sahip olmayan fakat disfonksiyonel bir aile içerisinde yanlış çocuk yetiştirme stilleriyle büyüyen bir çocuk şiddet odaklı olabilmekte ve bu şiddeti bakım verenlerine: ebeveynlerine yöneltebilmektedir (Öztürk, 2021a).

2.1.6. Aile İçi Şiddet

Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, "*fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması*" durumu olarak tanımlanmaktadır (World Report on Violence and Health, 2002). Şiddet davranışının ortaya çıkma sebebi ile ilgili olarak, (Baltaş, 2012) şiddet davranışının saldırgan dürtülerde artma ve bu dürtülerin içsel kontrolünde azalma sonucu ortaya çıktığı belirtilmektedir. Şener (2011) ise, güçlünün güçsüz üzerinde üstünlük sağlamak, hâkimiyet kurmak, isteklerini kabul ettirmek ve maddi-manevi çıkar elde etmek isteği sonucunda gerçekleştiğini savunmaktadır. Şiddetin tanımı incelendiğinde mağdurun ruhsal açıdan zarar görmesinin ele alındığı görülmektedir. Ayrıca şiddetin gözle görülür bir zarara sebep olabileceğine ek olarak psikolojik zarara sebep olma olasılığı da şiddet davranışı olarak belirtilmiştir (Polat, 2017). Psikolojik zararların net olarak gözlenemediği ve tespit edilemediği göz önünde bulundurulduğunda tanımlarda belirtilen bu noktanın önemli olduğu düşünülmektedir. Şiddet ile ilgili alanyazın incelendiğinde şiddetin detaylı ve farklı boyutlandırmaları olduğu görülmüştür (Altıparmak, 2019; Lange & Young, 2019). Bu sınıflandırma uygulanma şekline göre şiddet ve maruz kalan kişiye göre şiddet farklı kategorilere ayrılmaktadır. Uygulanma şeklinde göre şiddet; fiziksel

şiddet, duygusal şiddet, cinsel şiddet, ekonomik şiddet ve siber şiddet alt boyutlarına ayrılmaktadır. Maruz kalan kişiye göre şiddet ise kadına yönelik şiddet, çocuğa yönelik şiddet, yaşlıya yönelik şiddet, akrana yönelik şiddet, flörte yönelik şiddet ve engelliye yönelik şiddet şeklinde alt boyutlara ayrılmaktadır (Polat, 2017).

Aile içi şiddet, aile üyelerinden biri tarafından, ailedeki bir diğer üyenin yaşamını, fiziksel ve/veya psikolojik bütünlüğünü veya bağımsızlığını tehlikeye sokan, kişiliğine veya kişilik gelişimine ciddi boyutlarda zarar veren eylem şeklinde tanımlanabilir (Akın, 2013). Bu sınıflandırmada önemli nokta şiddet mağduru ile şiddet davranışını sergileyen kişinin aynı ailenin üyesi olmasıdır. Kadın, çocuk ve yaşlılara yönelik şiddetin kaynağının çoğunlukla aynı aile içinden olması sebebiyle bu mağdur grubunun maruz kaldığı şiddet türü genel bir ifade ile aile içi şiddet olarak ifade edilmektedir (Polat, 2017). Aile içi şiddet, şiddet yanlısı kişinin eşini, çocuklarını veya diğer aile üyelerini kontrol altında tutabilmek ve onların üzerinde hükmünü sürdürebilmek amacıyla çeşitli duygusal manipülasyon yöntemlerini kullanarak gerçekleştirilmektedir (Hornor, 2005). Aile şiddette saldırganın hakimiyeti ele alma amacını gerçekleştiremediğinde şiddetin dozunu yükselttiği bilinmekte ve sonucunun cinayete ve intihara kadar ulaştığı aile içi şiddet olguları meydana gelebilmektedir (Devries ve ark., 2011).

Birleşik Krallık'ta Office For National Statistics' in 2018 yılında nüfus genelinde yaptığı, İngiltere ve Galler Suç Araştırması'ndan (CSEW) elde edilen bulgular, 16 ila 59 yaş aralığındaki yaklaşık iki milyon yetişkinin aile içi şiddete maruz kaldığını bildirmektedir. Aile içi şiddet olaylarında kadının ya da erkeğin farklı şiddet türlerine farklı oranlarda maruz kaldığını gösteren çalışmalardan söz edilmiştir. Aile içinde her iki cinsiyetin karşı cinse yönelik şiddet uygulaması sonucu, bu şiddete tanık olan ve dolayısıyla mağdur olan başka bir grup daha vardır ve o grup da çocuklardır. Edleson (1999), ABD örnekleminde yapılan araştırmaları

incelediğinde, çocuk istismarı ve aile içi şiddet vakalarına sahip ailelerin yüzdesinin %30 ile %60 arasında değiştiğini bildirmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırma 2190000 çocuğun aile içi şiddete tanık olduğunu göstermektedir (Finkelhor ve ark., 2005).

2.1.6.1. Aile İçi Şiddet Mağduru Olarak Çocuklar

Derinlemesine ampirik araştırmaların bir sonucu olarak, bir zamanlar "*gizli kurbanlar*" veya "*sessiz tanıklar*" olarak görülen çocuklar üzerinde, aile içi şiddetin etkisine ve yaygınlığına odaklanılmıştır (McIntosh, 2003). United Nations Children's Fund'un (UNICEF) 2017 yılında yayınladığı rapor Dünya genelinde 2-4 yaş aralığındaki çocukların, yani yaklaşık 300 milyon çocuğun, anne ve babaları tarafından ya da diğer bakım veren kişiler tarafından fiziksel şiddet veya psikolojik şiddete maruz kaldığını bildirmektedir (UNICEF, 2017). Türkiye İstatistik Kurumu'nun yaptığı aile yapısı araştırmaları ise, Türkiye'de ebeveynlerin %53,3'ünün tokat atmak, dövmek gibi fiziksel şiddet uygulamalarıyla, %72,6'sının azarlama yoluyla, evlatlarını cezalandırdığını göstermiştir. Fiziksel şiddete ek olarak psikolojik, cinsel ve ekonomik şiddet gibi gözlenmesi biraz daha zor olan şiddet türleri de düşünüldüğünde, şiddete maruz kalan çocukların oranının çok daha yüksek olduğu düşünülmektedir (TÜİK, 2017).

Çocuğun büyüme ve gelişim süreci içerisinde aile içi şiddete maruz kalması, duygusal gelişim, bilişsel gelişim, sosyal becerilerin gelişimi, okul performansı, ruhsal durum ve mental sağlığı üzerinde güçlü olumsuz etkilere sahiptir (Alpert ve ark., 1997). İlgi sevgi, değer ve merhamet gibi ruhsal gelişime pozitif etkisi olan yaşantıları deneyimleyemeyen bir çocuk, olumlu deneyimleri yeterince hissedemeyip olumsuz durumlara maruz kalması sebebiyle sürekli gergin bir ruh halinde yaşamak zorunda kalır. Gergin ruh hali çocuğun mantıksal akıl yürütme becerisini öğrenmesini ve geliştirmesini engeller; sevgiden mahrum kalan çocuklarda, kendi bilişsel yeteneklerine dair bir güven duygusu gelişmez (Garbarino & Kostelny, 1996).

Sevgiden yoksun bırakılan çocuklar karşılıklı güvene dayalı sosyal ilişkiler kurma yeteneklerini kaybedebilmektedirler (Perry, 1999). Aile içi şiddete maruz kalmanın bir sonucu olarak, çocukların duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve ihmal yaşama, duygusal ve davranışsal sorunlar geliştirme ve yaşamlarında daha fazla olumsuzluğa maruz kalma riski ciddi oranda artmaktadır. Ayrıca, çocuklar potansiyel olarak daha yüksek düzeyde saldırganlık gösterme ve gelecek yaşamlarında meydana gelebilecek istismarcı davranışları rasyonelleştirerek yeniden maruz kalma riskini bütün hayatı boyunca taşımaktadır. Bu sonuçlarda şiddetin nesiller arası aktarımı teorisinin, çocukluğunda aile içi şiddete tanık olmuş bir yetişkinin şiddeti kabul edilebilir görmesi ve daha fazla şiddet kullanması iddiasına desteklemektedir (Holt ve ark., 2008).

2.1.6.2. Aile İçi Şiddet ile İlişkili Hukuksal Düzenlemeler

Aile içi şiddetin hukukumuzda ele alındığı kaynaklar incelendiğinde farklı düzeyde hukuki düzenlemelerde, çeşitli boyutlarda doğrudan ya da dolaylı bir şekilde aile içi şiddet fenomeninin ele alındığı görülmektedir. Anayasada ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda dolaylı olarak ele alınan aile içi şiddet, konuya has olarak düzenlenen kanunlarla doğrudan ve daha detaylı olarak da incelenmektedir. Anayasada geçen fakat dolaylı olarak aile içi şiddetle ilişkilendirilebilecek 17. madde "*Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir*." ve "*Kimseye eziyet ve işkence yapılamaz; kimse insan haysiyeti ile bağdaşmayan bir ceza veya muameleye tabi tutulamaz*" ifadeleri ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde şiddet olguları net bir biçimde yasaklamıştır. Bu maddeleri ele aldığımızda, maddelerin kapsamının içerisinde ailelerin de yer aldığı ve dolayısıyla Anayasa'nın aile içi şiddeti yasakladığını açık bir şekilde görebilmekteyiz (Türk Ceza Kanunu, 2004).

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'na aile içi şiddet bağlamında bakıldığında, ceza gerektiren durumlarda, suçun aile içindeki bir kişiye yönelik gerçekleşmesi birçok suç türünde

suçun nitelikli hali olarak gösterilip, ağırlaştırıcı unsur olarak ele alınmıştır. TCK'nın sekizinci bölümünde "*Aile Düzenine Karşı Suçlar*" başlığı da ele alınmıştır. Bu başlığın altında, 232. maddede "*Kötü Muamele*" suçunun aynı konutta birlikte yaşadığı kişilerden birine karşı işlenmiş olması veya idaresi altında bulunan ya da büyütmek, okutmak, bakmak, muhafaza etmek veya bir meslek ya da sanat öğretmekle yükümlü olduğu kişiye karşı olması cezaya bağlanmıştır. Aynı başlığın altında 233. maddede belirtilen "*Aile Hukukundan Kaynaklanan Yükümlülüğün İhlali*" de bir suç olarak tanımlanmıştır. Bu madde, ebeveynlerin ihmal davranışının suç oluşturduğunu göstermesi sebebiyle oldukça önemlidir. Çünkü anne-babaların ihmalin çoğu zaman ciddi psikolojik zararlara sebep verdiği bilinmesine rağmen ihmale sebep olan kimsenin doğrudan bir etkisi olmaması suçlu olmadığı şeklinde yanlış yorumlamalara neden olabilmektedir. Hangi ihmal davranışlarını gösterenlerin cezalandırılabileceği ilgili maddenin şu fıkralarında belirtilmiştir (Türk Ceza Kanunu, 2004):

1. Aile hukukundan doğan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünü yerine getirmeyen kişi,
2. Hamile olduğunu bildiği eşini veya sürekli birlikte yaşadığı ve kendisinden gebe kalmış bulunduğunu bildiği evli olmayan bir kadını çaresiz durumda terk eden kimse,
3. Velayet hakları kaldırılmış olsa da, itiyadi sarhoşluk, uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin kullanılması ya da onur kırıcı tavır ve hareketlerin sonucu maddi ve manevi özen noksanlığı nedeniyle çocuklarının ahlak, güvenlik ve sağlığını ağır şekilde tehlikeye sokan ana veya baba.

20.03.2012 tarihinde resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğü giren ve kendinden önceki 4320 sayılı "*Ailenin Korunmasına Dair*" isimli kanunun yürürlükten kaldırarak yerine geçen, 6284 sayılı "*Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun*" aile içi şiddetin hukuki tanımını yapmıştır. İlgili kanunda ev içi şiddet olarak isimlendirilen kavram;

şiddet mağduru ve şiddet uygulayanla aynı haneyi paylaşmasa da aile veya hanede ya da aile mensubu sayılan diğer kişiler arasında meydana gelen her türlü fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik şiddet olarak tanımlanmıştır. Bu kanun ile şiddete uğrayan veya şiddete uğrama tehlikesi bulunan kadınların, çocukların, aile bireylerinin ve tek taraflı ısrarlı takip mağduru olan kişilerin korunması ve bu kişilere yönelik şiddetin önlenmesi amaçlanmıştır. Kanun kapsamında koruyucu ve önleyici tedbirlere ilişkin hükümler bölümü, şiddet önleme ve izleme merkezlerinin kurulması, destek hizmetleri, kurumlar arası koordinasyon konularıyla ilgili bir bölüm ve son olarak nafaka, sağlık giderleri gibi mali hükümleri içeren bir bölüme yer verilmiştir (Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun, 2012).

2.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

Aşırı hareketlilik, azalmış dikkat ve kontrol edilemeyen artmış dürtüsellik ile karakterize olan çocuklardaki dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri ev, okul ve diğer sosyal çevrelerde minimum altı ay gözlenen nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Çolak ve ark., 2020; Pliszka, 2007). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun üç farklı alt tipi tanımlanmaktadır (American Psychiatric Association [APA], 2013). İlk alt tip DEHB-DE, dikkatsizliğin daha yoğun bir şekilde görüldüğü ve aşırı hareketliliğin aşırı olmadığı tiptir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu vakalarında, dikkatin kolayca dağılması, komutların takibinde zorlanma, detayları kaçırarak hata yapma, günlük işleri unutma ve eşyaları kaybetme gibi belirtiler sıklıkla görülmektedir. İkinci alt tip DEHB-H, hareketliliğin ve dürtüselliğin baskın olduğu fakat dikkatin normal olduğu görünüm şeklidir. Bu görünümdeki çocukların, ellerinin ve ayaklarının kıpır kıpır olduğu, uzun süreli bir yerde sabit kalamadığı, çok konuştuğu ve sıra bekleyemediği gözlenmektedir. Üçüncü tip ise DEHB-Bil, azalmış dikkat ile artmış hareketliliğin bir arada görüldüğü birleşik görünüm ile karakterizedir. Bu görünümde

ise, her iki alt tipte görülen davranışlara ek olarak belirgin toplumsal uyumsuzluklar ile öğrenme güçlükleri bir arada yaşanmaktadır (Austin & Sciarra, 2019; Mukaddes, 2015).

Günümüzde sıklıkla görülen ve toplum tarafından bilinen bir tanı grubu olan dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, tanı kitaplarına girene kadar geçen süreçte tarihsel bir gelişim süreci geçirmiştir. DEHB'nin dikkatsizlik boyutu ilk kez İskoçya'lı bir hekim olan Alexender Crichton tarafından "*Mental Restlessness*" isimli kitapta ifade edilmiştir. DEHB'nin dikkatsizlik yönünü tespit eden Crihton'dan sonra hiperaktivite boyutuyla ilişkili olarak 1846 yılında Alman psikiyatrist Heinrich Hoffmann "*hiperkinetik bozukluk*" ifadesini kullanmıştır (García De Vinuesa Fernández, 2017). 1968 yılında yayınlanan DSM-2 tanı kriterleri kitabında, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğundan "*Çocukluğun Hiperaktif Reaksiyonu*" şeklinde söz edilmektedir (APA, 1968). DSM-3-R kitabında "y*ıkıcı davranış bozuklukları"* başlığı altında "*Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu*" ismiyle ele alınarak günümüzdeki kullanılan tanı ismine ulaşılmıştır (APA, 1987) fakat DSM-V kitabında yeri değişerek "*nörogelişimsel bozukluklar"* başlığı altında yer almıştır (APA, 2013).

2.2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) oluşumu son yıllarda birçok araştırmacı tarafından merak edilerek incelenmiş bir araştırma konusu olmuştur. Bu konu ile ilgili bir araştırmanın sonuçları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun gelişme nedeninin henüz tam anlamıyla keşfedilmemiş olduğunu bildirmekle birlikte bu psikiyatrik tanının etiyolojisinde biyolojik, çevresel ve sosyal faktörlerin çoklu etkisinden söz etmektedirler (Thapar & Cooper, 2016). Sonuçlar, her bir faktörün tek başına DEHB oluşumunu açıklamakta yetersiz kaldığını, faktörlerin birlikte gelişmesi durumunun hastalığın gelişmesine etki ettiği belirtilmekte birlikte her bir faktör için etki mekanizmasının ayrıntılı bir

şekilde araştırılıp anlaşılmasının gerekliliğini vurgulamışlardır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun oluşumuna etki ettiği ileri sürülen genetik, çevresel ve sosyal faktörler ayrı başlıklar altında incelenmiştir (Gül & Öncü, 2018; Şenol ve ark., 2006).

2.2.1.1. Genetik Faktörler

DEHB ve genetik faktörlerin ilişkisinin çoğu psikiyatrik bozukluğun genetik ilişkisine kıyasla yüksek olduğu ifade edilmektedir (Sullivan ve ark., 2012). DEHB'nin genetik geçişi üzerine yapılan ikiz, aile ve evlat edinme araştırmaları, DEHB'de %60-90 arasında değişen bir oranda genetik geçişin olduğunu ileri sürmektedir (Faraone ve ark., 2005; Faraone & Larsson, 2019; Hawi ve ark., 2015; Wood & Neale, 2010). Genetik geçiş üzerine yapılan bir başka çalışmada, DEHB tanılı çocukların biyolojik ebeveynlerinde DEHB özelliklerine sahip olma durumunu incelenmiş ve DEHB tanılı olan çocukların annelerinin %74.1'inde, babalarının ise %70.4'ünde orta-yüksek düzeyde DEHB semptomları tespit edilmiştir. İlgili çalışmadaki örneklemin tanısız grubunda ise DEHB belirti görülme oranının annelerde %18.3 ve babalarda % 38.3 olarak hesaplandığı ifade edilmiştir (Camcıoğlu ve ark., 2011). Aile ve ikiz çalışmaları genetik geçişin yüksek olduğunu belirtirken (Faraone & Larsson, 2019), büyük çaplı bir genom boyu ilişkilendirme çalışması (GWAS) sonuçları tek nükleotid polimorfizmlerine (SNP) dayalı kalıtım oranının yalnızca %22 olduğunu bulmuştur (Demontis ve ark., 2019). DEHB ve genetik ilişkisini inceleyen birçok çalışmada, yapılan genetik temelli araştırmaların DEHB'nin etiyolojisini genetik biliminin açıklamada yetersiz kaldığı belirtilmektedir (Balogh ve ark., 2022; Binici & Kutlu, 2018; Gül & Öncü, 2018). Literatürde DEHB'nin risk faktörleri arasında genetik dışı etiyolojik değişkenler değerlendirilerek gen-psikososyal faktörlerin etkileşiminin önemi net bir şekilde vurgulanmaktadır (Froehlich ve ark., 2011).

2.2.1.2. Çevresel Faktörler

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun oluşumunda çevresel faktörlerin etkili olduğu ve bu etkinin farklı ülke örneklemlerinde tutarlılık gösterdiği belirtilmektedir. Ayrıca araştırmacılar tarafından DEHB etiyolojisinde tespit edilen fiziksel ve çevresel değişkenlerin oldukça çeşitlilik gösterdiği bildirilmektedir (Banerjee ve ark., 2007; Equils, 2012; Huss ve ark., 2008). Annenin ve bebeğin doğum öncesi dönemde, doğum sürecinde veya doğum sonrasında süreçte olumsuz dış unsurlara maruz kalmasının DEHB'nin oluşumunu güçlendirdiği ifade edilmektedir (Abalı, 2012). Fetal dönemde annenin kurşun, cıva ve manganez gibi zehirli maddelere maruz kalmasının, alkol, sigara ve/veya madde kullanımına başvurmasının DEHB oluşumu için bir risk olduğu belirtilmektedir. Ayrıca hamilelik sürecinde annenin sağlığının iyi olmaması, hamilelik yaşının ilerlemesi, doğum komplikasyonlarının yaşanması, doğumun gecikmiş olması ve erken doğum gibi etkenlerin DEHB'nin oluşumunda rol oynadığı ileri sürülmektedir (Thapar & Cooper, 2016; Tuna Çak & Gökler, 2013).

2.2.1.3. Psikososyal Faktörler

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu etiyolojisinde psikososyal faktörlerin önemli bir yer tuttuğunu, birçok farklı araştırmanın vurguladığı görülmektedir (Bauer ve ark., 2013; İmren ve ark., 2012; Öncü & Şenol, 2002). Sosyal faktörler kapsamında, başta aile ve aile dinamikleri olmak üzere, çocuğun maruz kaldığı travmatik deneyimler, çocuk yetiştirme stilleri, çocuğun doğup büyüdüğü içinde yetiştiği toplum, kültürel değerler ve ailenin sosyoekonomik düzeyi gibi diğer unsurlar da yer almaktadır (İmren ve ark., 2012). Aile içi problemler, yoğun yaşanan evlilik çatışmaları, ebeveynlerin psikolojik sorunlarının olması ve/veya suça yatkınlık gibi sosyal değişkenlerin DEHB gibi çocukluk çağı psikopatolojilerle ilişkili olduğu eski tarihli araştırmalarda da güncel bilimsel çalışmalarda da savunulmaktadır

(Biederman & Faraone, 2005; Rutter ve ark., 1975). Çocuğun annesi ve babasıyla kurduğu ilişkinin niteliği DEHB geliştirme potansiyeline etki etmektedir. İşgalci, aşırı uyarıcı ve müdahaleci ebeveyn davranışlarına maruz kalmanın dikkat eksikliğini ve hiperaktiviteyi tetiklediği ileri sürülmektedir. Ayrıca 0-3 yaş döneminde bulunan çocukların ebeveynlerinde depresyon bulunması ve erken çocukluk döneminde ebeveyn şiddetine maruz kalınması, DEHB tanısını yaklaşık dört kat artırmaktadır (Bauer ve ark., 2013).

Biederman ve arkadaşları (2013) DEHB tanılı çocukların aile yapısının düzensiz olduğunu, artan olumsuz aile ve çevre şartlarının DEHB belirtilerini daha da kötüleştirdiğini ifade etmişlerdir. DEHB tanılı çocukların aileleri ile herhangi bir psikiyatrik bozukluğu bulunmayan çocukların aileleri arasındaki işlevselliği araştıran bir çalışma, DEHB tanılı çocuğu olan ailelerin problem çözme, rol dağılımı ve genel işlevler alanlarında tanısız gruba göre fazlaca sorun yaşadığını bildirmiştir. DEHB grubu ebeveynlerin problem çözme, rollerin dağılımı, gereken ilgiyi gösterebilme ve davranış kontrolü alanlarında disfonksiyonel tutumlar gösterdikleri ifade edilmiştir. Çalışmada DEHB ile çocuk yetiştirme stilleri arasındaki ilişki ve DEHB ile çocukluk çağı ruhsal travmaları başlıkları daha detaylı aktarılmak üzere ayrı başlıklar olarak ele alınmaktadır (Aydın & Şahin, 2022; Gökçen ve ark., 2011; İmren ve ark., 2012).

2.2.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, çocuk popülasyonunda en sık görülen ve üzerinde çok sayıda araştırma yapılan psikiyatrik tanılardan biridir (Biederman & Faraone, 2005; İpçi ve ark., 2020). DEHB üzerinde yapılan epidemiyolojik çalışmalar birbirlerinden farklı sonuçlar ifade etmelerine karşın %2-10 arasında değişen bir yaygınlık oranının kabul edilebilir olduğu bildirilmektedir (Sadock ve ark., 2016; Sayal ve ark., 2018; Sibley ve ark., 2016; Thomas ve ark., 2015; Zorlu ve ark., 2020). Çocuk ve ergenlere konulan psikiyatrik

tanıların sıklığı üzerine dünya genelinde yapılan bir meta-analiz çalışması sonucu psikiyatri tanı oranının %13,4, DEHB tanısının ise %3,4 oranında bir paya sahip olduğunu belirtmiştir (Polanczyk ve ark., 2015). 86 farklı çalışmanın sonuçları derleyerek, 163.000 bireyin verileri üzerinde yapılan başka bir meta analiz çalışması sonucunda, çocuk ve ergen örnekleminde DEHB yaygınlığının %5,9-7,1 oranında değiştiği ifade edilmiştir (Willcutt, 2012).

Farklı örneklem gruplarında ve çeşitli değişkenlere göre DEHB yaygınlığına bakıldığında, okul öncesi yaş grubunda olan çocuklar üzerine yapılan epidemiyolojik çalışmalar, bu örneklemde DEHB'nun %2-7 arasında değiştiğini bulmuştur (Egger ve ark., 2006; Gündoğdu Yıldız ve ark., 2016; Wichstrøm ve ark., 2012). Ölçek üzerinden yapılan çalışmalarla tespit edilen DEHB yaygınlığı %18 bulunurken, bu oranın yarı yapılandırılmış görüşmeler ile %7'ye düştüğü belirtilmektedir (Pineda ve ark., 2003). Okul öncesi öğrencilerde DEHB yaygınlığını belirlemek üzere İngiltere örnekleminde yapılan bir çalışma DEHB yaygınlığını %1.9 bulurken (Wichstrøm ve ark., 2012), yine İngiltere'de yapılan başka bir çalışma ise yaygınlığı %3.3 olarak bulmuştur (Egger ve ark., 2006). 7-12 yaş aralığındaki Nijeryalı öğrenciler üzerine yapılan bir çalışma, örneklemin %8,7'sinde DEHB varlığını tespit etmiştir. Ayrıca bu çalışmada katılımcılar arasında dikkat eksikliği alt tipinin yaygınlığı %4,9 olarak, hiperaktivite/dürtüsellik alt tipinin yaygınlığı %1,2 olarak ve hiperaktivite/dikkat eksikliği alt tipinin yaygınlığı ise %2,6 olarak belirlenmiştir (Adewuya & Famuyiwa, 2007). Lübnanlı çocuklarda DEHB yaygınlığı üzerine yapılan bir çalışma ise, katılımcıların %10,2'sinde DEHB varlığını tespit etmiştir (Maalouf ve ark., 2016). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu her ne kadar çocukluk çağı psikopatolojisi olarak bilinse de bu bozukluğun yetişkinlik döneminde de varlığını gösterdiği bilinmektedir. Song ve arkadaşları (2021) yetişkinlik dönemi DEHB yaygınlığını belirlemek adına dünya genelinde yapılmış akademik çalışmaları derlemişlerdir. 30 farklı ülkeden 107.282 örneklemin verilerinin analiz

edildiği bu çalışmada, kalıcı DEHB yaygınlığı % 2,58 olarak, semptomatik DEHB yaygınlısı ise % 6,76 olarak ise tespit edilmiştir (Song ve ark., 2021).

DEHB'nin cinsiyet değişkenine göre görülme oranının farklılaştığı, erkeklerde kızlara oranla daha fazla görüldüğü araştırmalar tarafından kanıtlanmıştır (Gül ve ark., 2010; Hergüner & Hergüner, 2012; İnci Izmir ve ark., 2019; İpçi ve ark., 2020). DEHB, klinik örneklemde erkek/kız görülme oranı 9/1 iken, epidemiyolojik örneklemde ise bu oran 3/1 şeklindedir (Polanczyk ve ark., 2015). DEHB'nin alt tiplere göre dağılımını inceleyen araştırmalar, en yaygın görülen tipin DEHB-Bil görünümü olduğunu bildirmektedirler (Aktepe, 2011; Byun ve ark., 2006; İpçi ve ark., 2020; Spencer ve ark., 2007). Cinsiyete göre ise erkeklerde DEHB-Bil alt tipinin daha çok görülürken, kızlarda DEHB-DE alt tipinin daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (Biederman ve ark., 2002; İnci Izmir ve ark., 2019; İpçi ve ark., 2020). Yaş gruplarına göre alt tiplerin dağılımına bakıldığında ise, 8-11 yaş arasındaki çocuklarda DEHB-Bil alt tipi daha yoğun görülürken, 12-15 yaş aralıpındaki ergenlerde DEHB-DE alt tipinin daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Aktepe, 2011; Biederman ve ark., 2002).

2.2.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile Çocuk Yetiştirme Stilleri

Ebeveyn-çocuk ilişkisi yaşam boyu devam edecek olan kişilerarası ilişkilerin ve psikolojik işleyişin gelişimi için bir temel olarak kabul edilmektedir (Cox & Harter, 2003; Thompson, 2000). Anne-babanın psikiyatrik tanı geçmişi, ebeveynlerin yoğun çatışma yaşamaları, anne-babalar ile çocuk arasındaki sorunlu ilişki, çocukların kişilerarası iletişimlerinde ve ilişkilerinde problemlere ve strese neden olarak, çocuğun psikopatoloji geliştirme ihtimalini arttırmaktadır (Ulmer-Yaniv ve ark., 2018). Ebeveyn psikopatolojisinin yeni doğan bebeklerin ruh halini bile etkilediği, sağlıklı annelerin bebeklerinin psikopatolojiye sahip annelerin bebeklerine ve çocuklarına göre daha sakin yapıda olduğu belirtilmiştir

(Bozduman ve ark., 2021; Nieto ve ark., 2019). Bu nedenle çocuk yetiştirirken ebeveynlerin sergilediği davranışlar ve tutumlar, çocukların geliştirdiği psikiyatrik semptomları ile ilişkilendirilmektedir (Allen ve ark., 2019; Allmann ve ark., 2022; Collins ve ark., 2000; Nilsen ve ark., 2018). DEHB tanılı çocukların ebeveynleri ile tanısı olmayan çocukların ebeveynlerinin karşılaştırıldığı çalışmalarda, DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin tanısız grup ebeveynlere göre daha fazla yanlış çocuk yetiştirme tutumları ve davranışları sergiledikleri bulunmuştur (Johnston & Chronis-Tuscano, 2015). Tutarsız, acımasız ve cezalandırıcı yanlış çocuk yetiştirme tutumları, çocukların daha öfkeli ve saldırgan olmalarına yol açmakta, ayrıca sosyal yeteneklerinin düşük olmasına sebep olmaktadır (Kaiser ve ark., 2011).

Ebeveynlerin yaşadığı psikolojik sorunların ebeveynlik stillerini etkilediği belirtilmektedir. Psikolojik sorun yaşayan ebeveynlerin çocuk yetiştirme stillerini ve bu ebeveynlik stillerinin çocuklar üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar, bu ebeveynlerin otoriter ve izin verici tutumlar sergilediğini, bunun da çocukların DEHB belirtilerinde olan problemli dışa vurum davranışlarına sebep olduğunu tespit etmiştir (Combs-Ronto ve ark., 2009; Kopala-Sibley ve ark., 2017). Literatürde majör depresif bozukluk tanılı ebeveynlerin çocuklarında en sık görülen DEHB semptomları, kronik öfke ve irritabilitedir (Propper ve ark., 2017). Çocukların problemli dışavurum davranışları sergilemeleri, intrüsif ebeveynlik stili ile de ilişkili bulunmuştur. Ebeveynlerin çocuk üzerine aşırı müdahaleci tavırları, çocuğun özgürlüğüne ve esnekliğine sürekli olarak temas etmeleri, çocuğun bu müdahalelere karşı sorunlu dışavurumlarla mücadele etmesine yol açmaktadır (Yan ve ark., 2019). Çocuk-aile ilişkisinde işlevsiz, katı ve tutarsız ebeveyn tutumlarının, DEHB semptomlarının gelişiminde önemli rol oynayan etken ajanlardan biri olduğu bildirilmektedir (Aydin & Şahin, 2022; Bozduman ve ark., 2021; Scott, 1998). Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda DEHB tanısı konmuş bireylerin ebeveynlerinde daha çok olumsuz anne-babalık tutumu saptanmıştır (Günay

Kılıç & Şener, 2005; İmren ve ark., 2012). Ayrıca bu ebeveynlerin, çocuklarının sergilediği dürtüsel ve hareketli davranışlara karşı ekstra hassas olduğu görülmektedir. Bundan dolayı da ebeveynler, sık sık çocuklarını uyarmakta, tekrarlı bir şekilde direktifler vermekte uygun olmayan ve aşırı yaptırımlar uygulamaktalardır (Modesto-Lowe ve ark., 2008). DEHB tanılı çocuğu olan ebeveynlerin, tanılı çocuğu olmayanlara kıyasla daha fazla ödüllendirici ve anlayış gösterici olduğu bilinmektedir, bu durum da çocukların daha fazla uyumsuz ve yıkıcı davranışlar geliştirmesine sebep olmaktadır (Conlon ve ark., 2008).

2.2.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile Çocukluk Çağı Travmaları

Genellikle ihmal ve istismar şekliyle gerçekleştirilen, olumsuz çocukluk deneyimleri olarak da bilinen çocukluk çağı ruhsal travmaları "*çocuğun, aile içerisinde veya sosyal çevresinde deneyimlediği, fiziksel ve/veya psikolojik gelişimi bozan, şiddeti değişebilen ve genellikle kronik olan yıkıcı çocukluk deneyimleri*" olarak tanımlanmaktadır (Kalmakis & Chandler, 2014). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile çocukluk çağı travmaları odaklı bilimsel çalışmalar, son 10 yıl içerisinde araştırmacılar tarafından yoğun bir şekilde ilgi görmektedir (Davidovitch ve ark., 2017). Travmayla ilişkili psikiyatrik bozukluklar ile birlikte depresif bozukluklar, kaygı bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozukluğu gibi tanıların komorbid göründüğünü belirten birçok çalışma mevcuttur (Briere & Scott, 2016; Copeland ve ark., 2007; Lewis ve ark., 2019; Yates ve ark., 2008). DEHB ve travma arasındaki ilişkiyi araştıran bazı çalışmalar, sinirlilik, odaklanma ve konsantrasyon sorunlarının transdiagnostik özellikte olduğunun, yani hem travmayla hem de DEHB ile ilişkili olarak görülebilen belirtiler olduğunun altını çizmişlerdir (Klein ve ark., 2021; Mayes ve ark., 2016; Spencer ve ark., 2016). Ülkemizde yapılan bir araştırma, travma sonrası stres bozukluğu tanısı olan gençlerin yaklaşık %22'sinde eş tanı olarak DEHB'nin varlığını tespit etmiştir

(Ünver & Karakaya, 2019). Farklı bir çalışma ise DEHB yaygınlığının, travmatik deneyim geçmişi olan çocuklarda, travmaya maruz kalmamış çocuklara kıyasla iki ila beş kat daha yüksek görüldüğünü tespit etmiştir (Ford & Connor, 2009).

DEHB'nin nörobiyolojisine bakıldığında ise çocukluk çağı travmalarıyla ilişkisini anlamlı kılacak çalışmaların mevcut olduğu görülmektedir. Çocukluk çağı ruhsal travmalarının doğrudan bireyin nörobiyolojik gelişimini bozduğundan (Boodoo ve ark., 2022), yaşamın erken dönemlerinde karşılaşılan travmatik stres ile psikiyatrik morbidite riski arasında bir ilişkinin varlığından söz edilmektedir (Norman ve ark., 2012). Çocukluk çağı ruhsal travmaları nedeniyle hissedilen stres, kaygı ve korku, HPA aksının aktivasyonunun artmasına yol açarak temel kortizol düzeylerinin yükselmesine, yükselen kortizol düzeylerinin ise daha yavaş düşmesine neden olmaktadır (Cross ve ark., 2017). Yüksek seviyelerde salgılanan kortizolün nörotoksik etkileri bulunmaktadır. Nörotoksik etkileri olan kronik stresin amigdala, hipokampus ve prefrontal korteks arasındaki bağlantıyı azalttığı gösterilmiştir. Ayrıca, çocuğun travmatik strese ve kötü muameleye erken yaşlarda maruz kalması ve birkaç gelişimsel dönem boyunca maruziyetin tekrarlanması, beynin yürütücü işlevlerini negatif yönde etkilemektedir (Norman ve ark., 2012). Bu nörobiyolojik işleyiş hem DEHB'de hem de travma ile ilişkili bozukluklarda benzer özellikler ve karakteristikler göstermektedir. Her iki patolojik görünümde mevcut yürütücü işlevlerdeki bozulmalar hipofrontalite ile yakından ilişkilendirilmektedir (Brown, 2008; Rubia ve ark., 1999). Sonuç olarak, travmatik stresin nörobiyolojik değişimlere sebep olabilen en temel psikolojik yaşantılardan biri olduğu belirtilmektedir (Admon ve ark., 2013; Roeckner ve ark., 2021). DEHB'yi açıklamaya çalışan nörogelişimsel etiyolojiler arasındaki ayrımın net olmaması, erken çocuklukta yaşanan travmatik deneyimlerin nörobiyolojik gelişimi bozmasıyla açıklanabilir (Boodoo ve ark., 2022).

2.2.5. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tedavisi

Butcher ve arkadaşları (2013) DEHB tedavisinde bireye uygun ve kapsayıcı müdahalelerin yapılmasının önemini belirtmektedirler. Bu tedavi müdahalelerinin içerisinde farmakolojik yöntem, psikoterapi ve psikososyal destek müdahaleleri gibi farklı yardım unsurlarının bir arada ele alınması vurgulanmaktadır. Kapsamlı bir tedavi planı, hastanın yaşı, bilişsel gelişim düzeyi, yoğun görülen semptomlar, komorbiditeler, sosyal destek unsurları, bakım verenler, aile özellikleri, tedavi tercihleri ve tedavi mevcudiyeti dâhil olmak üzere çok sayıda anahtar faktöre dayalı olarak oluşturulmalıdır. Her farklı müdahale sonrasında kapsamlı takip yapılması önerilmektedir. Tedavi müdahaleleri, hasta için en karlı olan ve en az zararlı olandan başlatılması tavsiye edilmektedir (Boodoo ve ark., 2022). DEHB için medikal tedavinin yanı sıra, diyet uygulamaları, geribildirim uygulamaları, bitkisel ürün desteği gibi alternatif tedavilere de başvurulduğu görülmektedir (Çakıcı, 2021).

DEHB tedavisinde temel yöntemlerden biri olan ilaç desteğinin önemi ve pozitif etkileri 19.yy ortalarından beri kabul görmektedir (Biederman ve ark., 2008). DEHB'nin tedavisinde merkezi sinir sistemi uyarıcısı olarak işlev görebilen ilaç gruplarından, antidepresanlar, antipsikotikler, anksiyolitikler, anti-konvülzanlar, lityum, klonidin ve guanfasin gibi ilaçlar kullanılmaktadır (Kayaalp, 2008). DEHB, metilfenidat (MPH) ve amfetamin etkenli stimülan ilaçlarla başarılı bir şekilde tedavi edilmektedir (Pelham ve ark., 1999). Amerika Gıda ve İlaç Birliği tarafından, uyarıcı türdeki ilaçlardan dekstroamfetamin'in üç yaşından, metilfenidat'ın ise altı yaşından sonra kullanımını onaylamıştır. Psikostimulanlar DEHB'nin tedavisinde, ABD'de en sık kullanılan ilaç grubudur. Psikostimulanların içerisinde ise metilfenidat en çok başvurulan ilaç türüdür (Kayaalp, 2008). Ancak bazı hastaların stimülanlara yanıt veremediği bilinmektedir. Bazı olgular ise stimülanı, ortaya çıkardığı yan etkiler sebebiyle tolere

edememektedir. Bunlara ek olarak stimülan etken maddeli ilaçların kontrollü reçeteyle satılması da bu ilaç grubunun aileler tarafından tercih edilmemesine sebep olmaktadır (Pelham ve ark., 1999). Klinik araştırmalardaki katılımcıların %20-35'i başlangıçtaki stimülan tedavisine yetersiz yanıt verdiği bildirilmektedir (Pliszka, 2007). DEHB tedavisinde stimülan dışı alternatifler araştırılmış ve stimülan olmayan atomoksetin, klonidin ve guanfasin geliştirilmiştir. Tümü, DEHB'yi tedavi etmek için Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmıştır (Faraone ve ark., 2006; Sallee ve ark., 2009). DEHB tedavisinde kullanılan ilaçların uykusuzluk, kilo kaybı, çarpıntı, sersemlik, baş ağrısı ve korku hissi yaşama gibi yan etkileri olabilmektedir (Kayaalp & Doğangün, 2006). Ebeveynlerin birçoğunda, DEHB ilaçlarının yan etkiler oluşturması ve kırmızı reçete ile satılıyor olması nedenleriyle ilaç kullanımına karşın bir önyargı söz konusudur (Ercan ve ark., 2012).

Farmakolojik müdahaleler yeterince etkili olmadığında veya olumsuz etkilere neden olduğunda psikososyal müdahaleleri dikkate almak özellikle önemlidir (Wolraich ve ark., 2019). DEHB odaklı yapılan psikoterapi çalışmaları, çocukların sergilediği sorunlu davranışların ortadan kaldırılmasına ya da değiştirilmesine odaklanmaktadır. Psikoterapi desteği, okul öncesi çocuklar için önerilen ilk tedavi müdahalesidir ve okul çağındaki çocuklar ile ergenler için de tavsiye edilmektedir (Boodoo ve ark., 2022; Chinekesh ve ark., 2013). Bu kapsamda, çocukların duygularını aktarma yeteneklerini, bilişsel kapasitelerini ve davranışsal kontrol becerilerini geliştirebildiği için sıklıkla oyun terapilerine başvurulmaktadır (Terr, 2013). DEHB tanılı çocuklarla yapılan oyun terapilerinin, çocukların dikkat eksikliği belirtilerinde, davranışsal ve duygusal stres düzeylerinde azalmalar sağladığı araştırmacılar tarafından belirtilmektedir (Barzegary & Zamini, 2011; Hong ve ark., 2023). Biliş, duygu ve davranış üçlüsünün etkileşimine odaklanan bilişsel-davranışçı temelli psikoterapiler de DEHB'nin tedavisi için faydalı bulunmakta ve tavsiye edilmektedir (Mongia & Hechtman,

2016; Solanto, 2011; Vidal ve ark., 2015). Bilinçli farkındalık uygulamalarının da DEHB belirtilerinde belirgin iyileşmeler sağladığı, öz düzenleme becerilerini arttırdığı ve sosyal uyum becerilerini geliştirdiği belirtilmektedir (Van Der Oord ve ark., 2012; Zylowska ve ark., 2008). Ayrıca çocuklarının davranışlarını iyileştirmek, ebeveyn-çocuk ilişkisini güçlendirmek ve ebeveynlerin işlevsel ebeveynlik becerileri geliştirebilmesi amacıyla, aile üyeleriyle de birlikte psikoterapi çalışmaları gerçekleştirilmektedir (Özkaya, 2014).

DEHB tanılı çocukların tedavisinde psikososyal destek müdahalelerinin ve eğitim odaklı çalışmaların majör oranda etkili olduğu görülmektedir (Evans ve ark., 2014; Pelham & Fabiano, 2008; Sonuga-Barke ve ark., 2001). Psikososyal destek çalışmalarının içeriği, ebeveynlik davranışlarını geliştirmeye yönelik eğitimlerden, çocuğun olumlu davranışlarını geliştirmeye yönelik psikoeğitim çalışmalarından ve sosyal becerilerini geliştirmeye yönelik akran destek çalışmalarından oluşmaktadır (Fabiano ve ark., 2010; Gündoğdu Yıldız ve ark., 2016; Mikami ve ark., 2013). Özel olarak DEHB'ye yönelik geliştirilmiş olan Anne-Baba/Çocuk Etkileşim Terapisi (Eyberg & Bussing, 2011), İnanılmaz Yıllar Programı (Webster-Stratton ve ark., 2004), Yeni Forest Programı (Sonuga-Barke ve ark., 2001), Üç P Olumlu Anne-Babalık Eğitimi (Sanders ve ark., 2003) ve Uyumsuz Çocuklara Yardım Programı (McMahon ve ark., 2005) ile yapılan uygulamalı psikoeğitim çalışmaları, anne-baba eğitim programlarının işlevselliğini kanıtlar niteliktedir. Bu psikososyal müdahale çalışmalarının temel amacı, davranışsal problemleri değiştirmekten çok, belli bir süreç içerisinde planlanan uygulamalar aracılığıyla bireylerde yeni davranışsal beceriler kazandırmaktır (Evans ve ark., 2014, 2018).

2.3. Psikotravmatoloji ve Modern Psikotravmatoloji

Psikotravmatoloji, travma kaynaklı yaşam olaylarına yönelik bireylerin ve toplumların gösterdikleri tepkilere, travmaların yol açtığı psikopatolojilerin psikoterapilerine ve henüz

ortaya çıkmadan travmaları ve travmaların olumsuz etkilerini önlemeye yönelik politikalar üreten psikoloji biliminin temel çalışma alanlarından biridir (Öztürk, 2022c). Psikotravmatoloji, akut ve kronik travmatik yaşantıların insan psikolojisine etkilerini ve ciddi boyuttaki yaşam boyu süreğen psikopatolojilere dönüşümünü değerlendirerek, tedavisini sağlayan, deprem, yangın ve sel gibi doğal afetler ile cinsel, duygusal ve fiziksel anlamda kötüye kullanma, göç, sığınmacılık, savaş, terör ve bölgesel çatışmalar gibi insan kaynaklı felaketler sonucu ortaya çıkan travmatik stres ve travmatik dissosiyasyon konularında çalışmalar yapan bir bilim dalı olarak tanımlanmaktadır (Everly, 1993; Öztürk, 2018a). Bu çalışmalara ek olarak, "*travmatik stres*" ve "*travmatik dissosiyasyon*" başlıklarında bilimsel araştırma çalışmaları üreten bir psikoloji alt alanıdır (Öztürk & Derin, 2020a). Travma ile ilişkili psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılan kanıta dayalı psikoterapi ve akademik çalışmalar olarak da kavramsallaştırılan psikotravmatoloji; travma sonrası stres bozukluğu belirtileri odaklı araştırmaların tümünü kapsamaktadır (Öztürk, 2022c; Schnyder ve ark., 2016).

Psikotravmatoloji biliminin Türkiye'deki öncü ismi olan Öztürk (2020a), psikotravmatolojiyi şu şekilde açıklamaktadır: "*Psikotravmatoloji, kronik çocukluk çağı travmaları ile kısa ve uzun dönemli sonuçlarının bütünsel anamnezi demek olan dissosiyatif bozukluklar dâhil edilmeden yürütülemez. Travma sonrası stres bozukluğu ve dissosiyatif bozukluklar, birbiriyle yakın ilişki dinamikleri ve fonksiyon geçişleri bulunan psikopatolojilerdir hatta travma sonrası stres bozukluğu, dissosiyatif bozuklukların sadece bir alt kümesi olan psikiyatrik belirtilerden oluşmaktadır. Travmatik yaşantılar ile en yakın ilişkiyi gösteren dissosiyatif bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu, psikotravmatoloji araştırmalarının hatta modern psikotravmatoloji çalışmalarının ana psikiyatrik tanılarıdır.*" Günümüzde psikotravmatoloji bilimi oldukça özgün ve nitelikli araştırma çalışmaları ortaya koymakta, travmanın psikopatojen etkisine karşı ise müdahale ve uygulama çalışmaları

sürdürmektedir (Öztürk, 2022c). Uygulama çalışmalarının başında, "*travma psikoterapisi*" için geliştirilen nötralizasyon temelli modern ruhsal tedavi modellerini geliştirmek bulunmaktadır. Bu konu ile ilgili uygulama yöntemlerini geliştirmek ve niteliğini arttırmak adına yapılan çalışmalar, travma odaklı terapilerin mümkün olan en kısa sürede ve yüksek başarı düzeyiyle sonuçlar vermesini amaçlamaktadır (Öztürk, 2020a; Öztürk & Derin, 2020a).

2.3.1. Psikotravmatolojinin Tarihsel Gelişimi

Psikotravmatolojinin akademik geçmişi 18. yüzyıla kadar uzanmaktadır. 18. yy. da birçok bilim insanı tarafından merak edilen, anlaşılmaya ve tedavi edilmeye çalışılan "*histeri*" olguları, dönemin bilim insanlarını travmayı anlamaya ve incelemeye sevk etmiştir. Dönemin önemli hekimlerinden olan, Freud ve Janet gibi genç hekimlerin de yakın takip ettiği Fransız Nörolog Jean Martin Charcot, histeri semptomlarını psödö semptomlarından ayırt etmiştir (Öztürk, 2020a; Öztürk & Derin, 2020). Charcot histeri hastalarının iç dünyalarından ziyade semptomlarına odaklanmıştı. Janet ve Freud ise araştırmalarında hastalarının iç dünyasının önemli olduğunu keşfetmişlerdi. 1890'ların ortasında Fransa'da Janet, Viyana'da Breuer ve Freud birbirlerinden bağımsız olarak histerinin sebebinin psikolojik travmalar olduğunu keşfetmişlerdir. Fakat Freud daha sonra histerinin kökeninin travmalara dayandığını belirttiği teorisini çocukluk fantezileri üzerine yazılarıyla reddetmiştir (Herman, 2019).

Histeri çalışmalarına ilgi duyan ve bu konuda Charcot'tan eğitim alan Janet, travma üzerine yaptığı çalışmalarla psikotravmatolojinin en önemli isimlerinden olmuştur. Janet, Avrupa'nın en büyük hastanelerinden biri olan ve travma mağduru hastaların çok zorlu şartlarda barındığı Salpetriere'de uzun yıllar görev yapmış; kurumun şartlarını iyileştirmek için büyük uğraşlar vermiştir. Janet'in bu çabası psikotravmatoloji tarihinde önemli bir mihenk taşıdır. Janet "*histeriklerin zihinsel durumu*" isimli teziyle psikolojik travma konusu üzerine

çalışmalarını yoğunlaştırmaya başlamıştır (Janet, 1889; 1925). Psikotravmatolojinin duayeni olan Janet, günümüzden yaklaşık yüzyıl önce histerik somnambulizm hastalarını "*dissosiyatif vakalar*" olarak tanımlamış ve onların tedavilerini gerçekleştirmiştir (Janet, 1907; Öztürk & Derin, 2020). Bir bilim ikonu olan psikotravmatolojinin duayeni Pierre Janet, tedavisini yürüttüğü bu histeri hastaları üzerine yaptığı araştırmalar sonucunda, vakaların; konversiyon, amnezi ve füg gibi belirtilerinin dissosiyatif reaksiyonlar olduğunu ve bu psikiyatrik belirtilerin travma kökenli olduğunu keşfetmiştir (Janet, 1907; Öztürk, 2020b).

Psikotravmatolojinin gelişimi belli dönemlerde ilerlemeler gösterirken bazı dönemlerde gelişim gösterememiştir. Freud'un histeri vakalarıyla çalışırken travmayı keşfedip daha sonra reddetmesi ve psikanaliz kuramı ile çocukluk çağı travmalarını adeta yok sayarak çocukluk çağı fantezileri olarak indirgemesi, psikotravmatolojinin gelişimini engellemiştir (Hart ve ark., 2006; Öztürk, 2018b). Psikanalizin travma çalışmalarını terk etmesi ile Breuer'in dissosiyatif bozuklukları da içine alan oldukça geniş bir şizofreni tanımı yapmasıyla "*travma*" ve "*dissosiyasyon*" kavramları uzun süre boyunca ihmal edilmiştir (Hart ve ark., 2006; Öztürk, 2018b). II. Dünya Savaşı'na kadar göz ardı edilen travma çalışmaları savaşın başlamasıyla yeniden gündeme gelmiştir. Travmanın kültürel yönünü araştıran Kardiner, "*The Traumatic Neuroses of War*" isimli kitabını yalnızca savaş travmalarıyla sınırlandırmayıp, travma kökenli diğer ruhsal bozukluklara da değinmiş ve psikotravmatolojinin önemini tekrardan belirtmiştir (Öztürk, 2020a; van der Kolk ve ark., 1994). 1970'li yıllarda psikotarih biliminin kurucusu olan Lloyd deMause, çocuk istismarı üzerine önemli bilimsel çalışmalara imza atarak, çocukluk çağı travmalarını yeniden gün yüzüne çıkarmıştır. deMause çalışmalarında travma ve dissosiyasyonu ayrıntılı bir şekilde incelemiş ve bu iki temel kavramın önemini vurgulamıştır. deMause yaptığı bilimsel çalışmalarla başta psikoloji ve psikiyatri olmak üzere birçok bilim dalına yeni bakış açıları kazandırmıştır (deMause, 1981; 1982; 1994; 1997).

1980'li yıllarda psikotravmatoloji biliminin gelişimi farklı bir boyuta ulaşmıştır. Travma sonrası stres bozukluğu tanısının DSM-III tanı kriterleri kitabına dâhil edilmesi ve temel çalışma alanlarından biri olarak kabul görmesi psikotravmatoloji çalışmalarının ilerlemesini hızlandırmıştır (APA, 1985). DSM-III-R ile birlikte dissosiyatif bozukluklarda tanı kitabına dahil edilmiştir. Dissosiyatif bozukluklar, psikojenik amnezi, psikojenik füg, depersonalizasyon bozukluğu, çoğul kişilik bozukluğu ve başka türlü adlandırılamayan dissosiyatif bozukluk isimleriyle beş farklı kategoride ele alınmıştır (APA, 1987). Böylelikle travma kökenli psikopatolojiler ile ilgili çalışmalar uluslararası bilimsel yayınlarda yer almaya başlamıştır. Psikotravmatolojinin önde gelen isimleri yaptıkları akademik çalışmalar ile psikotravmatolojinin uluslararası düzeyde tanınmasına ve alanın güçlenmesine katkı sağlamaktadırlar (Öztürk, 2020a). Ayrıca psikotravmatoloji ile ilgili önemli bilimsel çalışmaların yayınlandığı "*Journal of Trauma & Dissociation*" ve "*European Journal of Psychotraumatology*" dergileri güncel psikotravma çalışmalarının alan uzmanlarına ulaşmasını sağlaması ile kritik bir öneme sahiptirler. Bu katkılar sayesinde psikotravmatoloji bilimi akademik camia tarafından daha da tanınır hale gelmekte, buna ek olarak başarılı ve işlevsel modern psikoterapilerin geliştirilmesi de mümkün kılınmaktadır. Günümüzde psikotravmatoloji, hız kazanarak gelişmeye devam etmektedir (Olff, 2018; Öztürk, 2022c).

2.3.2. Modern Psikotravmatoloji

Günümüz toplumlarında travmatik yaşantılar geniş bir spektrumda görülmektedir. Travmatik yaşantılar, savaş ve terör gibi kitlesel şiddet eylemlerinden psikotoplumsal baskılara, çocukluk çağı travmalarından yanlış çocuk yetiştirme stillerine hatta mobbing ve akademik istismar gibi konulara kadar uzanmaktadır (Öztürk, 2022b). Psikotravmatoloji özellikle travmatik durum ve/veya olaylarla ilişkili insanların tepkilerine, travmaların tedavilerine ve

önleme politikalarına odaklanmaktadır. Travmatik yaşantıların sıklığı, şiddeti ve süresi kişilerde psikiyatrik bozuklukların oluşmasına yol açmaktadır. Modern psikotravmatoloji uzmanları, travmayla ilişkili psikiyatrik bozuklukların arasında olan başta travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve dissosiyatif bozukluklar olmak üzere birçok farklı psikiyatrik hastalığın tedavisinde rol almaktadır (Öztürk & Derin, 2020). Bu nedenle psikotravmatoloji uzmanları çoğunlukla psikiyatri, klinik psikoloji ve psikotarih disiplinleriyle ortak çalışmalar yürütmektedir (Everly, 1993; Öztürk, 2018a; Öztürk ve ark., 2019). Psikotravmatoloji alanında çalışan uzmanlar, bu disiplinin üç temel özelliğe sahip olduğunu ifade etmektedirler (Maercker & Augsburger, 2019; Öztürk & Derin, 2020). Bu özellikler şu şekilde ifade edilmektedir:

1. Psikotravmatoloji, birçok bilim insanının önem verdiği, travmatik deneyimlerin önlenmesi için varlanan ve bu varoluş amacıyla klinik uygulamaları, bilimsel teknikleri ve stratejileri kullanan modern bir bilim dalıdır.

2. Psikotravmatoloji, bireyin ruhsal dünyasının temellerinin atıldığı çocukluk dönemi travmatik deneyimler ile hem bireysel hem de toplumsal boyutta gerçekleşen travmaları tüm yönleriyle araştırmaktadır.

3. Globalleşen dünyadaki kültürel ve sosyal faktörler, psikotravmatoloji yönelimli bilimsel araştırmaları ve psikoterapileri yöntemlerini direkt ya da endirekt olarak etkileyebilmektedir hatta bu süreçlere yön verebilmektedir.

Psikotravmatoloji disiplini altında incelenen ve yaygın bir hastalık gibi görülen çocukluk çağı ruhsal travmaları, kurbanların savunmasızlığı ve neden olduğu olumsuz sonuçların büyüklüğü sebebiyle psikotravmatoloji biliminin üzerinde önemle durduğu konuların başında gelmektedir (Öztürk, 2022b). Öztürk ve Derin (2020) psikotravmatoloji

çalışmalarının, kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmalarını ve bu travmatik yaşantıların neden olduğu dissosiyatif bozuklukları ele almadan yürütülemeyeceğini söyleyerek, çocukluk çağı travmalarının ve dissosiyatif bozuklukların psikotravmatoloji açısından önemini bir kez daha vurgulamıştır. Çocukluk çağı travmaları ile çocuk yetiştirme stilleri de birbirlerinden ayrı düşünülemeyecek temel çalışma alanlarıdır. Çocukluk çağı travmaları modern psikotravmatoloji paradigmaları açısından, yanlış çocuk yetiştirme stilleri içerisinde işlev gören hatta bu yanlış çocuk yetiştirme stillerinin içerisinde bir "*cezalandırma aracı*" olarak adeta "*hapsolan*" ya da "*saklanan*" primitif ve kuşaklararası geçiş gösteren psikososyolojik patojen tutum ve davranışlar şeklinde tanımlanmaktadır (Öztürk, 2020a). Çocukluk çağı travmalarıyla dolayısıyla yanlış çocuk yetiştirme stilleri aracılığıyla kişinin ruhsal gelişimi olumsuz etkilenmekte bunun yanı sıra bireyin epigenetik yapısı da değişime maruz kalmaktadır (Amstadter ve ark., 2009; Lanius ve ark., 2010; Olff, 2019).

"Modern psikotravmatoloji: travma ve dissosiyasyon" çalışmalarına karşı olan ve geçmişten günümüze varlığını sürdüren birtakım gruplar bulunmaktadır. Siyasetçilerden, liderlerden, akademisyenlerden ve ebeveynlerden oluşan bu kitle modern psikotravmatoloji çalışmalarına direnç göstererek psikotravmatoloji alanında çalışan uzmanlara zorluk çıkarmaktadırlar. Bu dirence rağmen modern psikotravmatoloji son yirmi yılda önemli yollar kat etmiş ve dünya genelinde en çok çalışılan konuların başında gelmiştir (Öztürk & Derin, 2020). Kronik çocukluk çağı ruhsal travmaların bireyin ruhsal gelişimi üzerinde bıraktığı olumsuz etkileri bilimsel metodlarla belirleyip raporlamaları, bu başarıda önemli bir yer tutmaktadır. Çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantılar, psikotravmatoloji alanında çalışan ruh sağlığı uzmanları ve akademisyenler tarafından odaklanılan başlıca araştırma alanlarıdır. Bu alanlarda çalışan uzmanların çocukluk çağı ruhsal travmaların nötralize edilmesi üzerine yaptıkları destek ve uygulama çalışmaları hem bireysel hem de toplumsal sağlığa da

katkı sağlamaktadır (Öztürk, 2022c). Bethany Brand, Richard Kluft, Erdinç Öztürk ve Vedat Şar gibi akademisyenler, psikotravmatolojinin önde gelen isimleridir ve bu isimlerin yaptıkları akademik çalışmalar psikotravmatolojinin uluslararası düzeyde tanınmasına, alanın güçlenmesine katkı sağlamaktadır (Öztürk, 2020b).

2.3.3. Bir Modern Psikotravmatoloji Kuramı Olarak Dissoanaliz

Dissoanaliz kuramı, modern psikotravmatolojiye hem klinik hem de teorik açıdan temel ve güncel bilimsel yaklaşımlar sunmaktadır. Psikotravmatoloji ile ayrılmaz bir bütün olan dissoanaliz kuramı ise, öz olarak bir psikotoplumsal terapi olarak tanımlanmaktadır. Psikotoplumsal terapi ifadesiyle dissoanaliz kuramının kastı, bireylerin ve toplumun gelişime dönük ve entegratif yönelimli olması amacıyla dissoanalistlerin destekleyici çalışmalar ve çabalar içinde olmasıdır (Öztürk, 2022a). Dissoanaliz, "*kuşaklararası ve kuşaklaraşırı travma geçişi*", "*kuşaklararası ve kuşaklaraşırı dissosiyasyon aktarımı*" ile "*kuşaklararası ve kuşaklaraşırı psikopatoloji aktarımı*" üzerine önemli bilimsel çalışmalar ortaya koymaktadır (Öztürk, 2022b). Dissoanaliz kuramı; dünyanın her yerinde şiddet odaklı empatiden yoksun ve ilişkisel karşılıklılığı olmayan çocuk yetiştirme stilleri ile büyümek zorunda kalan bireylerin, yaşadıkları deneyimleri nötralize edemedikleri için dissosiyatif yaşantıların kontrolünde hatta güdümünde bir hayat sürdüklerini vurgulamaktadır (Öztürk, 2022a). Dissoanaliz, kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmalarından aktüel travmalara, hem bireysel hem de kitlesel düzlemde oluşan terör, savaş ve soykırım gibi insan eliyle veya doğal yollarda gerçekleşen şiddet odaklı örseleyici olaylara karşı işlevsel psikolojik destek yöntemleri ve önleme stratejileri geliştirmeyi varoluş amacı olarak benimsemiştir. Bir modern psikotravmatoloji kuramı olarak dissoanaliz, insan kökenli bireysel ve toplumsal travmalara karşı kitlesel farkındalığın artırılması üzerine kuruludur (Öztürk, 2023a).

2.3.4. Çocukluk Çağı Travmaları

Travma, yara veya yaralanma anlamlarına gelen Yunanca kökenli eski bir kelimedir. Amerikan Psikoloji Birliği'ne göre travma; yaralanma, ölüm veya fiziksel bütünlüğü tehdit eden, korku, terör ve çaresizlik duygularına neden olan bir deneyim olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013). Bu deneyimler, tek bir olaya (akut) veya tekrarlanan olaylara (kronik) maruz kalmanın bir sonucu olarak ortaya çıkabilmektedir (APA, 2013). Ruhsal travma; deprem, sel gibi doğal felaketler, savaşlar, cinsel ya da fiziksel saldırıya uğrama, işkence, cinsel taciz, çocuklukta yaşanan istismar, trafik kazaları, iş kazaları, yaşamı tehdit eden bir hastalığın tanısının konması, tehlikeli bir olaya tanık olmak gibi zorlayıcı ve kişinin başa çıkma yeteneğini olumsuz yönde etkileyen olaylar olarak tanımlamıştır (Öztürk, 2020a). Çocukluk çağı travmaları ise, bireyin 18 yaş öncesi maruz bırakıldığı; fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal edilme ile birlikte, ebeveynlerin boşanması, anne-baba kaybı, şımartılma, çift mesaj, sahte karşılıklılık, ailede gizli cepheleşme, çocuğun istemediği halde ailesinden ayrı kalması, aile içi şiddete tanık olma ya da bu şiddete maruz kalma, göç etme-ettirilme, kaza geçirme ya da tanık olma ve doğal afetler yaşama olarak tanımlanmaktadır (Herman, 2019; Öztürk, 2020a).

İnsanlar yaşadığı her olumsuz deneyimi travma olarak algılamamaktadırlar. Yaşanan olumsuz deneyimin travmatik duruma dönüşebilmesi için belli koşulları sağlaması gerekmektedir. Travmatik durum, nesnel tehdit ile öznel baş edebilme gücü arasındaki yaşamsal dengesizlik olarak tanımlanmıştır. Yani bireyin yaşadığı olumsuz bir deneyimin travma olarak algılanabilmesi için, kişinin yaşadığı nesnel olayın, kişinin baş etme mekanizmaları tarafından çözülememesi ve bunun sonucunda da kişide birtakım sorunların ortaya çıkması gerekmektedir (Öztürk, 2017; 2020a). Bu sebepledir ki aynı ya da benzer nesnel tehdidi yaşayan bireyler, yaşanan tehdit karşısında farklı düzeylerde etkilenebilmektedirler.

Travmatik durum kavramı, çocukluk çağı travmalarının oluşumunu anlayabilmemiz açısından oldukça önemlidir. Her birey çocukluk döneminde stres verici olaylarla karşılaşmakta ve bu deneyimler normal koşullar altında travmatik bir sürece dönüşmemektedir. Bu açıdan travmanın hem nesnel hem de öznel bir boyutu olduğu da ifade edilmektedir. Travmatik yaşantıların nesnel ve öznel boyutları kadar bu süreçte travmanın erken yaşta başlaması, şiddeti, süresi ve sıklığı da oldukça önemlidir (Derin & Öztürk, 2018). Çocuklar, bakım ve güvenlik ihtiyaçlarının karşılanması noktasında yetişkinlere bağımlı olmaları, bilişsel ve duygusal gelişim düzeyleri ve yaşadıkları olaylar ile çevreyi kontrol edebilme konusundaki sınırlı yetenekleri sebebiyle travmanın olumsuz etkilerine karşı çok daha hassas olabilmektedirler. Yani çocukların baş etme becerilerinin yeterince gelişmemiş olması, yaşamlarını tehdit eden olumsuz bir olayla karşılaşmaları durumunda, onların bir yetişkine kıyasla daha kolay travmatize olmasına neden olabilmektedir (Huemer ve ark., 2012).

Bireyin ruhsal yapısı üzerinde çocukluk çağı travmaları kadar yetişkinlik dönemi travmalarının da son derece şiddetli etkilerinin olduğu ve bu travmaların majör ruh sağlığı sorunlarının oluşumda rol oynadığı bilinmektedir. Fakat konu üzerine yapılmış araştırmalar, çocukluk çağı travmalarının bireylerin ruh sağlığını yetişkinlik döneminde yaşantılanan travmalara kıyasla daha fazla düzeyde olumsuz etkilediğini ifade etmektedir (Briere & Rickards, 2007; Gal ve ark., 2011). Çocukluk çağı travmaları, insan gelişiminin en savunmasız evresinde ortaya çıkarak, genellikle uzun süreli ve birden fazla kez mağdur olma deneyimi ile kişiler arası ilişkilerde kötü muameleyi içermektedir (Ortiz, 2016). Courtois (2008), çocukluk çağı travmalarını ve sonuçlarını "*kompleks travma*" kavramıyla açıklamaya çalışmıştır. Kompleks travma, çoğunlukla kişilerarası olan, yaşamın erken dönemlerinde başlayan, çoklu, uzun süreli veya kronik şekilde meydana gelen ve bireyi gelişimsel olarak olumsuz etkileyen travmatik durumlara maruz kalma olarak tanımlanmaktadır (Courtois, 2008). Bu maruziyetler,

çocuğun bakıma muhtaç olduğu zaman diliminde başlamakta ve erken çocukluk döneminde fiziksel, duygusal, eğitimsel ihmali ve istismarı kapsamaktadır (Spinazzola ve ark., 2005). "*Çocuğa yönelik kötü muamele*" ve "*çocuğa yönelik şiddet*" olarak da ifade edilen çocuk istismarı ve ihmali, çocukluk çağı ruhsal travmalarının en yaygın görünen türleri arasında yer almaktadır. Kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmalarının tüm toplumlarda hem sık hem de oldukça fazla deneyimlenmesi ve onun sessiz bir salgın olarak tanımlanmasına sebep olmuştur (Kaufman & Torbey, 2019). Dünya Sağlık Örgütü (2014) çocuğa karşı kötü muameleyi; çocuğun sağlığına, ihtiyaçlarının karşılanmasına, gelişimine ve onuruna karşı, gerçek veya potansiyel tehlike oluşturan her türlü fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet, ihmal ve çocuğun sömürülmesi için yapılan örseleyici davranış olarak tanımlamıştır. Polat (2017) ise çocuk istismarını, "*0-18 yaş grubundaki çocuğun kendisine bakmakla yükümlü kişi veya kişiler tarafından zarar verici olan, kaza-dışı ve önlenebilir bir davranışa maruz kalması*" olarak açıklamaktadır. Çocukluk çağı travmalarının alt boyutları incelediğinde literatürde genel olarak, fiziksel istismar, duygusal (psikolojik) istismar, cinsel istismar ve ihmal şeklinde dört temel gruba ayrılarak detaylandırıldığı görülmüştür (Mccullough ve ark., 2010).

2.3.4.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, vücutta fiziksel hasara neden olan, ekimozların, kırıkların, yanıkların ve benzeri her türlü lezyonların ortaya çıkmasına yol açan istismar türüdür (Polat, 2017). Fiziksel istismarın sonuçları basit yaralanmalardan başlayıp ciddi yaralanmalara, kalıcı hasarlara hatta ölüme kadar uzanmaktadır. Dünyanın birçok gelişmiş ülkesinde çocukların maruz kaldığı fiziksel şiddet, ülkelerin ilgili kanunları ve mevzuatları tarafından "*fiziksel istismar*" olarak adlandırılmaktadır (Durrant & Ensom, 2012). Fiziksel istismar yakın bir zamana kadar okul gibi resmî kurumlarda bir disiplin aracı olarak kullanılmaya devam etmiştir.

Bir çok kültürde çocuğu eğitme ve disipline etme ile ilişkilendirilen fiziksel istismar, hukuki düzenlemelerin eksik ve yetersiz olması nedeniyle uzunca bir zaman yaptırımsız bırakılmış ve göz ardı edilerek, çocukların ruhsal açıdan zarar görmelerine izin verilmiştir (Mccullough ve ark., 2010). Fiziksel istismara maruz kalmış bireylerde, başta dissosiyatif bozukluklar, somatoform bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu olmak üzere, travmayla ilişkili çok sayıda farklı psikopatoloji gelişebilmektedir (Öztürk, 2020b; 2022a).

Amerika Birleşik Devletleri'nde fiziksel istismar sonucu yılda en az 1.400 ölümcül kafa travması vakası meydana geldiği bilinmektedir (Newton & Vandeven, 2006). Fiziksel istismarın en çok görülen uygulamaları, çocuğa vurmak, bir nesne ile cezalandırmak, dövmek şeklinde olurken buna karşın özel şekillerinin mevcut olduğu da bilinmektedir. 1970'li yıllarda hekimler tarafından keşfedilen, genelde 2 yaşından küçük çocuklarda, daha da sık olarak 6 aylıktan küçük çocuklarda görülen "*Sarsılmış Bebek Sendromu*" ebeveynlerin sürekli ağlayan çocuğa karşı uyguladıkları fiziksel istismarın özel şekillerinden birisidir (McCoy & Keen, 2013). Fiziksel istismarın bir diğer özel şekli ise "*Munchausen by Proxy*" sendromudur. DSM-5' de "*Bir Başkasına Yüklenen Yapay Bozukluk*" olarak ismi güncellenen bu sendrom (APA, 2013; Tümer ve ark., 2015) çocuğun bakımından sorumlu olan yetişkinin, çocukta hastalık belirti ve bulgularını yaratıp, çocuğu gereksiz fiziksel, psikolojik tıbbi tetkik ve tedaviye maruz bırakması durumu olarak tanımlanmaktadır (Yurteri Tiryaki & Baran, 2017).

2.3.4.2. Duygusal İstismar

Duygusal (psikolojik) istismar, ebeveyn ve çocuk arasında yaşanan, çocuğun duygusal ve psikolojik durumuna zarar veren (Palusci & Fischer, 2011), çocuğu reddetmek, küçümsemek, küçük düşürmek, alay etmek veya utandırmak gibi davranışlarla gerçekleştirilen bir istismar türüdür (Kairys & Johnson, 2002). Modern psikotravmatoloji duygusal istismarın

çoğunlukla diğer istismar türleriyle beraber görüldüğünü belirtmektedir. Duygusal istismar genellikle çocuğun aşağılanması, alay edilmesi, küçük düşürülmesi, fırçalanması, suçlanması, tehdit edilmesi ve manipüle edilmesi gibi travmatize edici davranış formlarıyla gerçekleştirilmektedir (Akiş & Öztürk, 2021). Çocuğun, ebeveynlerinin arasındaki, toplum içindeki ve hatta televizyondaki veya filmlerdeki şiddete tanık edilmesi de duygusal (psikolojik) istismar olarak kabul edilmektedir (Cahill & Sherman, 2006; Kairys & Johnson, 2002). Ebeveynlerin çocuklarına karşı sergilediği bu dissosiye edici tutum ve davranışlar çocuklarda birçok psikopatolojinin gelişmesine yol açmaktadır. Kaygı bozuklukları, bedensel algıya ilişkin bozukluklar, olumsuz benlik yapılanması, alkol ve uyuşturucu madde kötüye kullanımı, intihar ve kendine zarar verme girişimleri gibi birçok farklı psikopatolojinin temelinde duygusal istismar yer almaktadır (Kuo ve ark., 2011).

Duygusal istismar çocukların ebeveynleriyle güvenli bağlanmasının önündeki en büyük engeldir. Güvenli bağlanmayı ebeveynleriyle sağlıklı bir zeminde oluşturamayan çocuklar, bu ihtiyaçlarını ebeveynleri haricindeki kişilerle doyurmaya çalışırlar. Bu durum, ailenin dışındaki kişilerin çocuğu travmatik tehlikelere maruz bırakmasını kolaylaştırırken aynı zamanda çocukların diğer kişilerle güvensiz bağlanma geliştirmelerine sebep olabilmektedir (Jannah & Safrina, 2019). Dissoanalitik kuram, güvensiz bağlanmanın süreğen olmasında duygusal istismarın lokomotif bir ajan görevi gördüğünü ve böylelikle diğer istismar türlerinin bir arada oluşmasını kolaylaştırdığını belirtmektedir. Duygusal istismar az sayıda vakada tek başına görülebilmektedir (Palusci & Fischer, 2011). Bu istismar türü en çok disfonksiyonel ailelerde deneyimlenmektedir ve genellikle bu deneyim bir kez değil tekrar tekrar gerçekleşmektedir. İstismarcı ebeveynler çocuklarını kendi patolojik konformizmleri için kontrol altında tutabilmek adına istismar edici olumsuz tutum ve davranışları bir davranış kalıbı olarak kullanmaktadır (Öztürk, 2021a). Duygusal istismarı bir ebeveynlik metodu olarak benimseyen

ebeveynler, böylelikle şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilini aile içi iletişim döngülerine disfonksiyonel bir gereç olarak yerleştirmiş olurlar (Öztürk, 2022d).

2.3.4.3. Cinsel İstismar

Cinsel istismar, bir yetişkinin çocuk üzerinden cinsel tatmin ya da maddi bir kazanç sağlamak amacıyla cinsel eylemlerde bulunması veya teşebbüs etmesi olarak tanımlanmaktadır (Golu, 2015). Modern psikotravmatoloji cinsel istismarı, çocukluk çağı ruhsal travma deneyimleri arasındaki en yaralayıcı ve en patolojik tür olarak kabul etmektedir (Öztürk, 2022c). Cinsel istismar, genital bölgelere dokunma, teşhircilik, röntgencilik, pornografiden cinsel saldırıya kadar çok geniş yelpazedeki tüm davranışları kapsamaktadır (Polat, 2017). Bu istismar türüne maruz kalan çocukların diğer istismar türlerine de maruz kalması oldukça muhtemeldir. Çocukların cinsel sömürü ya da cinsel istismar amacıyla insan ticaretinde kullanılması örneğinde çocukların hem ekonomik olarak hem cinsel olarak hem de duygusal olarak istismar edildiğini söyleyebiliriz (Öztürk, 2021a). Çocukların cinsel davranış sorunları sergilemeleri, çocuğun cinsel istismara maruz kaldığı hakkında genel bir göstergedir, artan cinsel ilgi, cinsellikle ilgili ileri düzeyde bilgi, altını kirletmek, kronik mastürbasyon, çocuk fahişeliği, pornografik görüntü arama, sevgililere aşırı fiziksel yakınlık, yetişkin yabancılara sarılma gibi sorunlu davranışlara dikkat edilmelidir (Kaufman & Torbey, 2019).

Günümüzde dijital dönüşüm ile istismar türleri de dijital çağın araçlarıyla varlığını sürdürmeye devam etmektedir. Bunun en belirgin örnekleri cinsel istismarda görülmektedir. Çocuğun "*siber cinsel istismarı*" ve çevrimiçi çocuk pornografisi olarak kavramsallaştırılan "*online grooming*", dijital çağın kolaylaştırdığı cinsel istismar türleridir. Çocukların dijital cihazlara ulaşımın kolaylaşması, istismarcıların çocuklara ulaşımını da kolaylaştırması sebebiyle ebeveynlerin yeniçağın teknolojilerine uygun önlemler almalarını da zorunlu

kılmaktadır. Bu önlemlerin en başında çocuğun teknolojik cihaz kullanımına dikkat etmeleri ve onların bu cihazları kontrol etmeleri gerekmektedir. Aksi halde tedbir almamak cinsel istismara kapı aralamak anlamına gelmektedir (Aiken ve ark., 2011). Cinsel istismar, dijital iletişim ağları aracılığıyla çok farklı şekillerde gerçekleştirilebilmektedir. Çocukların cinsel içerikli fotoğraf ve videoların paylaşılmasına ek olarak cinsel içerikli mesajlaşmalar da çocukların travmatize olmalarına yol açmaktadır (Öztürk, 2021a). Ebeveynlerin, çocuklarının kolay bir şekilde maruz kalabileceği bu dissosiyojen risklerden koruyabilmeleri için hem kendilerinin hem de çocuklarının dijital okuryazarlık eğitimlerini almaları önerilmektedir (Ayhan & Öztürk, 2021). Ayrıca ebeveynler çocuklarıyla kurdukları güvenli bağı zedelemeden çocuklarının siber ortamdaki hareketlerini, paylaşımlarını ve etkileşimlerini dikkatlice denetlemeli ve gerekli durumlarda müdahale etmeleri oldukça önemlidir (Whittle ve ark., 2013).

2.3.4.4. İhmal

Çocukların temel fiziksel, duygusal ve eğitim ihtiyaçlarının zamanında ve yeterince karşılanmaması olarak tanımlanan ihmalin; duygusal ihmal, fiziksel ihmal, tıbbi ihmal ve ekonomik ihmal gibi çeşitleri vardır (Özgentürk, 2014). İhmal, çocuğa yönelik kötü muamelenin en yaygın şekli olmasına rağmen eğitimli profesyonellerin bile istismara kıyasla daha az ilgi gösterdiği bir alandır (Golu, 2015). Büyüme geriliği olan, psikososyal uyum güçlüğü çeken, eğitim ihtiyaçları karşılanmayan, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlandırılmayan çocuk görüldüğünde ihmal akla gelmelidir (Polat, 2017). Fiziksel ihmal dissosiyatif yaşantıların ve travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının ana prediktörleri arasında yer almaktadır ve reviktimizasyon deneyimlerinin daha sık ve şiddetli oluşmasına yol açmaktadır (Blackmon & Cain, 2015; Öztürk, 2020b). Çocuklarda görülen karşıt olma-karşı

gelme bozuklukları gibi davranım bozuklukları ve antisosyal kişilik yapısının etiyolojisinde fiziksel ihmalin etkisinin olduğu ileri sürülmektedir (Blackmon & Cain, 2015).

Dissoanalitik kuram genellikle diğer ihmal ve istismar türleriyle birlikte görülen duygusal ihmali, çocuğun ebeveynleri veya bakım verenleri tarafından optimal sevgi, merhamet ve ilgiden uzak kalması ile kendi psikososyal gelişimleri adına psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmaması olarak tanımlanmaktadır. Çocuğun ebeveynlerine ihtiyaç duyduğu zor zamanlarda desteklenmemesi, başarılarının göz ardı edilmesi, karamsarlığa ve mutsuzluğa kapılmasına yol açan sorunlarının çözüme kavuşması için çaba gösterilmemesi, ebeveynleriyle kurduğu iletişimde duygudaşlığın ve karşılıklılığın olmaması gibi çocuğu göz ardı edip yok sayan tutum ve davranışlar tam olarak duygusal ihmaldir (Öztürk, 2022d; Ruiz-Casares ve ark., 2012). Duygusal ihmale maruz kalan çocukların, aile üyeleri de dahil olmak üzere diğer insanlara ve çevresindekilere karşı, güven sorunları yaşadıkları, kendilerini yetersiz ve değersiz hissettikleri, duygularını ifade etmeye isteksiz oldukları bilinmektedir. Bu nedenlerle duygusal ihmale maruz kalmış çocukların sosyalleşme girişimlerinden kaçınarak içe kapalı bir yapı geliştirdikleri belirtilmektedir (Turner ve ark., 2019).

2.3.4.5. Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikopatoloji

Çocukluk çağı ruhsal travmaları, bireylerde davranışsal, düşünsel ve sosyal boyutlarda ruhsal sorunlara neden olmakta ve birçok ruhsal bozukluğun etiyolojisinde temel risk faktörü olarak görülmektedir (Felitti ve ark., 1998, 2019). Çocukluk çağı ruhsal travmalarının psikolojik bozuklukların etiyolojisinde risk faktörü olmasının yanı sıra nörolojik ve fizyolojik sorunların bazılarında da risk faktörü olarak görülmektedir. Araştırmalar, çocuklukta travmaya maruz kalmanın, gelişim sürecini kesintiye uğrattığına dair (Zlotnick ve ark., 2008), bireyi yaşam boyu tıbbi ve psikolojik yetersizliklerle ve hastalıklarla karşı karşıya bıraktığına dair

(Stirling & Amaya-Jackson, 2008b) ve yoğun duygusal sıkıntı yaşamaya yol açabileceğine dair (Davidson & McEwen, 2012) kanıtlar sağlamıştır. Bu araştırmaları destekler nitelikte farklı çalışmalar ise bireyin çocukluk çağında fiziksel/duygusal/cinsel şiddet, istismar ve ihmal aracılığıyla travmalara maruz kalmasının, yetişkinlik dönemindeki fiziksel ve mental sağlığı üzerinde ciddi etkisi olduğunu raporlamıştır (Hughes ve ark., 2017; Norman ve ark., 2012; Widom ve ark., 2012). TSSB, depresyon ve diğer akıl sağlığı bozuklukları oranındaki artışlar, madde kullanımı, obezite, riskli sağlık davranışları, algılanan stres ve kişinin öfkesini kontrol etme zorluğu ve fiziksel sağlık sorunları gibi durumlara sebep olmaktadır (Anda ve ark., 2006; Widom ve ark., 2015). Çocukluk çağı ruhsal travmalarına maruz kalmanın fiziksel sağlık üzerinde uzun vadeli etkileri olduğu ileri sürülmektedir (Ford, 2005). Dong ve arkadaşları (2004) çocukluk dönemindeki stresli yaşam deneyimlerinin kronik hastalık riskini artırdığını belirtmektedir. Bu konu ile ilgili gerçekleştirilen bilimsel çalışmalarda araştırmacılar çocukluk çağı ruhsal travma mağdurlarının obezite, hipertansiyon (Greenfield & Marks, 2009), uyku sorunları (Bader ve ark., 2007) ve diyabet (Ford, 2005) gibi fiziksel hastalıkların deneyimlenmesinin daha muhtemel olduğunu belirtmişlerdir.

Kronik dissosiyatif reaksiyonlar ve travma ile ilişkili dissosiyatif bozukluklar da erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı ruhsal travmalarının etkisiyle oluşmaktadır (Öztürk, 2020a). Çocukluk döneminde kötü muameleye ve ihmale maruz kalan çocuklar, çocuk oldukları için yaşadıkları bu sorunlardan ne kaçıp kurtulabilir ne de yaşananları kabul edip hayatlarına devam edebilirler. Böyle bir durumda dissosiyasyon, yaşanılan travmanın fiziksel ve ruhsal etkilerinin -acı, öfke, korku, yas gibi- bilinçten uzaklaştırılmasını sağlar (Öztürk, 2020a). Travma ile ilgili her şey -travmatik duygu, düşünce ve algı gibi- bir kapsülle çevrilip adeta bilinçten koparılır ve normal şartlarda hatırlama yoluyla erişilemeyecek bir derinliğe gömülür. Böylece dissosiyasyon fiziksel ve ruhsal acıya karşı bir tampon işlevi görür. Çocuklar

tekrar tekrar travma mağduru olduklarında, bu savunma düzeneğini, normal olmayan şekillerde ya da aşırı miktarlarda kullanırlar (Öztürk, 2020a; Zoroğlu ve ark., 2000). Bunun sonucunda da dissosiyatif bozukluklar ortaya çıkar. Kronik çocukluk çağı ruhsal travmalarına maruz kalmak, yetişkinlik dönemi travmaları sonucunda görülen duygudurum bozuklukları, bilişsel çarpıtmalar ve travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik durumlara ek olarak duygu düzenleme, kimlik sorunları, diğer bireylerle olumlu ve kalıcı ilişkiler kurmakta zorlanma gibi sorunlara da yol açar (Briere & Rickards, 2007; Bureau ve ark., 2010).

Travmaya maruz kalmak, beyin yapısında ve stresi düzenleyen hormonal sistemlerde değişikliklere yol açmaktadır. Özellikle erken çocukluk çağında maruz kalınan kompleks travmanın, bireyin gelişimi ve beyin fonksiyonları üzerinde önemli etkileri olan nörobiyolojik değişikliklere neden olduğu belirtilmiştir (Nemeroff ve ark., 2013). Putnam (2006) ise, erken çocukluk dönemindeki istismar ve ihmalin nörolojik ve psikolojik gelişim süreçlerinin değişmesine neden olduğunu bildirmektedir. Perry ve Dobson (2006) travmaların, stres düzenleme, hayatta kalma ve metabolizmanın düzenlendiği beyin sapı; duyusal motor aktivite, uyku ve iştahta rol oynayan diensefalon ile orta beyin; duyguları, bağlanmayı, duygudurumu ve zevki düzenleyen limbik sistem; biliş, dil ve akıl yürütme ile ilişkili olan korteks gibi temel alanlarda normal beyin gelişimini bozduğunu bildirmektedir. Moleküler araştırmalar ve beyin görüntüleme yoluyla elde edilen sinirbilim bulguları, çocukluk çağı ruhsal travmalarının hipotalamik-hipofiz-adrenal aksında düzensizlik, epigenetik mekanizmalarda ve beyin yapısında bozulmalar gibi nörofizyolojik hasarlara sebep olarak psikopatolojiye yol açtığı görüşünü doğrulamıştır (Golu, 2015). Hipotalamik-Hipofiz-Adrenal aksı (HPA), kronik veya şiddetli stres nedeniyle aşırı kortikosteroid salınımı ile düzensizleşmektedir (de Kloet ve ark., 2005). Travmaya maruz kalan çocuklar, beyin gelişiminin devam ediyor olması nedeniyle kortikosteroid aşırı salınımına karşı daha savunmasızdırlar (de Kloet ve ark., 2005; Golu, 2015).

HPA aksı düzensizliğinin hormonal anormalliklere ve daha yüksek depresyon prevalansına sebep olduğunu söylemektedirler (Dye, 2018). Sonuç olarak, travma nedeniyle, yoğun duyguları düzenlemekten sorumlu beyin yapıları devre dışı kalmakta ve dolayısıyla stres verici durumları yeniden deneyimlemek, duygusal tepkilerin yükselmesine, duygu ve davranış kontrolünün baskılanmasına sebep olmaktadır (de Kloet ve ark., 2005).

Travmaya maruz kalma sonucu ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklara bakıldığında, maddenin kötüye kullanımı (Enoch, 2011), depresif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu, duygudurum bozuklukları (Briere & Scott, 2016), dissosiyatif bozukluklar (Öztürk, 2020a), kaygı bozuklukları, kendine zarar verme davranışları, yeme bozuklukları (Yates ve ark., 2008), bağlanma bozuklukları, davranış bozuklukları, kişilik bozuklukları, saldırganlık, suç ve intihar davranışı (Gilbert ve ark., 2009) gibi oldukça geniş bir yelpazade farklı psikiyatrik bozuklukların ve bozukluklarla birlikte kriminal yaşantıların sıklıkla ortaya çıktığı görülmüştür. Travma mağdurlarında gelişen psikiyatrik bozuklular, uzun dönemli ruhsal etkileri olabilen, şiddetli ve tedavi edilmediği müddetçe kronikleşen sorunlardır (Dye, 2018). Briere ve Jordan (2009), travmaya maruz kalan kişilerin depresyon, kaygı, öfke, reddedilmeye karşı duyarlılık, terk etme sorunları, dengesiz ilişkiler ve güven sorunları yaşadıklarını bildirmektedir.

Van der Kolk'a (2015) göre, travma geçirmiş kişiler, sanki hâlâ tehdit altındaymış gibi korkunç anılar, endişeler ve olaylar ile ilgili intruzif düşüncelerle boğuşurlar. Bu nedenle travmaya maruz kalan birçok çocuk duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak gelişim gerilemeleri yaşamaktadır (Enoch, 2011). Erken çocukluk çağı ruhsal travmalarının, nörolojik ve psikolojik gelişimin çocukluk döneminde yoğun olması sebebiyle yaşamın sonraki dönemlerinde yaşanan travmalara kıyasla daha zararlı olduğu ifade edilmektedir (DeBellis ve ark., 2005). McLean ve Gallop (2003) tarafından yapılan bir araştırma, erişkinlerde borderline

kişilik bozukluğu (BKB) tanısı ile çocukluk çağı ruhsal travmaları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu çalışmada, BKB tanısı alan yetişkinlerin %81'inin büyük çocukluk çağı ruhsal travması geçirdiği, %71'inin fiziksel istismara maruz kaldığı, %67'sinin cinsel istismara maruz kaldığı ve %62'sinin aile içi şiddete tanık olduğu bulunmuştur (McLean & Gallop, 2003). Van Der Kolk ve Fisler (1994) ise, BKB tanısı konan ve kendine zarar verme öyküsü olan yetişkinlerin %80'inden fazlasının çocuklukta fiziksel veya cinsel istismara maruz kaldığını ve %90'ının ebeveyn ihmali yaşadığını bulmuşlardır.

Deneysel araştırma bulgularının çoğunluğu, kronik çocukluk çağı ruhsal travmasının bağlanma bozuklukları, davranışsal kontrol, kişilerarası sorunlar, sınır belirleme ve sağlıklı sınırlar oluşturma, zayıf bilişsel beceriler ve yüksek riskli davranışlar ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Travmaya maruz kalan bireylerin stresli durumlarla baş edebilmek için alkol ve uyuşturucu kullanmaya daha yatkın olduğu söylenmektedir (Enoch, 2011). Ülkemizde yapılan bir çalışmada herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı konulan katılımcıların %65.7'sinde fiziksel, cinsel ve duygusal istismar yaşantılarından en az birine, %6.1'inde ise üç istismar türüne de maruz kaldıkları ortaya çıkmıştır. Aynı çalışmada cinsel istismar bildirenlerde intihar girişimlerinin ve alkol/madde kullanım oranlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Örsel ve ark., 2011). Çocukluk çağı ruhsal travmalarının olumsuz etkilerinin oldukça kuvvetli olduğunu farklı araştırma çalışmalarının sonuçları ortaya koymuştur. Travmanın psikolojiyi, nörolojiyi hatta fizyolojiyi olumsuz etkilediğini ve bireyin sağlığına zarar verdiğini birçok çalışma göstermiştir (Briere & Scott; 2016; Enoch, 2011).

2.3.4.6. Kuşaklararası Travma Geçişi

Çocukluk çağı travmalarının kuşaklararası aktarımla sonraki nesillere aktarılıp aktarılamayacağı konusu oldukça merak uyandıran bir konudur. Aslında istismar ve ihmal

yoluyla çocukluk çağı travmalarına maruz kalmış çocukların büyüyüp ebeveyn olduklarında ihmalkâr ve istismarcı ebeveyn oldukları fikri yaygın bir şekilde kabul görmüştür. Fakat insan hayatında birçok farklı değişkenin (biyolojik ve genetik faktörler, doğal yetenekler, ilişkiler) mevcut olması çocukluk çağı travmaların kuşaklararası geçişi hakkında değerlendirme yapmayı zorlaştırmaktadır (Widom ve ark., 2015). Dissoanalitik psikotarihe göre, şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerinin, disfonksiyonel aile dinamiklerinin ve disfonksiyonel nesillerin inkar edilen ya da dikkate alınmayan her dissosiyojen devinimi, kuşaklararası travma geçişine ve kuşaklararası psikopatoloji aktarımına neden olmaktadır (Öztürk, 2023a). Maruz kalınan bir travmatik deneyim, yalnızca deneyimin öznesi olan bireyi ruhsal açıdan olumsuz olarak etkilememekte, bireyle birlikte diğer aile üyelerini hatta bireyin çocuklarını, torunlarını yani gelecek nesillerini de benzer şekilde etkileyebilmektedir (Öztürk, 2022a; 2022b).

Çocuğa kötü muamelenin uzun dönemli etkileri, bireyin kendi çocuklarına yeterince iyi bakım verebilme becerisini ve kapasitesini engellemektedir (Amos & Segal, 2018; Chamberlain ve ark., 2019). Çocukluk döneminde maruz kalınan çocukluk çağı travmalarının yetişkinlerin duygusal ve davranışsal tepkileri üzerindeki güçlü etkisi göz önüne alındığında, çocuklukta kötü muamele deneyimlerinin ebeveynlik uygulamalarını da etkilediğini öne sürmek şaşırtıcı değildir (Savage ve ark., 2019). Öztürk, çocuklukta travmatik deneyimlere maruz kalan bireylerin ebeveyn olduklarında bu travmatik deneyimlerin çocuk yetiştirme stillerini benimseme dinamiğini, kuşaklararası ve hatta kuşaklaraşırı şeklinde boyutlandırdığı dissosiyasyon kavramı ile açıklamaktadır (Öztürk, 2021a). Kuşaklararası dissosiyasyon geçişi iki kuşak arasında büyük oranda korunarak gerçekleşen dissosiyatif yaşantıların geçişi anlamına gelmekte, kuşaklaraşırı dissosiyasyon geçişi ise dissosiyatif yaşantıların üç ve daha fazla kuşak arasında birbirine benzer oranlarda yaşantılanması anlamına gelmektedir. Dissosiyatif yaşantıların ardıl nesillerde kuşaklararası ve kuşaklaraşırı büyük oranda korunarak

geçiş göstermesinde, empati kesintili, karşılıklılıktan uzak ve şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri büyük bir rol oynamaktadır (Öztürk, 2023a; 2023b).

Çocukluk çağı travmalarına maruz kalmış ebeveynlerin çoğu, şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerini yaygın bir şekilde kullanmaktadırlar (Öztürk, 2021a). Bu ebeveynler sıklıkla ebeveyn rolünü reddetme, ebeveyn-çocuk rollerini karıştırma, aşırı kontrol etme, aşırı izin verme veya fazla müdahaleci davranışlar gibi zararlı ebeveynlik davranışları ya da sınır koyamama, tutarlı disiplin sağlayamama gibi yetersiz ve yanlış ebeveynlik davranışları sergilemektedirler (Augustyn ve ark., 2019; Egeland ve ark., 1988; Kaufman & Zigler, 1987). Yetersiz ve şiddet odaklı ebeveynlik davranışlarının, annenin çocuklukta maruz kaldığı travmatik deneyimler ile çocuğun psikopatolojisi arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bilinmektedir (Plant ve ark., 2017). Bu şiddet odaklı ve yanlış çocuk yetiştirme stilleri dissoanaliz kuramı açısından gelişimsel travma kapsamında ele alınmaktadır (Öztürk, 2022b). Ebeveynlerin nötralize edilmemiş çocukluk çağı travma deneyimleri, şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri içerisine sızarak yuvalanır ve böylelikle kuşaklararası yayılım göstererek varlığını sürdürmeye devam eder (Öztürk, 2021c). Bu dissosiyojen ebeveynlik davranışları ve biçimleri, çocukların sosyal, duygusal ve davranışsal alanlarda psikolojik açıdan olumsuzluklar yaşama ihtimalini arttırmaktadır (Gershoff ve ark., 2012; Kawabata ve ark., 2011; Pinquart, 2017).

Çocukluk çağı travma mağduru olmak, ihmal ve istismar davranışları sergilemenin en belirgin risk faktörlerinden biridir (Schelbe & Geiger, 2017). Bu da çocukluk çağı travmalarının ihmal ve istismar aracılığıyla kuşaklararası geçişine sebep olmaktadır (Armfield ve ark., 2021; Derin & Öztürk, 2018). Birçok araştırma, çocukken kötü muameleye maruz kalan kişilerin kendi çocuklarını istismar etme veya ihmal etme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Ben-David ve ark., 2015; Öztürk, 2021a; Widom ve ark., 2015). Tüm çocuklar gibi travma

mağduru çocuklar da kurdukları özdeşimle annelerinin ve babalarının tutumlarını benimserler. Kendileri anne baba olduklarında ise çocuklarına karşı öğrendikleri tutumları gösterirler. Böylelikle tutumlar aracılığıyla kuşaklar arası travma geçişi gerçekleşmiş olur (Grusec & Davidov, 2007; Mızrakçı, 1994; Yavuzer, 2019). Greene ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan bir derleme çalışması, bir ebeveynin çocuklukta bildirdiği travmatik deneyimler ve kötü muamele ile sonraki ebeveynlik davranışları arasındaki ilişkileri incelemiştir, bu çalışma çocukluk çağı travmalarının kuşaktan kuşağa aktarıldığını gözler önüne sermiştir.

Widom ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, çocukluğunda istismar veya ihmal öyküsü belgelenmiş bir şekilde bilinen bireylerin, nesiller arası çocukluk çağı ihmal ve istismarını kendi çocuklarına veya başka insanların çocuklarına aktarmaya devam edip etmediğini incelemişlerdir. Üç nesil arasındaki kuşaklararası travma geçişini ele alan bu çalışmada, ebeveynleri tarafından gerçekleştirilen ihmal ve istismar konusunda resmi kayıtları bulunan ikinci kuşak bireylerin çocukları diğer grubun çocuklarına kıyasla, daha yüksek oranda cinsel istismar mağduriyeti yaşadıklarını ve ihmale maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (Widom ve ark., 2015). Çocuklukta istismar/ihmal öyküsü olan ikinci kuşak ebeveynlerin kendileri de çocuklarına karşı, kontrol grubunz kıyasla daha sık bir şekilde ihmal olarak kabul edilen davranışlarda bulunduklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca çalışma, ikinci kuşak bireylerin çocuklarının gözaltına alınma oranının diğer gruba kıyasla daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bahsi geçen çalışmalar, yaşanılan çocukluk çağı travmalarının ebeveynlik davranışlarını önemli ölçüde etkilediğini, bir başka ifadeyle ebeveynlerin çocuk yetiştirme stillerine yön verdiğini ve bu ebeveynlik davranışları ile çocuk yetiştirme stilleri aracılığıyla da bir sonraki kuşağa aktarılabildiğini belirtmektedirler (Ben-David ve ark., 2015; Greene ve ark., 2020). Dissoanalitik kurama göre, deneyimlenen bir travmatik olay sadece o bireyi ruhsal açıdan

negatif yönde etkilememekte ayrıca diğer aile üyeleri hatta ardışık nesiller de bu dissosiyojen süreçten birbirine benzer ve yakın oranlarda etkilenebilmektedir (Öztürk, 2023a)

Dissoanalitik kuramın kurucusu olan Öztürk danışmanlığında yapılan birçok yüksek lisans ve doktora tez çalışması ebeveynlerin çocukluk çağı ruhsal travma deneyimlerinin nasıl kuşaklararası geçiş gösterdiğini kanıtlar niteliktedir. Öztürk danışmanlığında yürütülen, "*kuşaklararası eksende psikotarih temelli çocuk yetiştirme stillerinin travma, bağlanma ve dissosiyasyon açısından incelenmesi"* (Derin, 2018), *"üç kuşak kadın yetişkinin çocukluk çağı travmaları, dissosiyasyon ve şiddete yönelik tutumları bakımından incelenmesi"* (Cohen, 2019)*, "kadınlarda çocukluk çağı travmalarının ruh sağlığı ve aile işlevselliğine etkisinin kuşaklararası bağlamda incelenmesi"* (Çiydem, 2022), *"çocukluk çağı travması bildiren annelerin kendi çocuklarına olan duygusal istismar potansiyeli ve çocuk yetiştirme stilleri açısından değerlendirilmesi"* (Akkuş, 2022) *ve "çocuk izlem merkezinde adli görüşmesi yapılan cinsel istismar mağduru çocukların ebeveynlerinin, psikiyatri kliniğinde takibi yapılan çocukların ebeveynlerinin ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının, depresyon düzeyleri, dissosiyatif yaşantıları ve adil dünya inançları üzerindeki etkisinin incelenmesi"* (Kurtuluş, 2023), isimli yüksek lisans ve doktora tez çalışmaları tamamlanmıştır. Çocukların empatiden yoksun yanlış çocuk yetiştirme stillerinin içerisinde gizlenen "*kuşaklaraşırı dissosiyasyon aktarımı*" ve "*kuşaklaraşırı şiddet geçişi*"nin taşıyıcısı görevini üstlenen, ruhsal gelişimi yaşamın erken dönemlerinde yaralamaya başlayan kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmaları ile iç içe ve dünyanın her yerinde deneyimlenebilme ihtimali yüksek olan tüm psikotoplumsal açmazlar; gelecek nesilleri gelişim odağından koparıp şiddet odağına sevk etmesi sebebiyle *"dissoanaliz kuramı"* ışığında sonlandırılmaya çalışılmalıdır (Öztürk, 2023a; 2023b).

2.3.4.7. Çocukluk Çağı Travmaları ve Adli Bilimler

Çocukluk çağı travmaları kavramı, birçok farklı disiplinin ele aldığı önemli bir çalışma alanıdır. Çocukluk çağı travmaları çok boyutlu bir yapıya sahip olması sebebiyle; psikiyatri, klinik psikoloji, adli psikoloji, psikotarih, hukuk ve sosyoloji gibi önemli disiplinlerin ilgisi çekmektedir (Öztürk, 2022c). Bu bilimsel çalışma alanları aynı zamanda adli bilimler ile de yakından ilişkili olan temel disiplinlerdir. Adaletin sağlanması ve hukuk süreçlerinin işleyebilmesi için ihtiyaç duyulan bilgileri sunan, bu bilgileri elde etmek için kullanılabilecek teknik ve yöntemleri sağlayan bilim dallarının bütünü olarak tanımlanan adli bilimler, bilimsel bilgi birikimini ve kendine bilim dallarına özgü geliştirdikleri teknikleri, adaletin sağlanması noktasında adli mercilere sunmaktadırlar (Dokgöz, 2020). Çocukluk çağı travmalarının tespit edilmesi, çok boyutlu yapısının anlaşılması ve travmanın etkilerinin araştırılmasında, adli bilimler bünyesindeki bilim dallarından faydalanılmaktadır. Çocukluk çağı travmaları konusunda çalışma yapan bilimlerin neredeyse tamamının adli bilimler kapsamında da yer alması, bu kavramın adli bilimlerle olan ilişkisini gözler önüne sermektedir (Öztürk, 2020a).

Çocukluk çağı travmalarına maruz kalmak çocuğun hem çocukluk döneminde hem de yetişkinlik döneminde sorunlar yaşamasına sebep olduğunu gösteren çokça çalışma mevcuttur. Çocukluk döneminde kaygı bozuklukları, depresyon ve uyku bozuklukları yaşamak, patlayıcı öfke nöbetleri, karşı gelme davranışları ile eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu bunlardan bazılarıdır (Caffo ve ark., 2005). Özellikle çok küçük yaşta çocukla ebeveyn arasında kurulan yetersiz bağ ve çocuğun maruz kaldığı ihmal, çocuğun yetişkinliğine kadar uzanan kişilerarası ilişkilerini etkiler, böylelikle kişilik bozukluklarının oluşmasına zemin hazırlar (Carr ve ark., 2013). Alkol kötüye kullanımı ile madde kötüye kullanımı gibi davranış bozuklukları da çocukluk çağı travmasının bir sonucu olarak ergenlerde ve genç yetişkinlerde yaygın olarak

görülmektedir (Brady & Back, 2012; Humphreys & Zeanah, 2015). Çocukken istismara maruz kalmanın psikotik bozukluklara katkısının bulunduğu da belirtilmiştir (Kraan ve ark., 2015). Çocukluk çağı travma mağdurlarında kendine zarar verme davranışları, intihar düşünceleri ve girişimleri gibi yıkıcı davranışların görülme riskinin daha yüksek olduğunu gösteren kanıtlar da mevcuttur (de Kloet ve ark., 2011). Çocukluk çağı travmalarının yol açtığı birçok psikopatoloji mevcuttur. Dissosiyatif bozukluklar ise çocukluk çağı travmalarının yol açtığı psikopatolojilerin en önemlilerindendir. Çocukluk çağı travmalarının ve özellikle de dissosiyatif bozuklukların adli bilimler açısından önemli bir boyutu bulunmaktadır. Adli psikiyatrik görüşmelerde çocukluk çağı travma mağdurlarının "*çelişkili bilgi verme*" veya "*bilgiyi gizleme eğilimi*" söz konusudur. Travma mağduru bireylerin aktardığı çelişkili gibi görünen fakat "*gerçek*" olan bilgiler ile bireyin "*gizleme eğilimi*" aslında vakanın travma ve dissosiyasyonun psikopatolojisine dair düzeyin bir göstergesi niteliğindedir (Derin & Öztürk, 2018). Bu nedenle hukukçuların dissosiyatif bozukluk vakalarını doğru yorumlayabilmeleri için bu konu hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir (Öztürk, 2003).

Çocukluk çağı travmaları konusunda yapılmış araştırmalar bireylerin mağduriyetleri sonucu yaşadıkları zorlukları kanıtlamışlardır. Bazı araştırmalar ise mağdur olan çocukların, gençlik ve yetişkinlik yaşlarında suça karışma, adli süreçlere dâhil olma gibi örseleyici süreçler yaşadığını göstermektedir. Çocukluk çağı travmalarına maruz kalma ile yetişkin suçluluğu ve şiddet davranışları arasında ilişki bulunmaktadır (Fang & Corso, 2007; Widom ve ark., 2015; Widom & Maxfield, 2001). Öztürk danışmanlığında yürütülen "*Cinsel İstismar ve Uyuşturucu Madde Suçundan Dolayı Cezaevinde Tutuklu ve Hükümlü Olarak Bulunan Erkeklerin Çocukluk Çağı Travmalarının, Dissosiyatif Yaşantılarının ve Suçluluk-Utanç Duygularının Değerlendirilmesi*" (Çetinkaya, 2020), "*Kasten Öldürme ve Cinsel Suçlar Sebebiyle Ceza İnfaz Kurumunda Bulunan Erkek Hükümlülerde Çocukluk Çağı Travmaları ile Dissosiyatif*

Yaşantılar ve Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" (Karadağ Şahan, 2022) ve "*Cinsel Saldırı Suçu Hükümlülerinde Çocukluk Çağı Travmaları ile Dissosiyatif Yaşantılar, Kendilik Algısı ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi*" (Akdemir, 2022) başlıklı yüksek lisans ve doktora tez çalışmaları, yetişkin suçluluğu ile çocukluk çağı travmalarına maruz kalma arasındaki ilişkiyi kanıtlar niteliktedir.

Bireyin çocukluk çağında istismara veya ihmale maruz kalmasının, çocukken tutuklanma olasılığını %59, yetişkin olarak tutuklanma olasılığını %28, şiddet içeren bir suçtan dolayı tutuklanma olasılığını ise %30 artırdığı öne sürülmektedir (Widom & Maxfield, 2001). Suçluluk ve çocukluk çağı travmaları odaklı başka bir çalışma, cinsel istismar mağduru olan bireylerin, bir suçun mağduru ya da faili olarak kolluk güçleriyle temasa geçme durumunun, normal gruba kıyasla 1.43 kat daha fazla olduğunu göstermektedir (Ogloff ve ark., 2012). Travmatik yaşantıların suç ile ilişkisi eksenli çalışmalar, çocukluk çağı travmaları alanının adli bilimlerin ayrılmaz bir parçası olduğunu desteklemektedir. Tüm bunlara ek olarak, travmatik olaydan sonra suça ve suçluya ilişkin kanıtların toplanması ve gerekli mercilere iletilmesi de adli bilimler açısından oldukça önemlidir (Öztürk, 2020a; Sharma, 2003).

2.4. Dissosiyasyon

2.4.1. Dissosiyasyon Kavramı

Dissosiyasyon kavramının en temelde ruhsal travma ile ilişkili bir kavram olduğu bilinmektedir (Öztürk, 2020a). Travmatik yaşantıları olan bireyler, bu olumsuz deneyimlerin yıkıcı etkisiyle ruhsal dünyada birtakım psikolojik açmazlara maruz kalırlar ve bu psikolojik açmazlar, nötralize edilmediği sürece bireyin hayatının önemli bir parçası olarak var olmaya devam eder. Bilinç, bellek ve kimlik, travmatik deneyimin yıkıcı etkisiyle entegratif durumunu

kaybeder (Öztürk, 2022c). Travma mağduru bireyler, ruhsal yapının yeniden bütünleşmesi için çaba sarf etmekte ve bu süreç genelde *"entegrasyon çabası"* olarak tanımlanmaktadır. Birey yoğun bir entegrasyon çabası neticesinde eskiden sahip olduğu gibi ruhsal bütünlüğüne kavuşmak istemektedir. Kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmaları ve diğer örseleyici yaşantılar neticesinde parçalanmış ruhsal yapıdan yeniden bütünleşmiş yapıya giden bu yolda dissosiyasyon fenomeni devreye girmektedir. Psikotravmatologlar, dissoanalistler ve bu alanda çalışan bilim insanları tarafından en fazla önem verilen temel savunma mekanizmalarından biri olan dissosiyasyon fenomeni (Öztürk, 2020a) tarafından, "*insanlık tarihi süresince geniş bir uzamda birbirine karşıt fonksiyon dinamikleri bulunan, patojen ve uyumsal ruhsal etkileri kaotik ve komplike bir süreç içerisinde sergilemeyi sürdüren, öyle ki travmatik yaşantılarla başa çıkma ve tolere etme mekanizmalarının oluşumuna olanak tanıyan olağan yaşam deneyimleri*" şeklinde tanımlanmaktadır.

Dissosiyasyon kavramını ilk kez dile getiren kişi Fransız Nörolog Jean Martin Charcot'dur. Histeri vakalarıyla çalışan Charcot, dissosiyasyon kavramı üzerine zamanla odaklanmaya başlamış olup Charcot'un aksine onun öğrencisi Pierre Janet, travma ve dissosiyasyon kavramları üzerine en önemli ve en çok atıf verilen çalışmalara imza atmıştır. Janet, ruhsal açıdan sağlıklı ya da dengede olma durumunu, ruhsal yapı içerisinde bulunan farklı bileşenlerin birleşmesini ve bütünleşmesini sağlayabilecek kapasitenin var olması şeklinde ifade ederken; dissosiyasyon fenomenini ise, "*duygular, inançlar, istekler ve anıların özel bir şiddet kazanarak, zayıflamış olan bilinçten ayrışması*" şeklinde tanımlamıştır (Janet, 1907). Janet'in bütünleştirme kapasitesini ele alan Öztürk, bireyin ruhsal bileşenleri arasında bağ kurabilme becerisinin yani "*assosiyasyon*" kapasitesinin önemini ifade etmiştir. Öztürk ise dissosiyasyonun yoğun yaşantılandığında, bireyin ruhsal bileşenleri arasında bağ kurabilme becerisini olumsuz etkileyen hatta ortadan kaldıran bir mekanizma olduğunu ifade etmiştir

(Öztürk, 2017; 2020a). Öztürk'e göre dissosiyasyon, travmatik gerçekliği fark etmekten kaçmak ya da bu travmatik gerçekliği bilmekten uzaklaşmak için özneyi çoklu bilinç ve çoklu anılar içinde saklayarak işlev gören *"psikososyal inkâr"* odaklı bir kamuflajdır (Öztürk, 2023a).

Tekrarlayan ve süreğen bir şekilde maruz kalınan çocukluk çağı travmalarının klinik dissosiyasyona yol açtığı ifade edilmektedir. Dissosiyasyon, ilk etapta çocukluk çağı travmalarına karşı kullanılan bir baş etme mekanizması olarak devreye girerek, bireyin maruz kaldığı travmatik durumdan sonra hayata yeniden uyum sağlayabilmesi noktasında temel bir fonksiyon görmektedir. Çocukluk çağı travmalarına ait anıların, duyguların ve düşüncelerin zihinden uzaklaştırılması için devreye giren dissosiyasyon, gerçeklikten kopma anlamına gelen boşluk, kayıtsızlık, inkar ve ifadesizlik kavramlarıyla da ifade edilmektedir (Najavits & Walsh, 2012). Travma sonrası yeni duruma uyum işlevi görerek psikolojik iyi oluşu koruma fonksiyonu gören dissosiyasyon, travmaların sık ve şiddetli deneyimlenmesi durumunda aşırı kullanılmakta ve dolayısıyla ruhsal bileşenlerin bütünleşmesinin önüne geçerek psikopatolojilerin oluşmasına yol açmaktadır (Öztürk, 2022c).

Dalgınlık, unutma, düşleme ve hayal kurma deneyimleri dissosiyatif yaşantıların aktüel hayat görünümleriyken (Öztürk & Derin, 2018), dissosiyasyonun aşırı kullanımı sonucunda ortaya çıkan kimlik karmaşası, duyarsızlaşma, depersonalizasyon, derealizasyon, amnezi ve kimlik değişimi gibi dissosiyatif yaşantılar duygudurum düzenleme sürecinin bozulmasına yol patolojik dissosiyatif görünümlerdir (APA, 2013; Zorlu, 2021). Travmatik deneyim anından kopma sürecinde ortaya çıkan şiddetli dissosiyatif semptomlar yaşamda sürekliliği kesintiye uğratmak ve bütünlük içerisinde olan deneyim alanlarının parçalanmasına sebep olmaktadır (Steinberg, 1994). Bu süreci deneyimleyen dissosiyatif bozukluk vakalarında algı, kimlik, bellek ve bilinç entegrasyonları bozulmaktadır (Boysan ve ark., 2009). Dissosiyasyonun

patolojik görünümüne ek olarak sıklıkla yaşantılanan aktüel hayattaki görünümü süreklilik göstermektedir. Bir insanın gününün neredeyse beşte birini dissosiye bir pozisyonda geçirdiği, bu dissosiye geçen sürenin korku, kaygı ve stres durumlarında yararlanılan adaptif başa çıkma yeteneği olarak işlev gördüğü ifade edilmektedir (Putnam, 1997).

2.4.1.1. Aktüel Hayatın Dissosiyasyonu: Normatif Dissosiyasyon

Dissosiyasyon fenomeni, psikopatojen görünümüne ek olarak bilinç, bellek ve kimlikteki işleyişin olağan süreçlerinin içerisinde de deneyimlenen bir yapıya sahiptir. "*Hayal etme*", "*düş kurma*" ve "*bir deneyim içerisindeyken dikkatin başka yöne kayması*" gibi gündelik yaşamın sürekliliğinin ve fonksiyonelliğinin devam edebilmesinde önemli bir role sahip olan bu yaşantılar, "*aktüel hayatın dissosiyasyonu:normatif dissosiyasyon*" olarak bilinmektedir (Butler, 2006). Aktüel hayatın dissosiyasyonu bireylerin en çok yaşantıladığı dissosiyasyon türü olarak karşımıza çıkmaktadır. Herhangi bir biyolojik kökenli bir patoloji ile ilişkisi olmayan bu dissosiyasyon türü, travmatik deneyimlerle baş etme sürecinde belirli düzeyde işlev görmektedir (Öztürk & Derin 2022). Aktüel hayatın dissosiyasyonu organik ve fiziksel bir hastalıkla ilişkili olarak ortaya çıkmayan, ruhsal entegrasyonun korunmasına ve travmatik yaşantılarla belirli ölçüde baş edilmesine imkan sağlayan bireyin zihinsel fonksiyonlarının kesintiye uğramasını ve parçalanmasını veya bölümlere ayrılmasını kapsayan bilinç durumundaki değişimler olarak öz bir şekilde tanımlanmaktadır (Öztürk, 2022c).

Öztürk, olağan yaşam deneyimlerindeki *"absorbsiyonu"*, travmatik anılardan uzaklaştırıcı hipnotik aktüel süreçler olarak tanımlamakta ve dikkat odağının daralmasının bu süreçte merkezi bir rol oynadığını belirtmektedir. Bireyin travmatik deneyimlerinin hissettirdiği olumsuz duygulanımlardan, içeriklerden kopmasını ve uzaklaşmasını sağlayan absorbsiyon, aktüel hayatın dissosiyasyonu ve normatif dissosiyasyon ile ilişkilidir. Dikkatin ruhsal dünya

içerisinde odak değiştirmesi dissosiyasyona özgü bir işlevken, dikkat odağının daralması ise absorbsiyonla eşleniktir (Butler, 2006; Öztürk, 2022c). Günlük hayatın içerisinde kişinin şiddetli bir odaklanma süreci aracılığıyla kendini bulunduğu ortamdan izole etmesine sebep olan absorbsiyon, aktüel hayatın dissosiyasyonunun en temel bileşenlerindendir. Hipnotik süreçlerde sıklıkla karşılaşılan bu dissosiyasyon türü bireyin dikkat odağını önemli boyutta daralmaktadır. Aktüel hayatın dissosiyasyonu, bireyin içsel ya da dışsal uyaranlara karşı yanıt vermeyerek, sürdürmesi veya tamamlaması gereken bir iş için uygun ve yeterli düzeyde dikkati, ilgiyi ve önemi sağlayamaması anlamına gelmektedir (Butler, 2006). Aktüel hayatın dissosiyasyonuna verilebilecek en tipik örnek olarak, trafikte araçla seyrederken düşünceler dalarak gidilecek yeri karıştırmak, yoğun dalgınlıklar, yolu kaçırmak veya hedeften farklı bir yöne doğru gitmek gösterilebilir (Butler, 2006; Öztürk, 2022c).

2.4.1.2. Klinik: Psikolojik Dissosiyasyon

Kronik ve şiddetli çocukluk çağı travmaları, disfonksiyonel aile dinamikleri, şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri ve psikotoplumsal baskılar, kişinin ruhsal yapısının denge pozisyonunu, bütüncül yapısını ve fonksiyonelliğini kesintiye uğratarak, kimlik, hafıza, bilinç ve dünyayı algılama süreçlerinde bozulmalara yol açmaktadır (Öztürk, 2022c). Bireyin deneyimlemek zorunda kaldığı bu travmatik ve zorlayıcı yaşantıların sonucu olan psikopatolojik tepkiler klinik: psikolojik dissosiyasyon olarak ifade edilmektedir. Klinik dissosiyasyon, doğrudan deneyimlenen travmatik deneyimlerin yaşandığı sırada da sonrasında da oluşabimektedir (Öztürk, 2020a). Öztürk klinik dissosiyasyonu "*travmatik yaşantılar esnasında ya da hemen sonrasında bölünmüş ve çoklu bir bilinç sisteminin aşırı ve yoğun entegrasyon çabası*" olarak tanımlanmıştır. Klinik dissosiyasyon, şiddetli bir entegrasyon çabası iken dissosiyatif bozukluklar ise güçlü bir entegrasyon arzusuyla gelişen bir psikiyatrik

tanıdır. Dissoanaliz kuramı ve modern psikotravmatoloji paradigmaları ekseninde "*klinik dissosiyasyon*", Öztürk tarafından travmatik yaşantılarla en yakın ilişkiyi gösteren başlıca psikiyatrik tanılardan biri olan dissosiyatif bozukluklar ise bir bölünmeden ziyade güçlü bir entegrasyon isteği ile eşlenik bir psikiyatrik tanı kategorisidir (Öztürk, 2022a).

Travmatik olmayan "*fonksiyonel yaşantılar*", ruhsal yapının bütünleştirici özelliğine pozitif bir etki yaratmaktayken, travmatik özellikteki "*psikopatojen: disfonksiyonel yaşantılar*" ise ruhsal yapının bütünlüğünü bozan, ayrıştıran dinamiklerin güçlenmesine majör ölçüde katkı sağlamaktadır (Öztürk, 2022c). Dissosiyatif yaşantılar, bireyin travmanın etkisiyle dağılmış ruhsal yapısının yeniden yapılandırılarak travmadan önceki bütün, stabil ve sağlıklı ruhsal yapıya kavuşabilme çabalarıdır. Bu yoğun çaba, kişini travmanın olumsuz etkisine karşı bir bilinçdışı savunma mekanizması olarak işlev görür fakat kronik, kompleks ve kümülatif örseleyici deneyimlerin kuvveti, sıklığı ve süresi fazlalaştığında yeniden kurban olma döngüsü başlar ve bu durum kişinin dissosiyatif bozukluk geliştirmesine yol açar (Öztürk, 2022b). Aktüel hayatın dissosiyasyonu travmatik deneyimlere karşı uyum rolü üstlenen deneyimlerken, klinik dissosiyasyon ise psikopatojen boyutlara sahip örseleyici yaşam deneyimleridir (Öztürk, 2022c). Travmatik olaylar dünyanın tüm toplumlarında istismarcıların kurbanlarını kontrol etmeleri ve bu kontrolün sürdürülmesi üzerine gerçekleştirilmektedir. Bu sürecin kurbanlarının ise dissosiyatif yaşantılar geliştirmekten başka çareleri yoktur, aksi halde travmatik deneyimin çiğliğiyle ve acısıyla yaşamak katlanılabilir bir deneyim değildir. Bu nedenle, dissosiyatif mekanizmaların terapötik müdahalelerde dikkatle incelenmesi, travma sonrası iyileşme sürecinin optimizasyonu açısından önemli bir gerekliliktir (Öztürk, 2022b; 2022c).

2.4.1.3. Toplumsal: Sosyal Dissosiyasyon

Bireyin ruhsal yapısının işlevselliğini ve kimliğinin toplumsal boyutunu kesintiye uğratma özelliğine sahip olan dissosiyasyon, klinik psikoloji, psikopatoloji ve psikiyatri ekseninde "*klinik dissosiyasyon*" formuyla; psikotarih, dissoanaliz ve sosyal psikoloji disiplinleri ekseninde ise "*toplumsal: sosyal dissosiyasyon*" formuyla ele alınmaktadır (Öztürk, 2022c). Toplumsal dissosiyasyon, savaş, terör ve soykırım gibi kitlesel travma durumlarının dissosiye ettiği bireyleri, kültürel özellikler ve *"psikopolitik baskılar"* ile ilişkilendirerek ele almaktadır (Öztürk, 2022a). Toplumsal dissosiyasyon, dissosiyatif yaşantıların klinik görünümleri üzerinde temel bir etkiye sahiptir. Toplumsal dissosiyasyonun etki alanının ve özelliklerinin tespit edilmesi, klinik vakalarla yapılan terapötik çalışmalara olumlu katkılar sağlayabilmekte ve tedavi süreci hızlanmaktadır. Kompleks, süreğen ve reversible bir fenomen olan dissosiyasyon; psikotoplumsal bir zeminde travmatik osilasyonlarla eşlenik bir uzamda değişim göstermekte ve genellikle disfonksiyonel aile içerisinde şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleriyle ilişkili olarak gelişmektedir (Öztürk, 2022c).

Kültürel ve spiritüel yapının hakim olduğu topluluklar "*toplumsal dissosiyasyonu*" sıklıkla deneyimlemektedirler. Dissoanaliz kuramına göre, toplumsal dissosiyasyon fenomeni kapsamında ele alınan trans deneyimleri, klinik dissosiyasyon açısından dissosiyatif kimlik bozukluğundaki alter kişilikler ile benzeşim göstermektedir. Travma kökenli bu bozukluklar, bireysel psikopatojen dinamiklerin toplumsal boyutla olan etkileşimlerinin birer çıktısıdır (Öztürk, 2022a; 2022c). Hem aktüel hayatın dissosiyasyonunun hem de klinik dissosiyasyonun psikotoplumsal açıdan ele alınması, dissosiyasyon fenomeninin daha açık bir şekilde anlaşılmasını sağlamakla birlikte dissosiyatif yaşantıların merkezde olduğu psikopatolojilerin tedavilerinde başarı oranını yükseltecektir (Öztürk, 2022c). Klinik ve semptomatik görünümleri

özellikle psikiyatri ve klinik psikoloji disiplinleri tarafından hem teorik hem de uygulamalı açıdan yoğun bir şekilde çalışılan dissosiyasyon, aynı zamanda aktüel hayatın olağan psikolojik dinamikleri ile yakın ilişki göstermektedir. Klinik dissosiyasyonun ve aktüel hayatın dissosiyasyonunun psikotoplumsal bir perspektifen değerlendirilmesi hem bu fenomenin daha iyi kavranmasına hem de dissosiye vakaların psikiyatrik tedavilerinin daha yüksek bir başarı ortalaması ile tamamlanmasına katkı sağlamaktadır (Öztürk, 2022b).

2.4.1.4. Siber: Güdümsel/Güdümlü Dissosiyasyon

Kişiler, dijital iletişim ağları ve sosyal medya uygulamalarında geçirdikleri yaşamda yeni ve siber bir kimlik oluşturur. Böylelikle kişi aynı zamanda hem gerçek bir kimliğe hem de siber bir kimliğe sahip olur. Kişiler sahip oldukları bu farklı kimlik yapılarını eşlenik ve işlevsel bir şekilde entegre edebilirlerse, doğallıklarından uzaklaşmadan ve fonksiyonelliklerinden kopmadan bu kimlikler arasında fonksiyonel ve uyumsal geçiş yaparak hayatlarını optimal bir şekilde sürdürebilirler (Öztürk & Erdoğan, 2021). Bu doğrultuda işlevsel bir rol üstlenen "s*iber dissosiyasyon*", sanal ortamlarda maruz kalınan şiddetli uyaranlara ve çoklu siber gerçekliklere yönelik bir uyum ve adaptasyon çabasıdır. Siber dissosiyasyon sürecinde, sanal ortamlarda ve dijital iletişim araçlarında geçirilen zamanın süresi ve sıklığı arttıkça "s*iber alter kişilik"* fenomeninin gelişme ihtimali de aynı oranda artmaktadır (Öztürk & Çalıcı, 2018). Bireyin aktüel/gerçek hayatındaki kimliği ile siber yaşamdaki kimliklerinin entegrasyonunu baltalayan siber alter kişiliğin oluşumu, dijital dönüşüm çağında bireysel varlığı sürdürebilmek adına sıklıkla deneyimlenen dissosiyojen bir yapılanmadır (Öztürk & Erdoğan, 2021).

Siber dissosiyasyon bireyleri, mutlak ve tek bir gerçeklikten kopararak çoklu realitenin kabul edilmesine zorlamaktadır. Dijital dönüşüme eşlik etmeye zorlanan bireylerin çoklu kendilik ve çoklu yaşamlar kurgulamalarına ve oluşturmalarına yol açmaktadır (Öztürk, 2020c;

Öztürk & Erdoğan, 2021). Yeni bir yaşam alanı haline gelen, birçok duyguyu hissedebildiğimiz, yeni ilişkiler geliştirip sosyalleşebildiğimiz hatta çalışıp para kazanabildiğimiz sanal dünya ve bu dünyanın araçları, bireylerin kendilerine bir siber yaşam oluşturmalarına, toplulukların ise yeni siber toplumlar yaratmasına yol açmış hatta bu bireylerin siber toplumların birer vatandaşı olmasına sebep olmuştur (Öztürk, 2020c). Siber toplumlar, katı gerçekliğin bölünerek çoğullaştığı yeni çoklu gerçeklikler oluşturmaktadırlar. Yaratılan yeni çoklu gerçeklikler, bireye mutlak gerçekliğin sınırlılığının aksine daha esnek ve özgür bir hareket alanı yaratmaktadır. Mutlak gerçekliğin hâkim olduğu geleneksel yaşamda bireylerin deneyimleri, yavaş, çoğu zaman sıradan ve sınırlı bir şekilde gerçekleşmekteyken, siber toplumlardaki bireyler hızlıca değişebilen, gelişebilen, sosyalleşilebilen ve karar alınabilen deneyimler yaşantılamaktadırlar (Öztürk, 2022a; Öztürk & Çalıcı, 2018).

Dissoanalitik kuram, travma mağduru kişilerin siber ortamda belli bir zaman geçirmeleri durumunda, "*siber dissosiyatif yaşantılar*" yaşamaya başladıklarını ve bu kişilerin siber dissosiyatif yaşantıları sık ve yoğun bir şekilde deneyimlediğini ileri sürmektedir. (Öztürk, 2022b; Öztürk & Erdoğan, 2021). Siber dissosiyatif yaşantılar, dijital çağın narsisistik, acımasız ve teşhirci doğası içerisinde ilk etapta bireylerin ruhsal bütünlüğünü bozulmaktan koruyan bir kalkan görevi görürken ilerleyen süreçte bireyin daha fazla uyarana maruz kalmasına ve çevrimiçi travmalar yaşamasına neden olan bir psikopatojen görevi görmektedir (Öztürk, 2020c). Bireyler gerçek hayatta deneyimledikleri kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmaları sebebiyle genellikle dissosiye olurlarken siber yaşamda deneyimledikleri çevrimiçi travmalarla, bu dissosiyatif yaşantıların sıklığı artarak devam eder (Öztürk & Erdoğan, 2021). Bunun sonucunda ise kimliği "*siber kimlik*" ve "*gerçek kimlik*" şeklinde iki kısma ayrılan bireyler; amnezi yaşantıları, öfke patlamaları, kendine zarar verme davranışları, bilinç kesintileri, intihar girişimleri, çevreyi algılamada güçlükler ve kimlik değişimleri ile eşlenik

psikiyatrik tablolar sergilerler (Öztürk, 2020c). Küresel çapta başlayan dijital dönüşümle birlikte büyük bir genişleme yakalayan çevrimiçi iletişim araçları ve sosyal medya platformları, siber toplum üyesi bireylere dissosiyojen bir ajan olarak siber dissosiyasyonu yoğun bir şekilde yaşatmaktadır. Bunun sonucunda ise geleneksel yaşam ile siber yaşam birbirine karışmış hatta siber yaşam gerçekliğin yerini almıştır (Öztürk, 2022e; Öztürk & Erdoğan, 2021).

2.4.1.5. Somatoform Dissosiyasyon

Somatoform dissosiyasyon, bedende dissosiyasyonla ilişkili olarak ortaya çıkan fiziksel belirtiler için kullanılan bir kavramdır. Somatoform dissosiyatif yaşantılar, kişinin günlük hayatını işlevsel bir şekilde sürdürmesini engelleyici özelliktedir (Nijenhuis, 2001). Erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmaları ve somatoform dissosiyasyon fonksiyon geçişleri ve yakın ilişki dinamikleri bulunan temel psikolojik fenomenlerdir (Çombaş, Öztürk & Derin, 2022; Maaranen ve ark., 2004). Bu dissosiyasyon türü, özellikle hareket ve duyularla bağlantılı fizyolojik işlevleri kesintiye uğratarak, herhangi bir fiziksel hastalık veya madde kullanımla açıklanamayan bedensel semptomlara neden olan dissosiyatif deneyimlerdir (Longo ve ark., 2021). Bölgesel ağrıların geçmişte dissosiye edilmiş travmatik deneyime ait anıların yeniden aktif hale gelmesi ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür. Travmatik belleğin genellikle duyusalmotor tepkileri içerdiği ifade edilmektedir (Nijenhuis ve ark., 1996).

Yakın tarihli bir araştırma, fibromiyalji hastalarının kontrol grubuna kıyasla daha fazla bireysel ve/veya kümülatif travmatik deneyime maruz kalmış olduğunu ve somatoform dissosiyasyonun hasta grubunda yüksek oranda yaşantılandığını bildirmiştir (Romeo ve ark., 2022). Aleksitimi ve travma odaklı başka bir çalışma, aleksitimili tanılı hastalardan oluşan grup ile sağlıklı grubu somatoform dissosiyasyon açısından karşılaştırmıştır. Bu çalışmanın sonuçları, aleksitimi grubunun tanısız gruba göre hem psikoform hem de somatoform

dissosiyasyon puanlarının tanısız gruptan çok daha yüksek olduğunu rapor etmiştir (Kienle ve ark., 2017). Dissosiyatif bozukluk vakalarında, somatoform dissosiyasyon semptomları baskın şekilde deneyimlenmektedir. Bu vakaların çoğunluğu somatizasyon bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamaktadır. DSM-5'te somatoform bozukluklar dissosiyatif bozukluklar kategorisinde ele alınmamıştır fakat somatoform bozukluklarla dissosiyatif bozuklukların güçlü bir ilişkiye sahip olduğu ifade edilmektedir (APA, 2013; Nijenhuis ve ark., 1996).

2.4.2. Dissosiyatif Yaşantıları Açıklayan Temel Kuramlar

2.4.2.1. Psikotoplumsal Terapi: "*Dissoanaliz Kuramı*"

Dissoanaliz kuramı, Öztürk'ün 30 yılı aşkın süre boyunca üzerinde çalıştığı modern psikotravmatoloji temelli teorik çalışmalarla ve klinik uygulamalarla temellendirilmiş bir psikoloji kuramıdır (Öztürk, 2022b). Dissoanaliz kuram, bireysel travma deneyimlerinin ve toplumsal düzeyde yıkımları olan travma yaşantılarının oluşturduğu izleri, en hızlı, en makul süre içerisinde ve en iyi neticeyle kısa dönem içerisinde tedavi edilerek sonlandırılması adına koruyucu-önleyici, iyileştirici ve geliştirici stratejiler doğrultusunda psikotoplumsal kuramların geliştirilmesi ve çocukluğun erken dönemlerinde başlayan kronik çocukluk çağı travmalarıyla en yakın ilişkiyi gösteren dissosiyatif bozukluklar konusunda psikotravmatoloji ve psikotarih perspektifli klinik kökenli modern psikoterapi yöntemlerinin yapılandırılması ile bu bireysel ve toplumsal travmaların altında yatan temel dissosiyojenik bileşenlerin holistik bir yönelimle nötralize edilmesi olarak tanımlanmaktadır (Öztürk, 2022a).

Kronik çocukluk çağı travmaları ve empati kesintili, ilişkisel karşılıklılıktan uzak şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri kişinin doğrudan ruhsal bütünlüğünü hedef almaktadır. Travmatik olay nedeniyle parçalanan ruhsal bütünlük, kendisini bilinç, bellek ve kimlik

kesintileriyle gösterir (Öztürk, 2020a). Öztürk bu dissosiyojen süreci "*travma diktomisi*" kavramıyla açıklamaktadır. Travma diktomisi yaşayan bireyin, ruhsal bütünlüğü travmadan önceki ruhsal parçalar ve travma sonrası ruhsal parçalar şeklinde ikili bir oluşum gösterir (Öztürk, 2023b). Travma dikotomisi, "*en yıkıcı travmatik deneyim"* sırasında ya da deneyimin hemen akabinde, tekil ve bir bütünlüğü olduğu ileri sürülen bilinç yapısının "*dual bilinç sistemi*"ne geçiş yapması ile eşleniktir. Bireyin hayatında tekrar eden travmatik deneyimler, bu deneyimlerin sıklık süresi ve şiddeti ile paralel olarak tekil bilinç sistemi dual bilinç sistemine, dual bilinç sistemi ise çoğul bilinç sistemine dönüşebilmektedir (Öztürk, 2022a). Travmatik deneyimlerin etkisiyle bilinç ve belleği, çoklu bellek, çoklu bilinç ve çoklu kimlik sistemlerine dönüşmüş bireylerin psikolojik yardım süreçlerinde yani dissosiyatif bozuklukların psikoterapisinde "*dissoanalistler*" aktif olarak çalışmaktadırlar (Öztürk, 2022b).

Dissoanaliz kuramı; ebeveynleri tarafından empatiden yoksun ve şiddet temelli yanlış çocuk yetiştirme stilleriyle büyümek zorunda kalmış kuşakların, bu süreçte yaşadıkları ve nötralize edemedikleri kronik travmatik deneyimler sonucunda dissosiyatif savunmalar ve çoklu bellek/bilinç sistemleri geliştirerek travmacılarıyla özdeşim kurduğunu, bu yapının yeni travmacılar ve yeni mağdurların oluşmasına yol açtığını ileri sürmektedir (Öztürk, 2022a). Bu nedenle travma mağduru kişilerin ve toplumların "*dissoanalizleri: psikokomünal terapileri*" gerçekleştirilmediği sürece ne bireyler ne de toplumlar dissosiye yapılarından kurtulamazlar ve dolayısıyla hem bireysel hem de psikotoplumsal gelişim gerçekleşemez (Öztürk, 2022b). Dissoanalizin birincil amacı gelişimin ve ilerlemenin önündeki engelleri ortadan kaldırmaktır. Bu amaca ulaşabilmek adına dissoanalistler, travma mağduru dissosiyatif bireylerin dissoanalizlerini yaparak bu bireyleri gelişime açık entegratif bireylere dönüştürmeye çalışmaktadırlar (Öztürk, 2020a). Böylelikle gelişim odaklı fonksiyonel ve entegre yeni toplumların oluşabileceği ve bu toplumların tüm dünyada hüküm sürebileceği düşünülmektedir.

Dissoanaliz kuramı, dissoanaliz sürecinden geçmiş kişilerin kendi gelecek nesillerini gelişim odaklı ve entegratif ruhsal yapıya sahip bireyler olarak yetiştirebileceklerini savunurken, ebeveynlerin bu noktada başarıya ulaşabilmeleri için "*Doğal ve Rehber Ebeveynlik Stili*" özelliklerine sahip olmalarının önemini belirtmektedir (Öztürk, 2022a, 2022d).

Dissoanaliz kuramı doğrultusunda çalışan uzmanlar *"dissoanalist"* olarak anılmaktadır. Dissoanalistler, psikotravmatoloji temelinde bilimsel çalışmalarda ve klinik uygulamalarda bulunan, dissosiyatif bozukluklar başta olmak üzere travma kökenli tüm psikopatolojilerin tedavisini gerçekleştiren terapistler olarak tanımlanmaktadır (Öztürk, 2022b). Travmatik bireyler travmatik toplumlar oluştururlar. Bu doğrultuda dissoanalistlere büyük sorumluluklar düşmektedir (Öztürk, 2022b). Travma mağduru bireylerin psikotravmatoloji temelinde tedavi edilmesi gerekmektedir. Bu bireylerin ve toplumların dissoanalizlerinin yapılmaması durumunda, o toplumun çözülemeyip aktarılan travmalardan ve şiddet odaklı yaşantılardan kurtulması, entegratif ve gelişim yönelimli bir yapı kazanabilmesi neredeyse imkânsız hale gelir (Öztürk, 2022c). Dissoanalizin kazandırdığı bakış açıları, yöntemler ve müdahaleler, çocukluk çağı travmalarının kuşaklararası geçişini engelleyerek gelecek nesilleri travmatize olmaktan korur. Böylelikle sadece bireysel gelişime değil toplumsal gelişime de katkı sağlamış olurlar. Dissoanalistler toplumsal boyutta, günümüzde toplumu etkisi altına alan şiddet, terör ve savaş gibi yıkıcı olayların sebeplerini anlamamızı sağlamaktadır (Öztürk, 2022b; 2022c).

2.4.2.2. Psikotoplumsal Bilinç Alyansı Kuramı

Öztürk (2022a) tarafından geliştirilen "*psikotoplumsal bilinç alyans kuramı*" aynı zamanda "*travmatik anılardan uzaklaştırıcı olağan yaşam deneyimleri kuramı*" olarak da adlandırılmaktadır. Travmatik deneyimler, bireyin ruhsal yapısında parçalanmalara sebep olmaktadır. Bireyler, travma etkisiyle parçalanmış kimlik, bilinç ve bellek gibi sistemler

yeniden bütünleşebilmek için, başka bir deyişle ruhsal entegrasyonu sağlayabilmek için dissosiyasyona başvurmaktadır. Dissosiyasyon, modern psikotravmatolojinin öncü ismi Öztürk tarafından bölünmüş çoklu bilinç sisteminin aşırı ve yoğun entegrasyon çabası şeklinde kavramsallaştırılmıştır. Buradan anlaşılacağı üzere dissosiyasyon travmatik deneyimin açtığı ruhsal yaralara karşı verilen mücadelenin kendisidir (Öztürk, 2018a; 2018b; 2022a). Dissosiyastif yaşantılar, bireyin tekil olan bilinç yapısının travmatik yaşantılar karşısında uyum sağlama adına, yaşanan travmatik deneyimin anılarını zihinden uzaklaştırma fonksiyonu gören olağan yaşantıların ve kuşatıcı savunmaların psikopatolojik etkisiyle, çoklu bilinç sistemine geçiş deneyimleri olarak açıklanmaktadır (Öztürk, 2022a).

Psikotoplumsal Bilinç Alyansı Kuramı; "*kimlik geçişleri*", "*eşbilinçlilik geçişleri*", "*eşzaman geçişleri*", "*eşkontrol geçişleri*", "*eşrealite geçişleri*" ve "*psikotoplumsal bilinç alyansı*" üzerine yapılandırılmıştır. Kişiler normallikten subklinik ve kliniğe giden psikojen çemberde dönüşümlü çoklu bilinç ve çoklu realite yaşantılarını hem deneyimleyerek hem de bu yaşantıları bir alyans odağında optimize ederek varlanışlarını sürdürmektedirler (Öztürk, 2022a). Psikotoplumsal baskılar, travmalar ve şiddet odaklı çocuk yetiştirme stilleri ise "*empati kesintileri*" ve "*özduyuş eksikliği*" aracılığıyla bilinç kopyalarının oluşmasına yol açmaktadır (Öztürk, 2020b). Bireylerin psikotoplumsal bilinçleri ile gerçeklik algılarının uyum düzeyi ne kadar yüksekse, ruhsal bütünlüklerinin düzeyi de o kadar yüksektir. Bu doğrultuda Öztürk'ün "*çoklu zihinsel işlevler harmonisi*" olarak tanımladığı "*kimlik bütüngüsü*", aslında entegrasyonun ta kendisidir (Öztürk, 2022a). Bireylerin ve toplulukların çoklu bilinç sistemleri, psikolojik ve toplumsal alyans/karşılıklılık yöneliminde uyum sağlayıcı bir işlev görmelidir çünkü psikolojik ve toplumsal karşılıklılık entegrasyonun en önemli ve en temel şartıdır. Psikotoplumsal bilinç alyansı, bireyler ve toplumlar adına assosiyatif ya da entegre edici düşünce, duygu ve eylemlerin üst düzey bir hem farkındalık hem de kavrayışlılıkla

deneyimlenmesini olanaklı kılar. Gelişim odaklı, empatik ve yaratıcı bireyler ile kitleler, psikotoplumsal bilinç alyansını yaşantılayabilmeleri koşuluyla uzun soluklu orijinal bir "*kuşaklararası varlanış*" gösterebilmektedirler (Öztürk, 2022a; 2022b).

2.4.2.3. Dissosiyatif Yansıtımlı Kimlik Geçişi Teorisi

Öztürk, bireysel ve toplumsal olmak üzere iki boyutta ele aldığı psikotoplumsal dissosiyasyon kavramı üzerinden "*kimlik geçişi*" ve "*kimlik nüfuzu*" fenomenlerini ele alarak açıklamaktadır (Öztürk, 2022a). Bireyin yalnızca kendisine ait olan eşsiz kendiliğini bir diğer kişi üzerinde kaybetmesi veya yitirmesi "*bireysel kimlik geçişi*", bu kendilik yapısını toplumsal bir oluşum içerisinde yitirmesi ise "*toplumsal kimlik geçişi*" olarak tanımlanmaktadır (Öztürk, 2020a). Kimlik geçişleri, bireyin maruz kaldığı yoğun travmatik deneyimlerin ve psikotoplumsal baskının etkisiyle *"kimlik yitimi"* boyutuna kaymaktadır. Nihayetinde ise, bireyin kimliği baskıcı sistemler tarafından kuşatılmış ve adeta işgal edilmiş olur. Dissoanalitik ekol perspektifinden bireyin yaşantıladığı bu dissosiyojen süreç, "*bireysel kimlik nüfuzu*" ve "*toplumsal kimlik nüfuzu*" kavramlarıyla tanımlanmaktadır (Öztürk, 2020b). Hem bireysel hem de toplumsal kimlik nüfuzuna maruz kalan öznelerin, sıklıkla manipülatif iletişim örüntüleriyle sarmalanan, kontrol temelli, uyumsal ya da itaatkâr yaşam formlarının içerisine hapsoldukları ve bu esaretten kendilerini kurtaramadıkları görülmektedir (Öztürk, 2020a; 2020b).

Sınırlayan, baskılayan ve zorlayan davranışlara ve tutumlara bir tepki olarak boyun eğen ve kimlik bölünmesi gerçekleştiren itaatkâr kimlikler/kişilikler, boyun eğmeyen kimliklerin bir kısmını etkisi altına alarak veya onlara bulaşarak kimlik yayılımının devam etmesine sebep olurlar (Öztürk, 2022c). Öztürk tarafından "*kimlik yayılımı*" kavramı, kimlik yapılarının psikotoplumsal baskılara maruz kalması sonucunda, boyun eğici tutumlar yöneliminde birbirlerine identik bir hal alması şeklinde tanımlanmaktadır (Öztürk, 2021c). Psikotoplumsal

baskıya karşı boyun eğici olan kişilerin dissosiyojen yönelimi, baskın kişilerin boyun eğen kişilerin kimlik yapılarına kimlik geçişi yapmalarına fırsat vermektedir (Öztürk, 2022a). Bu yönelimdeki kimlik geçişleri, kalabalık fakat birbirlerine yapışık kitleler halinde tavır sergileyen, özerkliğini ve biricikliğini yitirerek adeta robotlaşmış ve siber iletişim kanalıyla kontrol edilen gerçeklik çizgisinden kopuk yapay kimlikler haline dönüşmekte, toplumun gelişim odağından uzaklaşmasına sebep olmaktadırlar (Öztürk, 2021c).

2.4.2.4. Neodissosiyasyon Teorisi

Ruhsallığı açıklayan teorilerin temelde dipsişizm ve polipsişizm olmak üzere iki ana gruba ayrıldığını belirtilmektedir (Ellenberger, 1970). Bu kapsamda psişeyi açıklamaya çalışan teoriler, bilinci ya iki katman şeklinde ya da ikiden fazla katmana ayrılmış şekilde ele almaktadır. Freud'un ileri sürdüğü "*topografik kuram*" iki katmanlı bilinç sistemi üzerine oluşturulmuş, daha sonra tanımladığı "*yapısal kuram*" ise çok katmanlı bilinç sistemini üzerine oluşturulmuştur (Hartmann, 1964; Rapaport, 1967). İki katmanlı bilinç sisteminde birinci katman, uyanık durumda olan bilinç olarak, ikinci bilinç katmanı ise genelde gizli olan fakat ara sıra kendini rüyalarla, anormal semptomlarla, hipnozla ve bazen de olağandışı yaratıcı eylemlerle gösteren yapı olarak düşünülebilir. "*Bilinçdışı*" kavramını ilk kez kullanan Janet'e (1889) göre, istenildiğinde ulaşılamayan düşünceler, uyanık farkındalıkta sentezlenemeyecek şekilde "*ayrışmış*" veya "*parçalanmış*" yapılar halindedir. Freud, bilinçdışına dair ilk kavramsallaştırması "*bastırılmış*" düşünce veya isteklerden üzerinden olmuştur (Breuer ve ark., 1893; Freud, 2010). Aslında dissosiyasyon ve bastırma fenomenleri kapalı bir bilindışı katmanının benzer yönlerini tanımlamaktadır (Hilgard ve ark., 1974).

Dissosiyasyon teorisi, her ne kadar sağlam bir zemine sahip olmuş olsa da bu durum teorinin ihmal edilmesinin önüne geçememiştir. O dönemde Freud'un ileri sürdüğü teorinin

kavramları daha yaygın bir şekilde kullanılmıştır. Ne psikanalitik kuram ne de rol teorisi, dissosiyasyon teorisinin nihai alternatifi olamamıştır. Bu düşüncelerle Hilgard, neodissosiyasyon teorisini, klasik dissosiyasyon fenomenini ileri süren Janet'ten (1889) etkilenerek oluşturmuştur (Hilgard, 1973). Hilgard 20. yüzyılın sonlarında yaptığı deneysel araştırmalar sonucunda, "*gizli gözlemci*" fenomenini literatüre kazandırmıştır (Hilgard, 1977). Gizli gözlemci olarak ifade edilen bilinç katmanının, bilincin hipnozdaki yani uyuyan kısmına açık olmayan bilgilere ulaşabilme özelliğine sahip olduğu keşfedilmiştir. Hipnoz pozisyonundaki bireyler yapılan deneylerde acı hissetmezlerken, dissosiye durumdaki bireylerin yeni kefşedilen bilinç katmanı yani "*gizli gözlemci*" deneylerde test edilen acı duyumunu hissedebilmektedir (Howell, 2013). Hilgard, bu keşfiyle daha önce Janet'in ileri sürdüğü klasik dissosiyasyon teorisini desteklemiş hatta Janet'ten sonra ihmal edilen klasik dissosiyasyon teorisinde eksik kaldığını düşündüğü bilimsel zemini güçlendirmiştir (Hilgard ve ark., 1974). Hilgard'ın neo-dissosiyasyon olarak adlandırdığı bu teori, farklı bilinç katmanlarında bulunan, birbirlerinden bağımsız fakat birbirleriyle etkileşim halinde olan otonom çoklu paralel alt sistemler modelini oluşturmuştur (Howell, 2013).

2.4.3. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Önlenmesinde Dissoanalitik Yaklaşım

Dissoanaliz kuramı, çocukluk çağı ruhsal travmalarının kuşaklararası ve kuşaklaraşırı bulaşıcı etkisinin önlenmesini temel amaç olarak belirleyerek, travmatik deneyimlerin uzun dönemli olası olumsuz sonuçlarının önüne geçmeyi hedeflemektedir (Öztürk, 2022b). Bu doğrultuda Öztürk'ün dissoanalitik kuramı, çocukluk çağı travmalarının önlenmesine yönelik bilimsel mücadelenin artmasını, işlevsel psikolojik yardım müdahalelerinin uygulanmasını, bireysel ve toplumsal boyutta oluşabilecek travmatik riskleri yönelik önleme stratejilerinin yapılandırılmasını sağlamaktadır (Öztürk, 2023a). Dissoanalitik ekol, çocukluk çağı ruhsal

travmaların oluşum dinamiğinin merkezinde olan şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerinin ve baskıcı sistemlerin psikotoplumsal açıdan incelemesinin yapılmadan oluşturulan çalışmalarla etkili müdahale programlarının ve önleme stratejilerinin geliştirilemeyeceğini vurgulamaktadır (Öztürk, 2022a). Psikotarih bilimi, bu vurgunun önemi üzerine, geçmişte yaşanmış ve toplumu etkileyen krizlerin ve şiddet olaylarının psikotoplumsal değerlendirilmesini yaparak bir önleme çabası olarak fonksiyon görmektedir (Öztürk, 2023a).

Dissoanalitik bir önleme stratejisi olarak "*Travma Merkezli Alyans Model Terapi*", çocukluk çağı travmaları sonucu veya travmatik bir deneyim neticesinde gelişen psikopatolojilerin ve özellikle de dissosiyatif bozuklukların tedavisi için Öztürk tarafından geliştirilmiş bir psikoterapi modelidir. Öztürk bu psikoterapi modelinde "*terapötik alyans/ittifak"* kavramını travmatik deneyimleri olan hastalara özel olarak yeniden ele almıştır (Öztürk, 2018b; 2020b). Terapötik ittifak kavramı, hasta ile psikoterapist arasındaki uyum, işbirliği ve anlaşma anlamına gelmektedir. Psikoterapist ile hasta arasındaki ittifakın baştan kurulamaması ya da bozulması durumunda terapi sürecinde sorunlar ve dirençler ortaya çıkmaktadır (Horvath ve ark., 2011; Öztürk, 2018b; Zetzel, 1956). Dissosiyatif kimlik bozukluğu tedavisinde düşman alter başta olmak üzere tüm alter kişiliklerle terapötik ittifakın kurulmasının önemli bir gereklilik olduğu ifade edilmektedir (Öztürk, 2020b; Ross & Halpern, 2009). Travma merkezli alyans model sekiz evre üzerine yapılandırılmıştır. Modelin terapi sürecinde "*çok odaklı terapötik alyans*", "*kısa süreli ve etkin travma çalışması*", "*dissosiyatif kimlik bozukluğuna özgü krizlere entegre edici müdahale ve kontrol psikoterapisi*", "*host ve alter kişiliklerin misyonları ve stratejik işlevleri*", "*güvensiz bağlanma ve patojen aile dinamiklerine çözüm odaklı yaklaşımlar*", "*host ve alter kişiliklerin farklı zaman algısı ve bilişsel çarpıtmaları*", "*entegrasyon; host üzerinden yapılan birleşmeler*" ve "*entegrasyon sonrası kendileşme psikoterapisi*" şeklinde psikoterapi müdahale evreleri sıralanmıştır (Öztürk,

2021c). Her bir evrenin müdahale süresi 3 hafta sürecek şekilde yapılandırılmıştır, bir hastanın tedavisi altı ayda tamamlanacak şekilde planlanmaktadır (Öztürk, 2018b).

Hem bireysel hem toplumsal açıdan hem de gelecek kuşaklar açısından psikolojik iyi oluşu ve gelişimi hedefleyen, Öztürk tarafından modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanaliz kuramı ekseninde oluşturulan "*Doğal ve Rehber Ebeveynlik Stili*" kısa ve uzun vadede fonksiyon gören bir travma önleme stratejisidir (Öztürk, 2021a). Bu önleme stratejisi başta şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerinin azaltılarak ortadan kaldırılmasını amaçlamaktadır. Dissoanalitik kuram çocukluk çağı travmalarının yuvalandığı disfonksiyonel ailelerin kronikleşmiş problemli dinamiklerinin ancak bu ebeveynlik stilinin yaygınlaşmasıyla dönüşüme ulaşacağını ileri sürmektedir (Öztürk, 2022d). Böylelikle çocukluk çağı travmaların henüz oluşmadan engellenmiş olacak ve başta dissosiyatif bozuklar olmak üzere travma ile ilişkili birçok psikopatolojinin yaygınlığı azalacaktır. Bu çocukluk çağı travmalarını önleme stratejisi sayesinde uzun dönemde ise, toplumsa hatta evrensel boyutta şiddet olaylarının oluşumlarına karşı durarak mücadele eden psikolojik iyi oluşu yüksek, entegratif bir ruhsal yapıya sahip ve gelişim odaklı nesiller var olacaktır (Öztürk, 2021a; 2022a).

2.4.4. DSM-5'e Göre Dissosiyatif Bozuklukların Sınıflandırılması

2.4.4.1. Dissosiyatif Bozukluklar

Dissosiyatif bozukluklar, kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı ruhsal travmalarının etkisiyle oluşan, intihar girişimleri, kendine zarar verme davranışları, bilinç kesintileri, amneziler, konstrasyon güçlüğü, duygudurum dalgalanmaları, reviktimizasyon, öfke patlamaları, kimlikte belirsizlik hisleri, anguaz, çifte depresyon ve çalkantılı yakın ilişki dinamikleriyle ifade bulan bir psikopatoloji olarak ifade edilmektedir (Öztürk, 2017).

Dissosiyatif bozukluklar, psikiyatri alanında DSM-III-R'de psikojenik amnezi, psikojenik füg, depersonalizyon bozukluğu, çoğul kişilik bozukluğu ve başka türlü adlandırılamayan dissosiyatif bozukluk olmak üzere beş ana dissosiyatif bozukluk tanımlanmıştır (APA, 1987). DSM-IV'de de çoğul kişilik bozukluğu ismi değiştirilmiştir (APA, 1994). DSM-IV ağırlıklı olarak dissosiyatif bozukluğun bilinç, kimlik ve bellek işlerinde bozulmaya yol açtığı üzerinde durmuştur. DSM-5 ise dissosiyatif füg'ü dissosiyatif amnezinin içerisine dâhil etmiş ve bir belirleyici olarak tanımlamıştır. Tanımlanmış diğer dissosiyatif bozukluklar ve tanımlanmamış dissosiyatif bozukluklar olmak üzere iki yeni bozukluk tanımlanmış ve depersonalizyon bozukluğunu, depersonalizasyon ve derealizasyon bozukluğu olarak iki kategoride ele almıştır. Dissosiyatif bozuklar DSM-5'de (APA, 2013) beş başlık altında ele alınmaktadır.

2.4.4.2. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu

A) İki ya da ikiden çok ayrı kişilik durumu ile belirli kimlik bölünmesinin varlığı; bu durum kimi kültürlerde cin çarpması yaşantısı olarak tanımlanmaktadır. Kimlikte bu bölünme kendilik duyumunda ve eylemlerini yönetebilirlik algısında sürekliliğin belirgin olarak bozulmasını kapsar ve duygulanım, davranış, bilinçlilik, bellek, algı, biliş ve/veya duyusal-devinsel işlevsellikte bununla ilişkili değişiklikler bulunur. Bu bulgu ve belirtiler başkalarınca gözlenebilir ya da kişi bunları bildirir.

B) Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde, günlük olayları, önemli kişisel bilgileri ve veya travmatik olayları anımsarken yineleyici boşluklar vardır.

C) Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D) Bu bozukluk genel kabul gören kültürel veya dinsel bir uygulamanın bir bölümü değildir. (Çocuklarda imgesel oyunlarla ve arkadaşlıklarla açıklanamaz).

E) Bu bozukluk bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine (örn. alkol esrikliği sırasında ortaya çıkan bilinç kararmaları ya da davranış kargaşaları) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. kompleks parsiyel katılmalar) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz (APA, 2013).

2.4.4.3. Dissosiyatif Amnezi

A) Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde, genellikle örseleyici ya da gerginliği tetikleyici nitelikte öz yaşam öyküsüyle ilgili bilgileri anımsayamama

B) Bu belirtiler klinik olarak belirgin sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C) Bu belirtiler bir maddenin (örn. alkol ya da kötüye kullanılan başka bir madde, bir ilaç) ya da nörolojiyi ilgilendiren bir durumun ya da başka bir sağlık durumunun (örn. kompleks parsiyel katılmalar, gelip geçici geniş çaplı unutkanlık, kapalı baş yaralanması/çarpmayla baş yaralanmasının kalıntısı, nörolojiyi ilgilendiren başka bir durum) fizyoloji ile ilgili etkilere bağlanamaz.

D) Bu bozukluk Dissosiyatif kimlik bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, bedensel belirti bozukluğu veya majör/hafif nörobilişsel bozukluklar ile açıklanamaz (APA,2013).

2.4.4.4. Depersonalizasyon-Derealizasyon Bozukluğu

A. Sürekli veya yineleyici kendine yabancılaşma, gerçekdışılık yaşantıları ya da her ikisinin de varlığı

1. *Depersonalizasyon:* Gerçekdışılık, uzaklaşma ya da kendi düşüncelerine, duygularına, bedensel hislerine, bedenine ya da eylemlerine dışarıdan bir gözlemci gibi

bakma hali (örn. algı dalgalanmaları, zaman algısının bozulması, kendiliğin gerçekdışılığı ya da yokluğu, duygusal ve/ya da fiziksel kayıtsızlık)

2. Derealizasyon: Çevrenin gerçekdışılığı ya da uzaklaşması yaşantıları (örn. kişi ya da nesnelerin gerçekdışı, rüya gibi, sisli, cansız, ya da görsel olarak çarpık algılanması)

B. Depersonalizasyon ve/veya derealizasyon yaşantıları sırasında, gerçeği değerlendirme yetisi bozulmaz.

C. Semptomlar klinik olarak belirgin rahatsızlık ya da toplumsal ilişkiler, çalışma yaşamı ya da başka önemli işlev alanlarında bozulmaya neden olmaktadır.

D. Bozukluk bir maddenin (örneğin kötüye kullanılan bir madde, bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkileri ya da başka bir tıbbi duruma (örneğin epileptik nöbetler) bağlı olmamalıdır.

E. Bozukluk Şizofreni, Panik Bozukluğu, Majör Depressif Bozukluk, Akut Stres Bozukluğu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, ya da başka bir Dissosiyatif Bozukluğa bağlı olmamalıdır (APA, 2013).

2.4.4.5. Tanımlanmış Diğer Bir Dissosiyatif Bozukluk

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da diğer önemli alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olan, dissosiyatif bozukluklarda sıkça ortaya çıkan psikiyatrik belirtilerin baskın olduğu, ancak bunların dissosiyatif bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu tanı kategorisi kullanılır. Tanımlanmış diğer dissosiyatif bozukluklar kategorisi, dissosiyatif bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamasının özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır. Tanımlanmış diğer dissosiyatif bozukluklar kategorisi kullanılarak belirlenebilecek görünümler için örnekler şunlardır (APA, 2013):

1. Karışık dissosiyatif belirtileriyle giden süreğen ve yineleyen sendromlar: Kendilik duyumunda ve eylemlerini yönetebilirlik algısında sürekliliğin çok belirgin olmadan bozulduğu, kimlik bozukluğunun ya da dissosiyatif amnezinin olmadığı bir kişide ortaya çıkan kimlik değişikliklerini ya da cin çarpması yaşantısı dönemlerini kapsar.

2. Uzun süreli yoğun bir biçimde baskı altında tutularak inandırılmaya bağlı kimlik bozukluğu: Yoğun bir biçimde, baskı altında inandırılmaya çalışılan kişiler (örn. beyin yıkama, zihin denetimi, tutsakken görüş aşılama, işkence, uzun bir süre siyasal olarak tutuklu kalma, tarikatlara ya da terör örgütlerine girme), uzun süreli kimlik değişiklikleri ya da bilinçli bir biçimde kimliğini sorgulama durumu gösterilebilir.

3. Gerginlik yaratan olaylara akut dissosiyatif tepkiler: Kimi zaman yalnızca birkaç saat ya da gün süren, bir aydan daha kısa süreli, gelip geçici, akut durumlar içindir. Bu durumlar, bilinçlilik durumunun kısıtlı olması ile belirlidir; kendine yabancılaşma; gerçekdışılık; algısal bozukluklar (örn. zamanın yavaşlaması); kısa unutkanlıklar; gelip geçici stupor ya da duyusal-devinsel işlevsellikte değişiklikler görülmektedir.

4. Dissosiyatif trans: Çevresel uyaranlara karşı derin bir tepkisizlik ya da duyarsızlık ile kendini gösteren, yakın çevreyi, birden, tam olarak ya da bir ölçüde ayrımsayamama ile belirlidir. Söz konusu tepkisizliğe, kişinin ayrımında olmadığı veya denetim altında tutamadığı küçük basmakalıp devinimler (örn. Parmak devinimleri) eşlik edebileceği gibi, gelip geçici paralizi ya da bilinç yitimi de eşlik edebilir. Dissosiyatif trans, genel kabul gören kültürel ya da dinsel bir uygulamanın bir bölümü değildir.

2.4.4.6. Tanımlanmamış Dissosiyatif Bozukluk

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da diğer önemli alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olan, dissosiyatif bozukluklarının belirti

özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların dissosiyatif bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu tanı kategorisi kullanılır. Tanımlanmamış diğer dissosiyatif bozukluk kategorisi, dissosiyatif bozukluklarından herhangi özgül bir tanı için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda (örn. acil servis koşullarında) kullanılır (APA, 2013).

2.4.5. Adli Psikopatoloji Perspektifinden Dissosiyatif Bozukluklar

Çocukluk çağı travmaları birçok psikiyatrik hastalığın oluşumunda rol oynadığı gibi dissosiyatif bozukluklarında oluşumunda da büyük bir role sahiptir (Öztürk, 2020a). Fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet olgularını içeren çocukluk çağı travmatik deneyimleri birçok durumda çocuğa karşı işlenen bir suç unsuru durumundadır. Bu noktada adli psikopatoloji kapsamında çocukluk çağı travmaları ve çocukluk çağı travmaları ile ilişkili psikiyatrik bozukluklar ele alınmaktadır (Öztürk ve ark., 2019). Bu bozukluklardan olan dissosiyatif bozukluklarda, psikopatolojinin incelenmesi, cezai ehliyet ve hukuki ehliyetin değerlendirilmesi, malpraktis olayları, mağdurların tazminat taleplerinin karşılanması ve psikopatoloji etkisiyle malulen emekli olma durumlarının adli psikopatoloji kapsamında değerlendirilmesine ihtiyaç duyulan önemli adli durumlardır (Öztürk, 2017; Şar, 2009). Dissosiyatif bozukluğa sahip hastalarda yaygın bir şekilde karşılaşılan bireysel ve toplumsal travmatik deneyimlerin, suç oluşumuna sebep olan adli durum ile bağının modern psikotravmatolojik bakış açısıyla incelenip adli bilimler açısından en uygun değerlendirilme ile ortaya konmasını sağlamak önemli bir gerekliliktir (Öztürk, 2020a). Dissosiyatif bozukluklar, doğrudan suç unsuru olarak görülen bir etken değildir. Fakat travma mağduru bir bireyin yeniden travmatize olma durumu açısından adli bilimlerle ilişkilidir. Aile içerisinde cinsel, fiziksel ve duygusal yönden istismara uğrayan

çocuklar bu dönemde belirlenirse, aileler işlediği fiillerden dolayı ceza alabilirken, çocuklar da adli koruma altına alınarak daha fazla travmaya maruz kalmayabilmektedir (Öztürk, 2020b).

Dissosiyatif bozukluklar, adli psikiyatrik değerlendirme süreçlerinde malpraktis olgularının en çok görüldüğü tanı gruplarındandır (Öztürk ve ark., 2019). Bu nedenle adli psikolojik değerlendirme yapacak uzmanların özellikle psikotravmatoloji kapsamında çalışmaları olan ve dissosiyatif bozukluklar konusunda deneyimli klinisyenler olmalarının önemli olduğu düşünülmektedir. Eksik ve hatalı değerlendirmelerle konulan yanlış tanılar, hastalara uygun olmayan tedavi metodlarına maruz kalmasına sebep olarak, tedavi sürecini uzatmakta ve hastanın iyileşme sürecini de engellemektedir (Akcan & Öztürk, 2018). Psikolojik yardım süresince yanlış yöntemlerin kullanılmasından kaynaklı oluşabilecek sorunların, tedaviyi üstlenen ruh sağlığı profesyonelinin sorumlulukları açısından tazmin edilebilmesi için titizce adli psikiyatrik ve hukuksal incelemelerin yürütülmesi gerekmektedir. Dissosiyatif bozukluk hastalarının, suç oluşumuna sebep olan davranışları gerçekleştirdiği sırada, genellikle gerçekleştirdiği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili davranışlarını kontrol edebilme becerisini kaybetmedikleri görüşü hâkimdir (Öztürk ve ark., 2019). Fakat ani kişilik değişimleri, amnezi ve ruhsal fragmentasyon üzerinde kişinin kontrolünün bulunmaması sebebiyle, cezai sorumluluk tamamen ortadan kalkmasa bile bu cezai sorumluluk mevcut psikopatolojinin ağırlığına göre belirli oranda etkilenebilmektedir (Öztürk, 2020a).

Dissosiyatif bozukluklar Türk Ceza Kanunu'nda cezai sorumluluğu ve hukuki ehliyet üzerinde etki sahibi olan en önemli psikiyatrik hastalıklardan biridir. TCK 32/2 maddesinde, bireylerin kusur yeteneğini azaltan ya da ortadan kaldıran durumlara özgü akıl hastalıklarına yönelik adli psikiyatrik incelemeler önerilmektedir (Öztürk, 2020a). Etiyolojisinde kronik çocukluk çağı travmaları bulunan dissosiyatif bozukluklar, adli bilimler açısından özel

uzmanlık gerektiren ve titizlikle incelenmesi gereken en temel psikiyatrik tanıdır (Öztürk, 2022a). Dissosiyatif bozukluklar ile adli bilimler arasında; çocukluk çağı travmaları, kendine zarar verme davranışları, intihar düşünceleri, anguaz, intihar girişimleri, nevroz-psikoz ayrımı, ceza sorumluluğu, hukuki ehliyet, simülasyon, malulen emeklilik, vesayet altına alma, malpraktis ve kamu görevlilerinin suçu bildirme yükümlülüğü gibi adli boyutlar ön plana çıkmaktadır (Öztürk ve ark., 2019). Dissosiyatif bozukluklarla yapılacak adli psikiyatrik değerlendirmelerde "*gizleme eğilimi*" ve "*görünürde çelişkili bilgi*" gözden kaçırılmamalıdır.

Travmatik deneyimlerini yeniden hatırlamak tüm insanlar için zor bir deneyimdir. Dissosiyatif bozukluk hastaları ise maruz kaldıkları bireysel ve kitlesel travmatik deneyimlerini dissosiye fenomeni aracılığıyla kendilerinden gizlemektedirler (Öztürk ve Derin, 2018). Hastalarda dissosiyasyon mekanizmasının devreye girmesi anıların eksilmesine, tutarsız olmasına ve bozulmasına yol açtığı için bu hastalarla yapılan adli görüşme ifadelerinde travmatik deneyime ilişkin anlatılanların tutarsız olması, dissosiyatif bozuklukları yeterince tanımayan klinisyenler ya da yargı makamları tarafında maalesef ki ifadenin güvenilir olmadığı kanaatine sebep olmaktadır (Öztürk, 2020a). Tutarsız anılar ve bilgiler aslında travmatik belleğinin doğal ve beklendik bir özelliğidir hatta bireyin travma mağduru olduğunun en önemli kanıtlarındandır. Çünkü normal bellek; sözel, öyküsel ve kronolojik bir yapıdayken travmatik bellek ise duyusal, parçalı ve bedensel yapıdadır (Öztürk ve ark., 2019; van der Kolk & Fisler, 1994). Bu bağlamda, travmatik belleğin parçalı ve dağınık yapısı, travmatik bireylerin ruhsal sağaltım süreçlerinde göz önünde bulundurulması gereken temel bir unsurdur.

2.5. Çocuk Yetiştirme Stilleri

Psikoloji araştırmalarında determinist bakış açısı, araştırmacıları çocukluk dönemini incelemeye sevk etmiştir. Bu doğrultuda çocukların hangi sosyal, ekonomik ve kültürel

ortamlarda büyüdüğü, yaşadıkları travmatik deneyimler, ailelerinin özellikleri ve aile içerisinde hâkim olan çocuk yetiştirme stilleri gibi değişkenler inceleme konusu olmuştur. Bu değişkenlerden çocuk yetiştirme stilleri birçok bilim dalının çalışma sahasında temel bir konu olarak ele alınmıştır. Çocuk yetiştirme stilleri konusu, psikotarih bilimi açısından da ele alınan temel konuların başında gelmektedir (Derin, 2018). Psikotarih çalışmaları çocuk yetiştirme stillerinin tarihsel gelişimini detaylı bir şekilde ele alarak açıklamaya çalışmıştır. Bu çalışmalar sayesinde, çocuk yetiştirme stilleri konusunda çalışma yapan bilim insanları, çocuk yetiştirme stillerinin günümüzdeki formlarının nasıl oluştuğunu, kökenlerinin hangi tarihsel süreçlere, dönemlere ve olaylara uzandığını anlama fırsatına erişmiştir (deMause, 1998a; Derin & Öztürk, 2018; Öztürk, 2016). Psikotarih biliminin öncüsü ve önemli bir kuramcı olan deMause'nin ortaya koyduğu çalışmaların konuya ilgi duyan araştırmacılar tarafından incelenmesinin önemli olduğu düşünüldüğü için, psikotarihsel çocuk yetiştirme stilleri konusu tezimizde ayrı bir başlık altında ele alınmıştır. Bireyin ruhsal gelişiminde çocukluk yaşantılarının ve çocuklara yönelik ebeveyn tutumlarının önemli bir yer tuttuğu çok kez vurgulanmıştır (Maccoby & Martin, 1983; Öztürk, 2021a; Turan, 2005; Yavuzer, 2019). Çocuk yetiştirme stilleri, çocukların gelişme ve sosyalleşme süreçlerinde ebeveynlerinin doğrudan başvurduğu ve gözlemlenebilen davranış örüntüleri şeklinde tanımlanmaktadır (Darling & Steinberg, 1993). Ebeveynlerin çocuklarını büyütme sürecinde, onlara yönelik sergiledikleri davranışların, uyguladıkları yöntemlerin ve gösterdikleri tutumların ifade edildiği bir *"duygusal iklim"* olarak da tanımlanmaktadır (Bornstein & Zlotnik, 2008). Ayrıca bu kavram, ebeveynlik stilleri ve çocuk yetiştirme tutumları şeklinde farklı isimlendirmelerle literatürde yer almaktadır.

İnsan, doğası gereği sosyal ve iletişime açık bir varlıktır. Bireyin ilk sosyalleşme deneyimleri ve sosyalleşme ihtiyacı, içinde doğduğu aile üzerinden gerçekleşmektedir. Yaşamın ilk yıllarında başlayan bu sosyalleşme süreci, oldukça kısıtlı sayıda kişiyle ve uzunca

bir sürede gerçekleşmektedir (Esmer, 2021). Bu süreç, ailenin ve aile üyelerinin benimsemiş olduğu çocuk yetiştirme stillerinin çocuğun gelişiminde oldukça önemli bir yere sahip olduğunu göstermektedir (Garg ve ark., 2005). Ebeveynin destekleyici stilde olması, çocuğun hem çocuklukta psikolojik sorunlar yaşamasına hem de ileriki yaşlarında depresyon, alkol kötüye kullanım bozukluğu gibi psikolojik bozukluklar yaşamasına ve problemli ilişkiler ile suça karışma gibi sorunlar yaşamasına karşı koruyucu bir faktör olarak ifade edilmektedir (Bean ve ark., 2006; Clarke ve ark., 2013; Öztürk, 2021a; Shaw ve ark., 1994). Bu nedenle ebeveynlerin çocuklarına karşı sevgi dolu, yapıcı ve işlevsel davranışlar sergilemeleri evlatlarının ruhsal sağlıkları ve gelişimleri adına oldukça önemlidir (Tezel Şahin & Özyürek, 2008).

Çocuk yetiştirme stilleri, ebeveynlerin tutum ve davranış repertuarında bulunan ve çocuklarıyla kurdukları iletişim sürecinde kullandıkları, kontrolcü, kuralcı, talepkar, disiplinli, duyarlı, sıcak, destekleyici gibi davranış kalıplarının belirli düzeylerde kullanılmasıyla şekillenmektedir (Power, 2013). Çocuk yetiştirme stillerinin Baumrind (1971) ve Maccoby ve Martin (1983) tarafından yapılan sınıflandırılma çalışmaları, araştırmacılar tarafından kabul görmektedir. Baumrind, demokratik, otoriter, izin verici ve ihmalkar/ilgisiz şeklinde dört farklı çocuk yetiştirme stili tanımlamıştır (Baumrind, 1991; 1994). Maccoby ve Martin (1983) ise Baumrind'in geliştirdiği çocuk yetiştirme stillerini iki boyut üzerinden açıklayarak geliştirmeye çalışmıştır. Bu iki boyut "*talepkarlık/beklenti*" ve "*duyarlılık*" şeklinde sınıflandırılarak, boyutların düzeyine göre Baumrind'in tanımladığı çocuk yetiştirme stilleri açıklanmıştır. Maccoby ve Martin, yüksek talepkarlığa/beklentiye karşın düşük duyarlılığa sahip bir ebeveynin "*otoriter*" çocuk yetiştirme stiline sahip olacağını, yüksek talepkarlık/beklentiyle birlikte yüksek duyarlılığa sahip bir ebeveynin "*demokratik*" stile sahip olacağını, düşük talepkarlık/beklentiye karşın yüksek duyarlılığa sahip ebeveynlerin "aşırı hoşgörülü/izin verici stile sahip olacağını ve son olarak da düşük talepkarlık/beklentiyle birlikte düşük duyarlılığa

sahip olan ebeveynlerin "*ihmalkar/ilgisiz*" çocuk yetiştirme stiline sahip olacağını belirtmişlerdir (Maccoby & Martin, 1983). Çocuk yetiştirme stillerini boyutlandırarak anlama adına Sleddens ve arkadaşları (2014) da bu konu üzerine çalışmışlar ve beş boyutlu bir model ile açıklama getirmişlerdir. Sleddens ve arkadaşlarının oluşturduğu model ve tanımladığı boyutlar ise "*kapsamlı genel ebeveynlik modeli*" başlığı altında incelenmektedir. Çocuk yetiştirme stilleri alanını psikotarih yaklaşımı da çalışmış ve bu çalışma alanına çok farklı bir bakış açısı kazanmıştır. deMause tarih boyunca süregelen anne-çocuk ilişkisini incelemiş ve çocuk yetiştirme stillerini altı psikojenik evreye ayırmıştır (deMause, 1982; Derin & Öztürk, 2018; Öztürk, 2021a). Ebeveynlerin empati düzeyine göre, daha az empatik olandan daha çok empatik olana doğru sıralanan bu evrelere Öztürk (2020) tarafından geliştirilen bir evre daha eklenmiştir (Öztürk, 2020a). Psikotarih çalışmalarının ileri sürdüğü yedi çocuk yetiştirme evresi *"psikotarihsel çocuk yetiştirme stilleri"* başlığı altında açıklanmaktadır.

2.5.1. Baumrind'in Çocuk Yetiştirme Stilleri

Baumrind, yürüttüğü ilk çalışmaların neticesinde ebeveynlerin sahip olduğu çocuk yetiştirme stillerini, demoktratik, otoriter ve aşırı hoşgörülü/izin verici olmak üzere 3 farklı stilde tanımlamıştır. Baumrind (1989, 1991), Maccoby ve Martin'in (1983) çalışmasına dayanarak, tipolojisini dördüncü bir ebeveynlik tarzıyla, yani *"ihmalkâr"* ebeveynlik stiliyle genişletmiştir. Ebeveyn ve çocuk arasındaki etkileşime dayanan bu sınıflandırma beklenti/talepkarlık ve duyarlılık şeklinde tanımlanan iki farklı uç boyuta dayandırılarak yapılandırılmıştır. Talepkarlık/beklenti boyutunda, ebeveynlerin kontrolcülüğü, denetimi, beklentileri, istekleri ve talepleri yer almakta, duyarlılık boyutunda ise ebeveynin sıcaklığı, rehberliği, karşılıklılığı ve duyarlılığı bulunmaktadır. Bu iki boyuttaki yönlerin farklı düzeyde bir araya gelmeleri neticesinde çocuk yetiştirme stilinin belirlendiği ileri sürülmektedir

(Sahithya ve ark., 2019). Duyarlılık, ebeveynin çocuğuna karşı ilgisini, sevgisini ve çocuğuyla birlikte olmaya istekliliğini ifade etmektedir. Bu özellikte çocukla birlikte olunan zamanda ve ilişkide çocuğun etkin katılımı da söz konusudur (Baumrind, 1995).

2.5.1.1. Otoriter Stil

Otoriter stile sahip olan ebeveynlerin çocuklarına yeterince özerklik tanımadığı, onlara karşı fazla talepkar olduğu ve bunun yanı sıra zayıf düzeyde duyarlılığa sahip olduğu belirtilmektedir (Kuppens & Ceulemans, 2019; Sahithya ve ark., 2019). Bu stilde çocuk çoğunlukla ebeveynin direktifleri doğrultusunda, denetim içerisinde, ilgiden ve kabulden mahrum bir şekilde yönetilmektedir (Kabasakal, 2012). Otoriter stille yetişen çocukların davranışları kendi iradelerinden ziyade ailelerinin istekleri ve beklentileri doğrultusunda gerçekleştiği için bu çocuklar dıştan denetlenmeye açıktırlar. Bu nedenle de otoriter stilde yetişen çocukların genellikle boyun eğici davranış özellikleri sergilediği söylenmektedir (Canatan ve ark., 2020). Bir diğer taraftan, bu çocuklar boyun eğici davranışların tam tersi özellikler de sergileyebilmektedirler. Otoriter stilin hâkim olduğu bir ailede uzun dönemli baskı ve denetlemeyle büyüyen çocuklar, otoriteye karşı başkaldırma, direnme ve düşmanlık besleme gibi duygu ve düşüncelere sahip olabilmektelerdir. Çocuk ihtiyaçlarının, arzu ve isteklerinin karşılık bulmaması ve dolayısıyla önemsiz hissetmesi sebebiyle ebeveynlerine karşı yoğun öfke duyabilmektedir (Canatan ve ark., 2020). Bu stilde büyüyen çocukların şiddet yönelimli olduğu ifade edilmektedir. Çocuğun şiddet yönelimli olmasının gerekçeleri, ebeveynlerinin baskılarından ötürü öfke duygularıyla büyümeleri ve/veya şiddet davranışları sergileyen ebeveynlerini rol model almaları şeklinde ifade edilmektedir (Şanlı & Öztürk, 2012).

2.5.1.2. Demokratik Stil

Bu çocuk yetiştirme stilinde ebeveynlerin hem duyarlılık boyutunun hem de talepkarlık boyutunun yüksek olduğu ifade edilmektedir (Baumrind, 1995). Demokratik tutumun hakim olduğu ailelerde, aileye mensup tüm üyeler arasında haklar ve sorumluluklar arasında bir denge mevcuttur. Aile içerisinde koyulan kurallar yalnızca çocuklar için değil tüm aile üyeleri için geçerlidir. Demokratik stilde ebeveynlerin düşüncelerine önem verildiği gibi çocuklarında görüş ve önerilerine önem verilmektedir. Bu stile sahip ailelerde çocuklar herhangi bir beklenti olmaksızın sevilir, doğrularıyla yanlışlarıyla kabul edilmektedirler (Attili ve ark., 2011; Durmuş, 2006; Uçur, 2005). Bu stildeki ebeveynler çocuklarının özgürlüğünü belirledikleri sınırlar içerisinde yaşamalarına müsaade ederek, bir yandan çocuğun özgür hissetmesini sağlamış olurken bir yandan da çocuğun sınırlarını öğrenmesini sağlamış olurlar (Baumrind, 1966; 1989). Kendi özgürlüğünü ve sınırlarını bilme uçları arasındaki hassas denge üzerinde gerçekleşen büyüme süreci çocukların yüksek özgüvene sahip olmasını sağlamaktadır. Ebeveynle çocuk arasında kurulan güvenli ve sıcak ilişki de çocuğun özgüvenini arttırmakta ve dış dünyayla içten iletişim kurmasını kolaylaştırmaktadır (Özyürek & Begde, 2016).

2.5.1.3. Aşırı Hoşgörülü (İzin Verici) Stil

Baumrind'in tanımladığı bu ebeveynlik stili aşırı hoşgörülü, izin verici ve müsamahakâr gibi farklı çevirilerle literatürümüze girmiştir. Bu stildeki ebeveynlerin çocuklarına yönelik beklentileri oldukça düşükken onlara karşı yüksek duyarlılıkları vardır (Baumrind, 1991; Sahithya ve ark., 2019). Çocuklarını kontrol etme ve onlara sınır koyma konusunda yetersiz olan bu ebeveynlerin disiplin anlayışlarında tutarsızlıklar ve kararsızlıklar mevcuttur (Sümer ve ark., 2010). Aşırı hoşgörülü ve izin verici olan ebeveynlerin kaygı, depresyon ve somatik bozukluklar gibi eş tanılı çok sayıda psikiyatrik hastalığa sahip olduğu, tutarsız ilişkiler

geliştirdikleri, özgüven ve kendini tanıma ile problem çözebilme gibi sosyal becerilerinin de zayıf olduğu tespit edilmiştir (Lamborn ve ark., 1991; Rankin Williams ve ark., 2009; Steinberg ve ark., 1994). Bu şımartılma odaklı çocuk yetiştirme stilini benimseyen ebeveynler kendilerini özgürlükçü olarak nitelendirmektedir fakat çocuklarına ilgisizce ve ihmalkârca davranmaktadır (Yapici, 2010). Ebeveynleri tarafından aşırı hoşgörüyle şımartılarak ve sınırsızlıkla büyüyen bu çocuklar, alışmış oldukları bu tutumları arkadaş, okul ve diğer toplumsal alanlarda da bekleme eğiliminde oldukları için toplumsal alanlarda kurallar ve normlar konusunda da zorluklar ve çatışmalar yaşamaktadırlar (Aktaş Özkafacı, 2012; Öztürk, 2020a).

2.5.1.4. İhmalkar/İlgisiz Stil

Bu çocuk yetiştirme stiline sahip olan ebeveynlerin çocuklarına yönelik beklenti/talepkarlık düzeyi de duyarlılık düzeyi de düşüktür (Baumrind, 1991). İhmalkar stildeki ebeveynler, çocuklarıyla sıcak ilişki kurmadıkları gibi onlara karşı sıcak ve destekleyici de davranmazlar. Bu stilin en temel davranış şekli ilgisizlik olarak ifade edilmektedir (Abundis-Gutierrrez & Checa, 2018). İhmalkar stildeki ebeveynler çocuklarının yaptığı etkinliklerden genelde haberdar değildir ve çocuklarına uygun bir ortam sağlama konusunda da başarısızdırlar. Bunun yanı sıra ebeveynlerin çocuklarına yönelik düşünülmüş bir disiplin kuralları yoktur. Koyulan kurallar ise tamamen ihmal edilebilir (Maccoby & Martin, 1983). İhmalkâr stille büyüyen çocuklarda öz düzenleme ve sosyal sorumluluk, özgüven ve sosyal yeterlilik gibi becerilerinde yetersizlikler tespit edilmiştir. Bunlara ek olarak bu çocukların, düşük akademik başarı gösterme, kaygı ve depresyon yaşama, antisosyal davranış sergileme ve suç işleme gibi birçok farklı alanda olumsuz sonuçlar gösterdikleri belirtilmektedir (Baumrind, 1991; Hoeve ve ark., 2008; Lamborn ve ark., 1991; Pinquart, 2016; Steinberg ve ark., 1994). İhmalkar ebeveynlik, çocukların fiziksel, duygusal ve sosyal gelişimleri üzerinde uzun vadeli

olumsuz etkilere sahiptir. Bu tür bir ebeveyn tutumu, çocukların duygusal güvenlik ve sosyal uyum gibi temel yaşam becerilerini kazanmalarını engelleyerek, genel yaşam kalitesini ve gelecekteki sosyal işlevselliğini ciddi şekilde tehlikeye atmaktadır (Salevera ve ark., 2022).

2.5.2. Kapsamlı Genel Ebeveynlik Modeli

2.5.2.1. Bakım Verme/Besleyici Olma

Sleddens ve arkadaşları (2014) tarafından çocuk yetiştirme stillerini ölçmek üzere oluşturulan, psikanalitik, bağlanma, kabul-red, vygotskiyen, sosyal ve edimsel öğrenme gibi farklı psikoloji kuramlarıyla temellendirmiş bir model olan kapsamlı genel ebeveynlik modelinin ilk boyutu bakım verme ve besleyici olmadır. Çocuk yetiştirmenin bakım verme boyutu en çok incelenen ebeveyn özelliklerinin başında gelmektedir. Bu boyutta temel olarak çocuğa karşı şefkatli olma, onun istek ve ihtiyaçlarına karşı ilgili olma ve çocukla kurulan ilişkide sıcak olma söz konusudur. Ayrıca bu model, çocuklukların duygularına, sorunlarına ve zorluklarına yanıt verebilme becerisi olarak ifade edilen "*karşılıklılık*", çocukların duygu ve düşüncelerini özgürce ifade edebilmesini sağlayan ebeveyn becerisi olan "*özerkliği destekleme*", çocukların olumlu davranışlarını desteklediğini ve değerli gördüğünü bildirebilme becerisi olan "*sosyal pekiştirme*" ve ebeveynlerin çocukların etkinliklerine katılarak onlarla ilgilenmeleri anlamına gelen beceri olan "*katılım/ilgi*" gibi önemli ebeveynlik becerileri üzerine temellendirilmiştir (Grolnick ve ark., 2007; Grolnick & Ryan, 1989). Bakım verme boyutunda, çocukların ihtiyaçlarına karşı duyarlı olunması, çocukların temel fiziksel ve psikolojik ihtiyaçları doğrultusunda desteklenmesi, çocukların yaptıklarına gerçek ilgi göstererek onlarla duygusal açıdan karşılıklılık kurularak zaman geçirilmesi, çocukların olumlu davranışların görmezden gelinmeyerek pekiştirilmesi, çocuğun bireyselliğinin ve kendisini tanıması konusunda desteklenmesi gibi unsurlar yer almaktadır (Sleddens ve ark., 2014).

2.5.2.2. Yapılandırma

Bu boyut, ebeveynlerin çocuklarının belirli hedeflere ulaşmaları için onlara yardım ederek, kurallar ve sınırlar koyarak, çocukların gelişimini yapılandırmaları anlamına gelmektedir. Yapılandırma boyutunda çocuğun disipline edilme sürecinde ebeveynlerin tutarlı tavırlar sergilemesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Tutarsız ve sürpriz davranışlar sergileyen ya da çocuğu disipline etme sürecinde yeterli takibi yapmayan ya da ilgilenmeyen ebeveynlerin, açık ve tutarlı yönergelerle çocuklarıyla iletişim kurma becerilerini geliştirmelerinin önemli olduğu belirtilmektedir (Slater & Power, 1987). Ayrıca açık, anlaşılır yönergelerle ve ön görülebilir davranışlarla çocukların yapılandırılabileceği ifade edilmektedir. Yine bu boyutta çocuğun etkinliklerle zaman geçirmesinin desteklenmesi ve ebeveynin bu noktada organize ve yardım edici bir rol almasının gerekliliği ifade edilmektedir (Sessa ve ark., 2001). Çocuğun yeni beceriler edinme sürecinde ebeveynlerin teşvik edici olması, çocuğun yeni beceriler kazanabileceği etkinliklere dahil olabilmesi için ebeveynlerin çabalaması vurgulanmaktadır. Pozitif bir yapılandırma ile ebeveynler, çocuğun özerk bir şekilde sorumluluklarını, görevlerini yerine getirebilmesini ve çocukların karşılaşabileceği sorunları çözebilmesini sağlayabileceklerdir (Sleddens ve ark., 2014).

2.5.2.3. Davranışsal Kontrol

Davranışsal kontrol boyutu, ebeveynlerin çocuklardan beklediği davranışlar için net beklentileri iletmesi ve çocuklarının katıldığı etkinlikleri bu bağlamda denetlemesi ve yönetmesi anlamına gelmektedir. Aslında davranışsal kontrol, müdahaleci olmayan ve sınır çizme etkisine sahip bir disiplin etme yapısı olarak kabul edilmektedir. Davranışsal kontrol becerisi yüksek ebeveynler, çocukları üzerinde aşırı veya katı bir kontrol mekanizması kullanmazlar, bu ebeveynler optimal düzeyde var olan bir kontrol yapısına sahiptiler. Hatta bu

kontrol yapısı çocukların bağımsızlıklarını ve özerkliklerini geliştirmeleri konusunda alan açma görevini de üstlenmektedir (Darling & Steinberg, 1993). Davranışsal kontrolde çocuklar kendi özgürlükleri ve özerklikleri içerisinde hareket edebilmekte, aşırı ve katı kontrole maruz bırakılmamaktadır. Çocukların sınırlarını aşma durumunda ise ebeveynler çocukların yaptıkları hataları açıklayarak ya da çocuklara tanıdıkları ayrıcalıkları kısıtlayarak müdahale etmekte, sert müdahalelerde bulunmamaktadır. Davranışsal kontrol sayesinde çocuk, ebeveynlerinin ne beklediğinin farkında olup, kendisinin ve başkalarının mesafesini ve sınırını öğrenmektedir (Sleddens ve ark., 2014). Davranışsal kontrol üç boyut altında incelenmektedir: "*izleme*" boyutunda çocukların giriştiği aktiviteler denetlenir, "*olgunluk beklentisi*" boyutunda çocuğun yaşının gerektirdiği sorumlulukları ve bu sorumlulukların gerekliliklerinin farkında olması beklenir ve son olarak "*müdahaleci olmayan disiplin*" boyutunda çocuğun problemli davranışları kendisine açıklanarak, probleme ilişkin çocuğun ayrıcalıkları kısıtlanarak sınır koyma süreci işletilir (Barber ve ark., 1994; Darling & Steinberg, 1993; Sleddens ve ark., 2014).

2.5.2.4. Aşırı Koruyucu Olma

Bu yapı, ebeveynlerin çocuklarını aşırı düzeyde takip etmesi ve ilgilenmesi ile karakterizedir. Güncel literatürde helikopter ebeveyn olarak da tanımlanan aşırı koruyucu ebeveynler, çocuklarının etrafında pervane gibi döndükleri için bu isimle de ele alınmaktadırlar (Odenweller ve ark., 2014). Bu ebeveynler çocuklarının en küçük olumsuzluk yaşama ihtimalini gördükleri etkinliklere müdahale ederek çocuklarını kısıtlamaktalardır. Aşırı koruyucu tutum, ebeveynin çocuğa karşı çok fazla fiziksel müdahalesi ile karakterize bir çocuk yetiştirme stildir (Kiel & Buss, 2011; Spokas & Heimberg, 2009). Bu ebeveynler sıklıkla çocuğun nerede olduğunu, ne yaptığını merak etmekte, çocuklarından habersiz olduklarında ise aşırı rahatsızlık duymaktalardır. Çocukları denetleyerek ve sürekli gözetim altında tutarak

onları özgürlüklerine müdahale etmektelerdir (Van Ingen ve ark., 2015). Aşırı koruyucu ebeveynler, çocuğun yaptığı en küçük hatalı davranışa karşı sert müdahalelerde ve yaptırımlarda bulunmaktadırlar. Aşırı koruyucu ebeveynler, sergiledikleri müdahale davranışlarıyla çocuklarının özerklik gelişimlerini baltalamaktadırlar (Sleddens ve ark., 2014).

2.5.2.5. Zorlayıcı Kontrol

Zorlayıcı kontrol, baskı, müdahale ve tahakküm ile karakterize olan, çocuğun bireyselliğinin, bağımsızlığının ve cesaretinin kırılmasına yol açan en patolojik ve en dissosiye edici çocuk yetiştirme stillerinden biridir (Sleddens ve ark., 2014). Bu stilde ebeveynin otoritesinin esneklikten uzak, baskın ve yoğun bir şekilde kullanılması söz konusudur. Kuralları katı bir şekilde uygulama eğiliminde olan ebeveynler, çocuklarının kendi yargılarını, değerlerini ve hedeflerini sorgulamadan kabul etmelerini hatta itaat etmelerini beklemekte ve çocuklarının duygularını her zaman kontrol etmeye çalışmaktadırlar (Baumrind, 1991). Ebeveynlerin çocuklarından beklentileri, kendi değerlerini, yargılarını ve görüşlerini çocuklarının karşı gelmeksizin kabul etmeleri, benimsemeleri ve sürekli itaatkar davranmaları yönündedir. Bunu sağlayabilmek için *"psikolojik kontrol"* olarak kavramsallaştırılan fenomen ebeveynler tarafından sıklıkla kullanılmaktadır. Çocukların düşüncelerine, duygularına ve kendilerine bağlılıklarına yönelik olarak duygusal manipülatif bir ajan olarak kullanılan ebeveynlik davranışları anlamına gelmektedir (Barber, 1996). Bunu sağlayabilmek adına fiziksel şiddet ve ceza da dâhil olmak üzere her türlü yaptırıma başvurabilmektedirler (Barber & Harmon, 2002). Bu stilde kullanılan, çocukların suçlanmasına, kaygılanmasına ve sevgisiz kalmasına sebep olan ebeveynlik uygulamaları nedeniyle çocuğun psikolojik ve duygusal gelişimine olumsuz izler bırakılmaktadır (Barber, 1996; Barber & Harmon, 2002).

2.5.3. Psikotarihsel Çocuk Yetiştirme Stilleri

Psikotarih bilimi çocukluğun tarihini incelerken çocukluk çağı travmaları ve çocuk yetiştirme stillerinin önemini keşfetmiştir. Farklı tarihsel dönemlerde ve farklı kültürlerde çocuk yetiştirme stilleri değişkenlikler göstermiş ve bu değişkenlik günümüzde de devam etmektedir (Öztürk, 2020a). Çocuk yetiştirme stilleri, tarihsel süreçte , ebeveynlerin çocuklarını hangi oranda ve nasıl travmaya maruz bıraktıklarıyla şekillenmektedir (deMause, 1974; 1982; Öztürk, 2016). Travma edici çocuk yetiştirme stilleriyle büyümüş bireylerin bu travmaları işlemede başarılı olamamaları ve travmaların yükünü çocuklarına yansıtarak çözme girişimleri, psikotarihin çocukluk çalışmalarının temel görüşünü oluşturmaktadır (deMause, 1997; 1998a). Psikotarihsel çocuk yetiştirme stilleri sırasıyla, çocuk öldüren evre (infanticidal mode), terk eden evre (abandoning mode), tutarsız evre (ambivalent mode), müdahaleci evre (intrusive mode), sosyalleştirici evre (socializing mode) ve yardım edici evre (helping mode) şeklinde altı farklı evreden oluşmaktadır (deMause, 1974; 1982; 1994). Bu evrelere yol gösterici mod (Guiding Mode) adında yedinci bir evre de Öztürk (2020) tarafından eklenmiştir.

2.5.3.1. Çocuk Öldüren Evre

Bu evre erken infantisidal ve geç infantisidal şeklinde iki farklı süreçte ele alınmaktadır. Bu evredeki çocuk yetiştirme stili kabile hayatı dönemlerine ailttir. Erken çocuk öldürme evresinde, ebeveynlerin şizoid bir yapıya sahiptir ve çocuk bu evrede kötü olarak nitelendirilmektedir (Öztürk, 2020a). Kötü olarak konumlandırılan çocuk, cezalara maruz bırakılmakta, öldürülmekte ve hayvan türü alter ruhlara kurban edilmektedir. Tarihsel kayıtlar kız bebeklerin erkek bebeklere oranla yaklaşık 4 kat daha fazla öldürüldüğünü ortaya çıkarmıştır (deMause, 1997). İkinci süreç olarak geç çocuk öldürme evresinde ise, ebeveynler narsistik yapılarda konumlanmaktadırlar. Çocuklarını tüketip terk etme eylemi içerisinde olan

bu ebeveynler, insan türü alter tanrılar adına çocuklarını kurban etmektedirler. Bu evrenin temel özelliği ebeveynlerin çocuklarını öldürmeye yönelik arzularının varlığıdır. Öldürme eylemi ise bazen doğrudan bazen de çocuğun ölüme terk edilmesi şeklinde gerçekleştirilmektedir. Çocukların öldürülmesine ek olarak, ensest, vücut mutilasyonu, çocuk tecavüzü ve işkence bu dönemde yaygın olarak görülmektedir (deMause, 1999; Öztürk, 2016; 2020b).

2.5.3.2. Terk Eden Evre

Terk eden evre ebeveynlerinin mazohistik yapıda olduğu ifade edilmektedir (deMause, 1982). Hristiyanlığın başlangıç dönemindeki topluluklara ait olan bir çocuk yetiştirme stilidir. Bu evrede ebevenlerde empati düzeyinde yetersiz düzeyde artış olmakla beraber çocuk öldürme eyleminden uzaklaşılıp onları yaralama ve fiziksel zarar verme davranışlarına dönülmüştür (Öztürk, 2020a). Günahkâr olarak doğduğuna inanılan çocuğun cezalandırılması ve acı çektirilmesinin önemli ve eğitsel bir gereklilik olduğuna inanılmaktadır. Bu evrede hala yüksek oranlarda görülmeye devam eden bebek öldürme geleneği, bebeğin bir ruhunun var olduğu düşüncesi ve inancıyla duygusal açıdan kişilere zor gelmeye başlamıştır fakat çocukların günahkâr ve kötü varlıklar olarak dünyaya geldikleri yönündeki hâkim inanç, çocuğun gerçek kendiliğinin kurban edilmesinin gerekli olduğu iddasının canlı kalmasına yol açmıştır (Restif de La Bretonne, 1883; Türel ve ark., 2018). Bu çelişkili durumun sonucunda ise, çocuğun kurban edilme şeklinde temel değişiklikler meydana gelmiştir. Bu evrede çocuğun öldürülerek kurban edilmesi ritüelinden yavaş yavaş uzaklaşılarak farklı kurban etme yöntemleri geliştirilmiştir. Çocukların ağır işkencelere maruz kalmaları ve özellikle kız çocuklarının cinsel amaçla kullanılması çocukların yeni kurban edime formları olarak görülmüş ve bu formlar daha yaygın hale gelmiştir (deMause, 1994; Derin & Öztürk, 2018; Öztürk, 2016, 2020).

2.5.3.3. Tutarsız Evre

Tutarsız evredeki ebeveynlerin genellikle borderline kişilik örüntüsünde kümelendiği önemle belirtilmektedir. Orta çağ döneminde yaşayan bu gruptaki ebeveynler, tutarsız tutum ve davranışlar içeren çocuk yetiştirme stiline sahiptirler (Öztürk, 2020a). Bu evrede çocukların kötü bir varlık olarak doğmadığı kabul görse de çocuklar tehlikeli bir varlık olarak algılanmaya devam etmiştir. Bu evrenin anneleri çocuklara fiziksel şiddet ile birlikte duygusal şiddet yoluyla da zarar vermektedirler (deMause, 1999). Bu çocuk yetiştirme stiline maruz kalan çocukların derin boşluk ve yalnızlık duyguları ile ayrılma kaygıları ve depresyon yaşadıkları ifade edilmektedir. Bu evrede çocuğun kurban edilmesi eylemi yerini çocuğun istismarına yönelik eylemlere dönüşmüştür. Pedofiliye ilk karşı çıkış yine bu evredeki gelişmelerden bir tanesidir. Ebeveynler her ne kadar ambivalan tutum ve davranışlar sergileseler de daha önceki evrelere göre ciddi ilerleme kat etmişlerdir (deMause, 1982, 1998; Derin & Öztürk, 2018; Öztürk, 2020a). 15. ve 16. yüzyıllarda çocuk yetiştirme stillerinde gerçekleşen bu farklılaşma, psikojenik değişimler açısından dönüm noktası konumundadır. Tutarsız evredeki bu değişimle, antik dönemlerden kalma şizoid ve sınırda kişilik örgütlenmeler, yerini, çağımıza çok yabancı olmayan ve ruhsal bütünlüğü önceki evrelere kıyasla daha gelişmiş olan, bölünmüş nevrotik kişiliklere bırakmıştır. Bu kişiler, yoğun dissosiye deneyimden uzak bir şekilde zorlayıcı ama gerçek olan duyguları hissetmeye başlamışlardır. Benlik otonomisinin artmasıyla, kararsızlıkların ve baskılanmanın azalmasıyla da çocuk yetiştirme sürecindeki süreç pozitif yönde önemle bir ivmelenme ve hız kazanmıştır (deMause, 1982; Derin & Öztürk, 2020).

2.5.3.4. Müdahaleci Evre

Bu evrede ebeveynlerin kişilik örüntüleri depresif özelliklidir. Rönesans dönemine denk gelen bu stilde çocukların kurban edilmesi geleneği yerini ebeveyne zorunlu itaate

dönüşmüştür. Bu evrenin karaktersitiği olan müdahaleci stil, bir baskı unsuru olarak fiziksel istismarın yerini almıştır. 17. yüzyılda, birçok Avrupa ülkesinde *"müdahaleci"* evre uygulanmaya başlanmıştır (Öztürk, 2016). Çocuklar kötü olarak algılanmaktan daha uzak bir konumdaydı ve geçmiş evrelere göre daha az tehlikeli olarak algılanmaktadır. Müdahaleci ebeveynlik, fiziksel istismarın yarattığı psikolojik baskının yerini almıştır. Fiziksel ceza uygulamaları sürekli olmasa da kullanılmaya devam etmiş, çocukların günahlarından temizlenebilmesi için yemek vermeme ya da karanlık odaya hapsetme formlarıyla bir yöntem olarak varlığını sürdürmüştür (deMause, 1982; 1998a; 1999). İçlerinde hala canlı olan öfke duygusuyla yaşayan fakat bu duyguyla mücadele etmeye devam eden travmatik geçmişe sahip bu ebeveynler, çocuklarına deneyimledikleri geçmiş travmaların olumsuz etkilerini aktarmamak için çocuklarını hizmetkar olarak başkalarına göndermekten vazgeçerek, çocuklarına bakım ve duygusal ilgi göstermeye ve onlarla sıcak ilişkiler kurmaya başlamışlardır. Ebeveynler pozitif yönde gerçekleşen bu değişimle öfkelerini kontrol edebilmeyi öğrenmişler ve çocukları da bu sayede yuvalarında özgürce hareket etmeye, akranlarıyla sıcak ilişkiler kurmaya başlamışlardır. deMause, bu evrenin çocuk yetitşirme stillerinin tarihsel gelişimde önemli bir yere sahip olduğunu ve ebeveynlerin, çocukları ile ilgili ilk gerçek duyguları bu evrede hissetmeye başladıklarını belirtmiştir (deMause, 1999).

2.5.3.5. Sosyalleştirici Evre

Bu evredeki ebeveynlerin kişilik örüntüleri nevrotik özelliklidir ve çocuk yetiştirme stilinin en temel özelliği çocuğun manipüle edilmesidir. Bu evreyle birlikte çocukların topluma entegrasyonu başlamıştır (Derin & Öztürk, 2020). Bu dönem ebeveynler, ebeveynlik görevini suiistimal etmekte ve müdahaleci stildeki ceza davranışlarının yerine dolaylı yollarla kötü ebeveynlik uygulamalarını koymaktalardır. 19. yüzyılla beraber şiddete, cezaya, korkuya ve

cinsel istismara maruz kalan kurban rolündeki çocuktan uzaklaşılarak, bu sert ve acımasız uygulamalar yerini daha yumuşak uygulamalara bırakmıştır (deMause, 1998a). Ebeveynlerin empati becerileri bu evrede biraz daha gelişmiş olsa da hala yetersiz bulunmaktadır. Çocuk yetiştirme stili olarak sosyalleşme batı toplumlarında hala en temel stil olarak uygulanmaya devam etmektedir. Ebeveynler empati kurmaya başlamıştır (deMause, 1981, 1982, 1997; Öztürk, 2020a). Çocuklarıyla empati kurmaya başlayan ebeveynlerin çoğu, çocuklarının hem fiziksel hemde duygusal ihtiyaçlarını daha iyi karşılayabilmek amacıyla az sayıda çocuk sahibi olma yönünde düşünmeye ve karar almaya başlamıştır (deMause, 1997; 1998b). Bu evrede özgürlük duygularını ve deneyimlerini yaşamaya başlayan çocuğa tam olarak bireyselleşme imkanı verilmemektedir. Çocuklar genellikle ebeveynlerinin kurallarına uyum sağladıklarında veya onların beklentilerine uygun davranışlarla cevap verdiklerinde ebeveynleri tarafından onaylanıp sevilmektedirler (deMause, 1997). Davis (1976), bu dönemdeki ebeveynlik stilinin özellikle Batı Avrupa ve Amerika'da birçok ülkede kullanılmaya başlandığını bildirmiştir.

2.5.3.6. Yardım Edici Evre

Bu evrede ebeveynler artık bireyleşmişlerdir ve çocukları da bireyleşme odaklı yetiştirmektedirler. Empati düzeyi oldukça gelişmiş olan ebeveynler, bu beceri sayesinde çocuklarını sevebilmekte ve onlara güvenebilmektedir (Öztürk, 2020a). Bu evrede çocukların gerçek kendiliği asla kurban edilmez (deMause, 1999). Ebeveynlerin rolü çocuklarının yanında kalarak, onların hedeflerine giderken karşılaşacağı zorlu süreçlerde destek olmaya çalışmaktır (Öztürk, 2016). Çocukların özgür ve güçlü bireyler olabilmesi için ebeveynler bir destek kaynağı pozisyonunda konumlanmışlardır. Kendi travmatik deneyimlerinin olumsuz etkilerinden arındırdıkları çocuk yetiştirme stilleri ile çocuklarını büyütmeye çalışan ebeveynler, bir yandan da çocukların öz kimliklerinin sağlıklı bir şekilde oluşması için

evlatlarını dışarıdan gelebilecek muhtemel travmalardan koruyabilmek için birtakım önlemler ve örseleyici yaşantılardan korunma stratejileri geliştirmeye çalışmaktadırlar (deMause, 1982; Derin & Öztürk, 2020). Bu stilde büyüyen çocukların koşulsuz sevgiyi tatmaları ve şiddetten uzak büyümeleri, çocukların empati kurabilme ve hatalı davranışlarda bulunduklarında özür dileyebilme becerilerinin geliştirmektedir. Ayrıca bu stil çocukların savaş karşıtı olarak yetişmelerini de desteklemektedir (deMause, 1997; Öztürk, 2016).

2.5.3.7. Yol Gösterici Evre

Bu ebeveynlik stilinde, bilgi ve deneyim kuşaklararası pozitif bir geçiş göstermektedir. Ayrıca çocuk yetiştirme stillerinde genel olarak işlevsel bir şekilde içgüdü ve sezgilerin hâkim olması beklenmektedir (Öztürk, 2020a). Ebeveynler tarafından çocukların soyut dönemine kadar "*sezgi*" odaklı "*Doğal Ebeveynlik Stili*"nin, soyut döneminden sonra ise "*yol gösterici*" odaklı "*Rehber Ebeveynlik Stili*"nin kullanılmasının gerekliliğinin altını çizilmektedir (Öztürk, 2021a). Yol gösterici evredeki empati odaklı çocuk yetiştirme stillerini ebeveynlerinde bilgelik hâkimdir. Dünyaya karşı duyarlı ve oldukça insancıl olan bu ebeveynler, sevgi ve saygı duygularını çocuklarına içtenlikle iletirler ve çocuklarını koruyup onlara güvenebilirler. Ebeveynler, duygu ve mantık boyutlarını iyi bir şekilde harmanlayarak çocuklarına iletirler. Yine ebeveynlerin ya da bakım verenlerin sezgi becerileri gelişmiş düzeydedir, bu beceri sayesinde çocuklarının gereksinimlerini daha hızlı kavrayabilmektelerdir (Öztürk, 2020a). Bu stilin en temel göstergesi ebeveynlerin çocuklarının yolculuğuna müdahaleci olmadan rehberlik etmeleridir. Bu nedenle çocuk kurban rolüne sokulmaz, çocukla empatik ve karşılıklılığın yoğun ve optimal bir düzeyde yaşandığı bir kişilerarası ilişki kurulur. Dolayısıyla çocuklar da optimal empati becerisini kazanabilmekte ve bu optimal empati becerileri sayesinde şiddet ve savaşa karşı bir tutum geliştirebilmektelerdir (Öztürk, 2018a; 2021a).

2.5.3.8. Doğal ve Rehber Ebeveynlik Stili

Bu ebeveynlik stili, travmatik durum yaşanmadan veya ortaya çıkmadan önce sezgiler ve güçlü tahmin yeteneğiyle ebeveynlerin hem eyleme geçmeleri ve krize etkin müdahalede bulunabilmeleri hem de anlık ve uzun dönemli önlem almalarıyla karakterizedir (Öztürk, 2020a). Doğal ve rehber ebeveynlik stilinde çocuk ve ebeveynler, dissosiye bir karşıtlık ekseninde değil bir bütünün entegre parçaları olarak algılanmak ve kabul edilmek zorundadır. Bu ebeveynlik stiline göre çocuk; gelişimini o zaman diliminde henüz tamamlamamış olan bir yetişkindir ve çocuğun bireysel haklarına bir yetişkinin hakları kadar saygı göstermek şarttır (Öztürk, 2021a). Doğal ve rehber ebeveynlik stilinde ebeveynler, çocuğun farklı gelişim dönemlerinde karşılaşabileceği olumsuz deneyimlere yönelik uzmanlık gerektirmeyen ilk krize müdahale tekniklerini bilinçli, doğru şekilde ve hızla uygulayarak çocuklarını korumak zorundadırlar (Öztürk, 2022d). Ayrıca bu stildeki ebeveynler, sezgisel özelliklerinin gelişmiş olması sayesinde çocuklarının karşılaşabileceği riskleri ve travmatik durumları öngörüp, bu risklere karşı önleyici tedbirler alabilmektedirler (Özdemir, 2012; Öztürk, 2018a).

Bu ebeveynlik stilinde ebeveynler, çocukları korumanın ötesine geçerek çocukları için iyi bir rehber olabilmek adına kendilerini geliştirmeyi sürdürürler hatta yetişkin olmuş çocuklarına yaşlı bir ebeveyn olarak bilgelikleriyle gerektiğinde rehberlik etmeye devam ederler (Öztürk, 2021a). Öztürk ebeveynlerin, çocukların soyut düşünebilme becerisini kazandığı gelişim dönemine kadar "*doğal ebeveynliği*", soyut düşünebilme becerisi kazandıktan sonra ise "*rehber ebeveynliği*" kullanılmasının çocuğun pozitif ruhsal gelişimi için oldukça önemli olduğunu ifade etmektedir (Öztürk, 2018a). Ebeveynleri tarafından empatik ve gelişim odaklı çocuk yetiştirme stilleri aktarılan çocuklar, kendileri birer yetişkin ve ebeveyn olduklarında, tıpkı ebeveynleri gibi kendi çocuklarına empatik ve gelişim odaklı çocuk

yetiştirme stillerini uygulayacaktır (Öztürk, 2022d). Bu sayede, gelecek nesillerin ruhsal açıdan daha entegre bir yapıya sahip, şiddete karşı mücadele edebilen ve gelişimi hedefleyen bireyler olabilmeleri sağlanmış olacaktır. Öztürk, bu toplumsal seviyeye ulaşabilmek adına, doğal ve rehber ebeveynliğin daha yaygın kullanılan bir çocuk yetiştirme stili olmasının, bunun için de hem ebeveynlerin hem de çocukların kapsamlı, sistemli ve bütüncül yapıda oluşturulmuş bir eğitim sürecinden geçmesinin önemini vurgulamaktadır (Derin & Öztürk, 2020; Öztürk, 2018a)

2.6. Psikopatoloji

Ruhsal hastalıkları araştıran ve anlamaya çalışan psikoloji biliminin bir alt alanı olan psikopatoloji, psikolojik kökenli hastalıkların oluşumunu, seyrini, özelliklerini ve belirtilerini incelemektedir. Psikopatoloji kısaca normal gidişattan anormal bir sapma olarak da tanımlanabilmektedir (Budak, 2005). Psikoloji bilimi psikopatoloji genel olarak biyopsikososyal model üzerinden açıklamaktadır. Bu modelde insan canlısı, "*normal ve anormal tüm davranışlarıyla*" biyolojik, psikolojik ve sosyal bir varlık olarak görülmektedir (Blaney ve ark., 2015; Öztürk & Uluşahin, 2023). Bu model, genetik alt yapı, ruhsal yapı ve sosyal çevrenin etkileşimine vurgu yapmaktadır. Psikopatolojiyi açıklamaya çalışan çokça kuram bulunmakla beraber en çok kabul gören ekoller biyolojik, davranışsal, psikanalitik, bilişsel ve kültürlerarası şeklinde sıralanabilir (Weiss, 2000; Tuzcuoğlu, 1995; Özdel, 2015). Bu ekollerin psikopatoloji açıklamalarından özet olarak bahsedilecektir.

Biyolojik kuram, insan davranışlarındaki normalden sapmaları fizyoloji araştırmaları aracılığıyla açıklamaya çalışmaktadır. Bu kuram davranışların biyolojik ve fizyolojik kökenlerine odaklandığı için fizyolojik psikoloji veya biyolojik psikoloji olarak da kavramsallaşmıştır (Carlson, 2011). Bu yaklaşım psikopatolojiyi genetik alt yapı, hormonal sistem ve sinir sistemi üzerinden açıklamaya çalışmaktadır (Yarar, 2021). Beyin hasarlarının,

genetik özelliklerin ya da hormanal düzensizliklerin psikiyatrik hastalıklara zemin hazırladığını, genetik taramalar, manyetik rezonans görüntüleme (MRI), pozitron emisyon tomografi (PET) taramaları ve endokrin sistem üzerinde yapılan incelemeler ile açıklamaya çalışmaktadır (Smith ve ark., 2014). Nörobiyolojik perspektif ise, psikopatolojinin oluşumunu beyin yapısı içerisindeki sinaptik bağların durumu ile açıklamaktadır. Beyin yapısı içerisinde yoğun kullanılan sinaptik bağlantıların güçlendiği, pasif olanların ise ölerek kaybolduğunu ileri süren bu bakış açısı, insanın hayat deneyimlerinden elde ettiği bilgilerin beyin kimyasını etkileyerek değiştirdiği ve bunun neticesinde psikopatolojik oluşumların meydana geldiğini kapsamlı bir şekilde ifade etmektedir (Weiss, 2000).

Sigmund Freud tarafından geliştirilen psikanalitik kuram davranışçı kuramın aksine gözlenen insan davranışların değil gözlenemeyen zihinsel süreçleri içe bakış yöntemiyle anlamaya çalışmıştır. Freud, "*bilinç*", "*ön bilinç*" ve "*bilinçdışı*" kavramlarını topografik kuram ile "*id*", "*ego*" ve "*süperego*" kavramlarını ise yapısal kuram ile açıklamaya çalışmıştır (Fonagy, 2000; Freud, 1923). Arzuların temsili ve yaşam enerjisinin kaynağı olarak tanımlanan id (altben), haz ilkesi prensibi ile hazza ulaşmaya çabalamaktadır. Süperego (üstben) ise, bireyin topluma uyum sağlaması görevini üstlenmekte ve bunun için tüm normları devreye sokabilmektedir. İd ve süperego olarak kavramsallaştırılan bu ruhsal yapılar fonksiyonları sebebiyle sürekli çatışma halindedirler. Bu çatışmanın çözüme kavuşturucusu ise ego (ben) olarak adlandırılan yapıdır (Smith ve ark., 2012). Gerçeklik ilkesine bağlı olarak çalışan ego hem içsel hem de dışsal uyaranları algılayarak hem biyolojik hem de psikolojik sistemi denge pozisyonuna getirmeye çabalamaktadır (Usal & Kuşluvan, 2000). Freud tarafından geliştirilen bir psikoloji kuramı olan psikanalize göre psikopatolojinin oluşumu, çözülmemiş ruhsal çatışmaların egoyu zayıflatması ve bu çatışmaların bilinçdışında bastırılması neticesinde ruhsal yapının tam anlamıyla bir açmaza girmesi şeklinde gerçekleşmektedir (Tuzcuoğlu, 1995).

Bilişsel ekol, uyaran ve uyarana verilen tepki denkleminde bilişsel süreçlerin belirleyici olduğunu ileri sürmektedir. Aynı davranışı sergileyerek aynı sonuca ulaşan iki farklı insanın bu deneyimi kendi bilişsel süreçleri kapsamında algılamaları sebebiyle deneyime yönelik bakışlarının farklılaşabileceği belirtilmektedir (Özdel, 2015). Bu noktada bilişsel kuram psikopatolojinin dış dünyadan kaynaklı olmadığını belirterek, kişinin dış dünyada deneyimlediği durumları kendi bilişsel süreçleri aracılığıyla yani işlenmesiyle/algılamasıyla ilgili olduğunu iddia etmektedir (Smith ve ark., 2014). Seligman'ın (1972), tanımladığı öğrenilmiş çaresizlik kavramı bilişsel ekolün psikopatolojiyi açıklamasına örnek olarak gösterilebilir. Öğrenilmiş çaresizlik açısından depresyon, kişinin başarısız olduğu eski deneyimlerinin yeni deneyimlere karşı umutsuzluk ve çaresizlik gibi olumsuz duygulara sebep olması ve bunun da bireyin ruhsal dünyasında hareketsizliğe yol açması şeklinde açıklanabilir. Davranışçı kuram, insan davranışlarının nasıl öğrenildiğini ve nasıl kalıcı hale geldiğini araştırırken yalnızca gözlenebilen ve ölçülebilen davranışları incelemektedir. Bu kurama göre psikopatoloji, insan yaşamının ilk evrelerinde gerçekleşen öğrenmelerin etken olduğunu savunmaktadır. Davranışçı kuramın savunucularından ve öncülerinden olan Watson, özellikle çocuğun gelişim sürecinde karşılaştığı ebeveyn tutumlarının ve davranışlarının bireyin olası psikopatolojilerinin de belirleyicisi olduğunu ileri sürmektedir (Özdel, 2015).

Kültürlerarası bakış açısı ise, insanların çok farklı ve kendisine has özellikleri olan kültürel yapılar içerisinde büyüdükleri ve yaşamlarını sürdürdükleri görüşünden yola çıkarak, insanların düşünce yapılarının, tutumlarının ve davranış örüntülerinin sosyal ve kültürel çevrenin etkisiyle şekillenebildiğini ileri sürmektedir. Kültürel dinamiklerin sosyal ve psikolojik mekanizmaları etkilemesi dolayısıyla sosyal ve psikolojik sonuçları da etkilemesi anlamına gelmektedir. Kültürel farklılıklar, sosyal yüklemeler, sosyal temsiller ve ideolojilerle ilişkili özellikler bireyin ve toplumun psikopatolojik yapısını şekillendirmede önemli bir etkiye

sahiptir (Smith ve ark., 2014). Yaşanılan kültürün bireyci özellikler taşıması veya toplulukçu bir yapıya sahip olması bir çocuğun ebeveynleri tarafından büyütülme şeklini değiştirebilmektedir (Putnick ve ark., 2012). Bireyselliğin hakim olduğu toplumlarda otoriter ebeveyn tutumu reddedici olarak algılanabilirken, aynı tutum toplulukçu kültürler için ise daha çok kabul edici olarak algılanabilmektedir (Rudy & Grusec, 2001). Dolayısıyla yaşanılan ve benimsenen kültürün normatif yapısı, çocukların ebeveynlerinin davranışlarını nasıl anlamlandırdıklarını ve bu davranışların çocukların gelişimini ne derecede ve hangi yönde olumsuz etkilediğini belirlemektedir (Soenens & Beyers, 2012).

2.6.1. Anksiyete

Anksiyete, kalp çarpıntısı, göğüsün sıkışması, terleme, baş dönmesi ve baş ağrısı gibi fizyolojik durumlarla beraber korku ve endişe duygularının hissedilmesi durumu olarak tanımlanmaktadır (Özakkaş, 2014). Gergin olma, yerinde duramayıp hareket etme ihtiyacı en sık görülen anksiyete semptomlarıdır. Aktüel hayatta belirgin bir tehdit yokken bu olumsuz duyumların, duyguların şiddetli ve sık yaşanması büyük oranda anksiyete bozukluğunu işaret etmektedir (Öztürk & Uluşahin, 2023). Bu patolojiyi yaşayan kişiler, kaygılandıkları ya da korktukları şeyin, zihinsel bir kuruntu olduğunun farkında olmalarına rağmen kendilerini rahatsız ve kötü hissetmekten alıkoyamazlar (Dağ, 1999). Kaygı bozuklukları olarak da bilinen anksiyete bozukluklarının en çok görülen türleri panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğudur. Bu tanılara ek olarak, agorafobi, özgül fobi, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, tıbbi durumla ilişkili anksiyete bozukluğu ve madde kullanımı kaynaklı anksiyete bozukluğu şeklindedir (Türkçapar, 2004). Anksiyetenin etiyolojisinde; davranışçı kurama göre öğrenme deneyimleri, psikodinamik kurama göre intrapsişik çatışmalar, bilişsel kurama göre ise bilişsel modeldeki algılama ve

yorumlama sorunları bulunmaktadır (Starcevic, 2006) Nörobiyolojik açıdan anksiyetenin bellek ve duygudurum değişikliklerinden sorumlu nöroanatomik bölge olarak bilinen limbik sistemle ilişkili olduğu savunulmaktadır. Limbik sistemde bulunan amigdala korku duygusu ve anksiyete duygularının kaynağı olarak bilinmektedir (Davis ve ark., 1994).

2.6.2. Depresyon

Bir psikopatoloji olarak depresyonun incelenmesinin çok eski dönemlere kadar uzandığı bilinmektedir. Bir duygudurum bozukluğu olan depresyon, milattan sonra ikinci yüzyılda Bergama'da bir hekim olarak yaşamış olan Gallen tarafından, hüzünlü ve kederli olma durumu anlamına gelen melankoli kavramıyla ifade edilmiştir. Gallen'den sonra İbn-i Sina melankoliyi ele almış ve biyolojik oluşumunu anlamaya çalışmıştır. 16. Yüzyılda Robert Burton "*Melankolinin Anatomisi*" kitabıyla depresyonun bugünkü kullanımına en yakın tanımlamasını yapmış ve 20. Yüzyılda Kraepelin, melankoliyi depresyonun bir semptomu olarak konumlandırarak, depresyonu zihinsel ve fiziksel işleyişte yavaşlama, duygudurumda çökkünlük olarak tanımlamıştır (Kafes, 2021; Yetkin & Özgen, 2007). Günümüzde, uzun bir süre boyunca kişinin hayata dair isteksizlik düşünceleriyle boğuşması, hayattan zevk alamaması, özgüvensiz ve umutsuz hissetmesi ile karakterize olan depresyon en yaygın görülen ruhsal bozukluklar arasında yer almaktadır. Depresyon bozukluğu erkeklere kıyasla kadınlarda çok daha fazla ve çok daha yaygın görülmektedir (Ünal ve ark., 2013).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşinci baskısında (DSM-5) depresif bozukluklar bir ana başlık olarak ele alınmış ve bozukluğun farklı formları bu başlık altında listelenmiştir. DSM-5'te yıkıcı duygudurum düzensizliği, major depresif bozukluk, persistan depresif bozukluk, premenstrual disforik bozukluk, madde/ilaç ilişkili depresif bozukluk, tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk ve ayırt edilememiş depresif bozukluk bu

bozukluğun görülen alt formları olarak tanımlanmıştır. Aktüel hayatta depresyon olarak adlandırılan, istek ve ilgi azalması, çökkün duygudurum, uyku ve iştahta azalma veya artma, psikomotor yavaşlama, suçluluk, konsantrasyon güçlüğü, enerji azalması ve intihar eğilimi semptomlarının görüldüğü majör depresyon ayrı bir başlıkta ele alınmıştır (APA, 2013). Depresyon bozuklukları birçok psikolojik ve fizyolojik hastalıkla çoğu kez birlikte görülmektedir. Depresyonla birlikte görülen en sık psikopatoloji anksiyete olarak bilinmektedir. Depresyon tanısı alan hastaların %75'inde aynı zamanda anksiyete ile ilişkili bir eş tanının daha olduğu tespit edilmiştir ki anksiyete haricinde de depresyonun çok sayıda eş tanı aldığı bilinmektedir. Obsesif kompulsif bozukluk, alkol-madde bağımlılığı, travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozuklukları ve şizofreni gibi psikopatolojiler de sıklıkla depresyon bozukluğuyla birlikte görülebilen diğer ruhsal hastalıklardır (Türkçapar, 2004).

2.6.3. Olumsuz Benlik

Benlik; bireyin fiziksel ve kişilik özelliklerine, becerilerine, değerlerine, düşüncelerini ve duygularına yönelik kendi algısını ifade ederken, kişinin kendisiyle ilişkili tüm bu unsurlara ilişkin biçtiği değeri az, eksik ve yetersiz olarak görmesi, kişinin olumsuz benlik algısı sahip olduğu anlamına gelmektedir (Gander & Gardiner, 2010; Kuzgun, 2022). Literatürde benlik kavramına ilişkin ilk çalışmalar William James tarafından ortaya koyulmuştur. James, bireyin *"kendisinin ne olduğu"* sorusuna verdiği cevabın kişinin benlik algısını gösterdiğini belirtmektedir (Özen & Gülaçtı, 2010). Bireyin bulunduğu sosyal çevrenin, aile ve arkadaş gibi birey için önemli kişilerin beklentileri, düşünceleri, fikir ve görüşleri kişinin benlik yapılanmasında önemli etkenlerdendir (Baymur, 1994). Benliğin oluşumu süreğen bir doğrultuda ilerlemektedir yani benlik oluşumu hayat boyunca devam eden bir süreçtir. Bu nedenle bireyin hayatı boyunca deneyimlediği olaylar, benliğe etki etme gücü barındırır. Tam

da bu noktada, travmatik deneyimlerin kişinin hayatına uzun dönemli etkisinin olması, travmatik deneyimin bireyin benlik algısını değiştirmesiyle açıklanabilir (Altunay & Öz, 2006). Benlik saygısı yüksek olan yani olumlu benlik algısına sahip bireylerin, bir birey olarak kendilerine önem ve değer verebildikleri, gerektiği zaman kendisini takdir edip onaylayabildiği, bir karar alırken ya da bir yol ilerletirken kendilerine güvendikleri ve tüm bunlarla birlikte çevresindeki insanlarla pozitif ilişkiler geliştirebildikleri belirtilmektedir. Olumsuz benlik yapılanmasına sahip bireylerin ise, karar almaktan çekindikleri, hedef koymaktan geri durdukları, yargılanmamak adına düşüncelerini ifade etmedikleri ve reddedilmekten korktukları öncül bir önemle ifade edilmektedir (Öz, 2010). Ayrıca olumsuz benlik algısına sahip olan bireylerde depresyon, kaygı bozukluğu ve kendine zarar verme gibi birçok farklı ruhsal hastalık görülmektedir. Olumsuz benlik algısıyla birlikte farklı psikopatolojilerin görülmesine ek olarak saldırganlık, öfke, dürtü kontrolsüzlüğü ve suça yönelme gibi antisosyal davranışlar da görülebilmektedir (Donnellan ve ark., 2005; Orth ve ark., 2008).

2.6.4. Somatizasyon

Somatizasyon kavramı, ilk kez 1900'lü yılların başlarında, Avusturyalı bir psikanalist olan Wilhelm Steckel tarafından, "*organ konuşması*" anlamında kullanılmıştır. Somatizasyon bireyin herhangi bir biyolojik sebebi olmaksızın vücudunda beliren ve tıbbi olarak tespit edilebilen bedensel yakınmalarla eşlenik ruhsal sorunları bulunması durumu olarak açıklanan psikolojik bir fenomendir (Eker, 1999). De Gucht ve Fischler (2002), somatizasyonun iki görüş üzerinden ele alındığını ifade etmiştir. İlk görüş somatizasyonu, ruhsal problemlerin ve duygusal açmazların bedensel dışavurumu olduğunu savunurken ikinci görüş ise, psişik determinizmi reddederek somatizasyonun sadece somatik belirtilerden ibaret olduğunu savunmaktadır. Somatizasyon psikopatolojisinin genellikle ergenlikte veya erken yetişkinlik döneminde görülmeye başlandığı

bilinmektedir. Daha çok kadınlarda görülen somatizasyon, çocuklarda ve yetişkin erkeklerde de görülebilmektedir (Goodyer & Mitchell, 1989). Somatizasyon, başta depresyon ve anksiyete bozukluğu olmak üzere birçok psikiyatrik hastalıkla birlikte görülebilmekte; yani eş tanı almaktadır. Psikosomatik bozuklukların oluşum nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte bu psikopatolojinin oluşumunda stresli çocukluk dönemi, genetik alt yapı ve öğrenilmiş davranışların bir arada bulunduğu bildirilmektedir (Sansone ve ark., 2000).

2.6.5. Hostilite

Hostilite, öfke ve düşmanlık duyguları altında bireyin yakınlarına, çevresindeki diğer kişilere ya da nesnelere karşı, yıkıcı ve zarar verici boyutta saldırgan davranışlar ve tutumlar sergilemesi anlamına gelen bir kavramdır (Vural & Başar, 2006). Hostilite, bireyin kendisi, diğerleri ya da genel anlamda insan doğası hakkında da olumsuz düşüncelere, yargılara ve inançlara sahip olmakla karakterize bir patolojidir (Barefoot, 1992). Bireyin negatif inanç sistemi, bireyin öfke odaklı biri olarak hayatını sürdürmesine ve bunun neticesinde de hem diğer kişilerin hem de kendisinin zarar görmesine yol açmaktadır (Smith, 1992). Bu nedenle hostilite kavramı, klinik psikoloji, psikotravmatoloji ve psikiyatrinin önemle çalıştığı fenomenlerden biridir (Spielberger ve ark., 1985). Hostilite kapsamında öfke duygusu yoğun bir şekilde hissedilmesinden dolayı önemli bir rol almaktadır fakat öfke ile hostiliteyi semantik açıdan tam anlamıyla karşılayan bir kavram değildir. Öfke yaşayan bir birey, hafif düzeyde sinirlenme ile şiddetli derecede sinirlenme arasındaki duygulanım doğrultusunda davranışlar sergilerken bu davranışları tamamen hem kendisine hem de çevresine zarar verme maksadıyla gerçekleştirmez. Hostilitede ise davranışlar düşmanca ve saldırganca bir forma sahiptir ve amaç bu davranışlarla hedefteki kişiye zarar vermektir (Varol & Başar, 2006).

2.7. Travma Sonrası Büyüme

2.7.1. Travma Sonrası Büyüme Fenomeni

Travma sonrası büyüme fenomeni, Kuzey Karolina Üniversitesi'nde göre yapan klinik psikolog Richard Tedeschi ve Lawrence Calhoun'un 1995 ve 1998 yıllarında yaptıkları bilimsel çalışmaların sonucunda ortaya koydukları bir kavramdır. Kağan ve arkadaşları (2012) tarafından travma sonrası büyüme şeklinde ifade edilen bu kavram, travma sonrası gelişim şeklinde de kullanılmaktadır. Kavramının operasyonel tanımı, travmatik, yıkıcı veya zorluk derecesi yüksek yaşam olaylarıyla verilen mücadelenin neticesinde bireyde gelişen pozitif ruhsal değişimler olarak tanımlanmaktadır. Travma sonrası büyüme fenomeninin temelinde, bireyin benliği, geleceği, deneyimleri ve dünyaya ilişkin inançları konularında yapılandırmacı bakış açısına sahip olması söz konusudur (Tedeschi ve ark., 2018). Travma sonrası büyüme, *"seni öldürmeyen şey güçlendirir"* bakış açısıyla benzer doğrultudadır. Travmatik deneyim bu bakış açısıyla gelişim için bir güç kaynağı ve fırsat olarak algılanır (Jayawickreme ve ark., 2021). Başka bir ifade ile, stresli olaylar sonrası sorunlar yaşansa da deneyimlenen kayıp adeta bir sıçrama tahtası olarak kullanılabilmektedir (Tedeschi ve ark., 1998).

İnsanlar, travmatik deneyimlerin etkisiyle yaşadıkları zorlukların yanında kendileri hakkında yeni değerler de keşfederler, bu keşfedilen yeni şeyler kişinin değişim ve dönüşümünün başlangıcını oluşturur. Travma sonrası büyümede kişinin örseleyici yaşantıyı bir kaynak olarak görüp hayatını pozitif yönde ilerletmesi söz konusudur. Birey travmatik deneyimden sonra önce iyileşerek eski potansiyeline kavuşur daha sonra iyileşmenin de ötesine geçerek gelişim sürecine geçiş yapararak gelişmiş işlevselliğe kavuşur (Akhtar, 2017). Bu kavramın pozitif etkisinin göstergelerine rağmen bazı deneysel araştırmalar, travmatik deneyimlerin psikolojik iyi oluşu sağladığı yönündeki görüşün aksini iddia etmektedir

(Jayawickreme & Blackie, 2014; Mangelsdorf ve ark., 2019). Bazı araştırmalar, algılanan değişim ile gerçek değişim arasında çok zayıf ilişkiler bulmuştur (Boals ve ark., 2019; Owenz & Fowers, 2019). Bireylerin travma sonrası büyümeye yönelik algıladıkları değişimin gerçek değişimi yansıtıp yansıtmadığının ayrımına net olarak varmak mümkün değildir. Çünkü kişiler travmatik yaşantıdan önceki durumlarını yanlış şekilde hatırlayabilirler, kültürel anlatılardan etkileniyor olabilirler ya da travma sonrası büyümenin gerçekleşmemesine rağmen kendilerini gelişmiş olarak algılayabilirler (Davis ve ark., 2021; Tennen & Affleck, 2009).

Travmatik olayların üstesinden gelmek, her insan için kolay bir şekilde gerçekleşmez. Bu deneyimler çoğu kez, bireyin hayatında kalıcı izler bırakabilmektedir (Tedeschi & Calhoun, 1995). Travmanın yıkıcı etkisinin travma mağdurlarında birçok zorluk oluşturduğu, başta travma sonrası stres bozukluğu ve dissosiyatif bozukluklar gibi birçok farklı psikopatolojiye yol açtığı bilinmektedir (Öztürk, 2020a). Travmatik deneyimden sonra bazı insanlar travma sonrası stres yaşayabilirlar, ancak bazı insanlar ise tam aksi bir şekilde acı deneyimden sonra eskiye göre daha gelişmiş hissedebilirler. Bu doğrultuda travmatik deneyim, travmadan sağ kurtulan kişi için bir dönüm noktası olabilmektedir. Hayatta kalmak için verilen mücadele, travmatik olayın öncesinde sahip olunan duruma geri kavuşmaktan çok daha kapsamlı bir gelişim deneyimine olanak sağlamaktadır (Tedeschi & Calhoun, 2004). Dönüm noktası olarak nitelendirilen bu durum travmatik yaşantıya maruz kalan bireylerin, kendileri, yakınları veya dünya ile ilişkili farklı düşüncelere sahip olmasına kaynak olabilmektedir (Farber, 2017).

2.7.2. Benlik Algısında Değişim

Travma sonrası büyüme olarak ifade edilen ruhsal gelişim boyutlarından ilki benlik algısında değişim olarak kavramsallaştırılmıştır. Benlik algısında gerçekleşen değişim, kişinin travma sonrasında kendisine olan güven ve kendisini yeterli hissetme duygularında artış ile

karakterizedir (Calhoun & Tedeschi, 2009). Hayatın içinde kötü deneyimlerin de bulunduğunu yaşantılayarak öğrenen bireylerin, hayatlarının ilerleyen dönemlerinde karşılaşabilecekleri zorlu, örseleyici ve dissosiye edici durumlar karşısında daha güçlü ve dayanıklı durabilmeleri, kişisel güçlülük olarak da ifade edilen benlik algısında değişim ile ilgilidir (Tedeschi ve ark., 1998). Bireyin yaşadığı zorlu deneyimden kurtulabilmesi, tüm olumsuzluklara rağmen güçlü olduğu yönlerini keşfetmesine olanak sağlamaktadır (Calhoun ve ark., 2010; Linley & Joseph, 2004). Travmatik deneyimin yaşanmasından sonra ortaya çıkan değişimler, kişiye travmatik olaya değil olumlu değişimin kaynağına odaklanması gerektiğini gösterir (Tedeschi, 1999). İnsanların kendilerine yönelik görüşleri, eleştirileri ve yargıları travmayla nasıl baş edebileceklerini etkilemektedir. Benlik algısında gerçekleşen gelişim, bireyin kendisini travmanın bir kurbanı ya da mağduru olarak değil örseleyici yaşantı karşısında hayatta ve güçlü kalan birisi olarak algılamasıyla gerçekleşmektedir. Travmatik deneyim sonrasında hayatta kalma, travmatik deneyim yaşamış insanların özel bir güce ve yeterliğe sahip bireyler olduklarını ifade etmektedir (Tedeschi, 1999; Tedeschi ve ark., 1998).

2.7.3. Başkalarıyla İlişkilerde Değişim

Travmalar, krizler ve kayıplar gibi zorlayıcı yaşam deneyimleri, bireyin hayatındaki kişilerle olumsuz ilişkiler ve iletişim şekilleri geliştirmesine sebep olabilmektedir. Başkalarıyla ilişkilerde değişim ise bu durumun tam aksi bir şekilde, kişinin ilişki içerisinde olduğu aile üyeleri, yakınları ve diğer kişilerle eskiye kıyasla daha sıcak, empatik, yakın ve anlayışlı iletişim kurması anlamına gelmektedir (Calhoun & Tedeschi, 2009). Bu yeni gelişen sıcak ve yakın ilişki, genellikle kişinin ailesi ve samimi arkadaşları gibi önem verdiği bireylerle olan ilişkiler üzerinde gerçekleşmektedir. Travma sonrasında kişi, bu kişilerle geçirdiği zamana daha fazla değer vererek onlara karşı olumlu, destekleyici ve empati yönelimli duygularını daha

rahatça, daha yoğun ve daha nitelikli bir şekilde aktarabilmektedir (Tedeschi, 1999). Travma deneyimi yaşayan bireyin diğerleriyle kurduğu yeni iletişim şekli, onlarla olan ilişkisini pozitif yöne doğru dönüştürmesini sağlamaktadır. Bu noktada özellikle ailelerin, kişinin travma sonrası büyüme göstermesinde önemli bir işlevi bulunmaktadır (Patterson, 2002). Bu gelişim boyutunda kişinin beceri kazandığı en önemli şeylerden birisi, kişinin kimlere güvenli bir şekilde yaklaşabileceğini daha iyi belirleyebilmesidir. Fakat travmatik durumun oluşumunda güvenilir bir kişinin rol oynaması, kişinin bu gelişim boyutunda daha karmaşık bir süreç yaşamasına sebep olabilmektedir (Holman & Silver, 1996; Tedeschi ve ark., 1998).

2.7.4. Yaşam Felsefesinde Değişim

Travmatik deneyimler, bireylerin yaşam felsefesi üzerinde dönüştürücü bir etkiye sahiptir ve onları hayatın anlamını, önemini ve varoluşsal konuları yeniden değerlendirmeye itmektedir. Tedeschi ve arkadaşları (1998) tarafından belirtildiği gibi bu süreçte, bireyler genellikle hayatın kırılganlığını ve kendi içsel güçlerinin farkına vararak daha derin varoluşsal sorular sormaya başlamaktadır. Ölümcül hastalıklarla mücadele veya yakın birinin kaybı gibi travmatik olaylar, kişilerin hayatın kısalığına ve anın değerine odaklanmalarına sebep olmakta ve bu da onların önceliklerinde ve değer yargılarında belirgin bir değişiklik yaratmaktadır (Calhoun & Tedeschi, 2009; Tedeschi ve ark., 1998). Ayrıca, travmatik deneyimler, bireylerin daha esnek olmalarını, zorluklar karşısında direnç göstermelerini ve hayatın zorluklarına karşı daha hazırlıklı olmalarını sağlamaktadır. Sonuç olarak, travma sonrası büyüme, bireylerin yaşam felsefesinde önemli değişikliklere yol açmaktadır. Tedeschi ve Calhoun'un (2004) belirttiği gibi, travmatik deneyimler aynı zamanda kişisel anlam yaratma ve bireysel yetkinlik duygusunu artırma potansiyeline sahiptir, bu da bir travma sonrası büyüme yaşantısı olarak bireylerin yaşam yolculuğunda daha bilinçli ve amaç odaklı ilerlemelerini sağlamaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma, kapsayıcı ve tamamlayıcı bilgiler elde etmek amacıyla hem nicel hem de nitel yöntemin bir arada kullanıldığı karma araştırma yöntemi olarak tasarlanmıştır. Karma araştırma yöntemi, verilerin hem nicel hem de nitel yöntemler ile elde edilmesine olanak sağlamaktadır. Ayrıca hem nicel hem de nitel yöntemlerin kendine özgü avantajlarından yararlanarak sonuca ulaşılmasını hedefleyen bir yaklaşım türüdür (Creswell, 2020). Karma araştırma deseninin türü zamanlama, öncelik ve birleştirme gibi faktörler açısından nitel ve nicel öğelerin ilişkisine göre şekillenmekte ve belirlenmektedir (Creswell, 2020; Creswell & Plano Clark, 2018). Bu çalışmada, önce nicel yöntemler daha sonra ise nitel yöntemler kullanılmıştır. Nicel yöntemler aracılığıyla elde edilen verilerin nitel yöntemler ile elde edilen veriler ışığında açıklanarak ilerlendiği "*Açıklayıcı Sıralı Nicel Nitel*" karma deseni doktora tez çalışmamızda esas alınmıştır ve çalışmamız bu desen doğrultusunda yapılandırılmıştır (Creswell, 2020). Yıldırım ve Şimşek (2013) araştırma yaparken gerçeği bütüncül ve zengin bir çerçevede anlayabilmek için nitel ve nicel boyutların ayrı ayrı incelenmesinin ve bu boyutlardan elde edilen bilgilerin bir araya getirilerek ya da bütünleştirilerek değerlendirilmesinin gerekliliğinden bahsetmektedirler. Karma araştırma yönteminde iki yöntemin bir araya gelmesi sayesinde, hem nitel yöntemden hem de nicel yöntemden elde edilen verilerin eksikliklerinin veya zayıflıklarının giderilebilmesine olanak sağlanmış olur (Creswell, 2014). Bu avantajlar ile beraber olarak çalışma grubunun durumu da düşünüldüğünde, söz konusu çalışma adına karma araştırma yönteminin en uygun seçenek olduğuna karar verilmiştir.

Araştırmanın nicel kısmı, genel tarama modellerinin bir türü olan "*ilişkisel tarama modeli*" ne göre yapılandırılmıştır. Bu model, bir evren içinden seçilen bir örneklem grubu

üzerinde yapılan çalışmalar yoluyla, iki ya da daha çok değişken arasındaki değişimlerin birlikteliğini ve bu birlikteliğin derecesini belirlemektedir (Creswell, 2014; Karasar, 2015). Başka bir ifade ile değişkenlerin bir arada değişip değişmediği ve herhangi bir değişim var ise bu değişimin derecesi ve yönünün belirlenmesi, ilişkisel tarama modelindeki temel süreçlerdir (Büyüköztürk ve ark., 2023). Araştırmanın nitel kısmında ise, katılımcılarla yapılan yarı yapılandırılmış görüşmeler ile elde edilen ses kayıtlarına ait deşifrelerin, MAXQDA nitel analiz programı aracılığıyla, içerik analizi yöntemiyle detaylı bir şekilde incelenmesi ve elde edilen verilerin ilişkilerle açıklanması süreci işlemektedir. Doktora tez çalışmamızda kullanılan içerik analizi yönteminde temel olarak, araştırma sürecinde toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmak amaçlanmaktadır. Verileri kapsamlı bir şekilde açıklayabilmek için gerçekleştirilen içerik analizi çalışmaları, birbirine benzeyen verileri belirli kavramlar ve temalar çerçevesinde bir araya getirmek ve bunları okuyucunun anlayabileceği bir biçimde organize edilerek yorumlanmasını sağlamaktadır (Yıldırım & Şimşek, 2013).

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul'da bir devlet ilkokulunda okula devam eden 5-11 yaş grubundaki dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı çocukların anneleri ve babaları ile aynı yaş grubunda herhangi bir fiziksel ya da psikiyatrik hastalığı bulunmayan çocukların anneleri ve babaları oluşturmaktadır. Araştırma örneklemi, İstanbul Anadolu yakasında ikamet eden, 5-11 yaş aralığında bir devlet ilkokuluna devam eden çocuğa sahip olan, boşanmamış ve eşiyle birlikte yaşıyor olan kişilerden oluşmaktadır. Çalışma örneklemi dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuğu olan ebeveynler ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan çocukların ebeveynleri şeklinde iki grup olarak ele alınmıştır. Örneklemin ilk grubunu (tanılı grubun ebeveynleri), İstanbul Anadolu Yakasında bulunan 10 farklı devlet ilkokulunda

öğrenimine devam eden ve DEHB tanısının bulunması nedeniyle okul rehberlik servisi tarafından takip edilen 5-11 yaş aralığındaki 60 farklı çocuğun, 60 annesi ve 60 babası olmak üzere 120 ebeveyni oluşturmaktadır. Örneklemin ikinci grubunu ise (tanısız grubun ebeveynleri), aynı ilkokullarda öğrenim gören, herhangi bir tıbbi tanısı olmayan 5-11 yaş aralığındaki 60 farklı çocuğun, 60 annesi ve 60 babası olmak üzere 120 ebeveyn oluşturmaktadır. Çalışmanın minimum örneklem genişliğini belirlemek için G-Power 3.1. güç analizi paket programı kullanılmıştır. Güç analizi için, *"a priori: Compute required sample size-given a, power, and effect size"* analiz tipi seçilmiştir. Input kısmında testin gücü .80 ve etki gücü 0,5 olarak yazıldıktan sonra her iki grup için araştırmada yer alması gereken katılımcı sayısı 64 (32 tanılı ve 32 tanısız) olarak bulunmuştur. Çalışmamızda analize dahil ettiğimiz en küçük çalışma grubu 120 kişiden oluşmaktadır (Örn. 60 Tanılı gruptan anne ile 60 tanısız gruptan annenin karşılaştırılması). Literatürde, dikkat eksikliği ve hiperkaktivite bozukluğu tanılı ve tanısız örneklem grupları üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde, çalışmamızın örneklem genişliğinin yeterli düzeyde olduğu görülmüştür (Kaçamak, 2016; Okumuş, 2017).

Çalışmanın örneklem seçimine karar verirken DEHB tanılı çocuklar ile çocukların annelerini ve babalarını belirlemedeki sınırlılıklar göz önüne alınmış ve nihayetinde amaçlı örnekleme yönteminin çalışmanın yapısına en uygun yöntem olduğuna karar verilmiştir. Amaçlı örnekleme, çalışmanın amacına bağlı olarak bilgi açısından zengin durumların seçilerek derinlemesine araştırma yapılmasına olanak tanımaktadır. Belli ölçütleri karşılayan veya ortaklaşan özelliklere sahip olan bir veya daha fazla özel durumda çalışılmak istenildiğinde bu örneklem türü tercih edilmektedir (Büyüköztürk ve ark., 2023). Amaçlı örneklem yöntemlerinden olan ölçüt örneklem aynı ölçütü karşılayan durumları incelemeye imkân tanımaktadır (Miles & Huberman, 2016). Çalışmamızda tanılı çocukların ebeveynlerinin dahil edildiği grup oluşturulurken, çocukların DEHB tanısı haricinde mevcut eş tanılarının (fiziksel

hastalıklar, genetik hastalıklar, zihinsel gerilik, otizm spektrum bozukluğu, öğrenme güçlüğü vb.) olup olmadığı kontrol edilmiş, eş tanıları olan çocukların ebeveynleri örnekleme dahil edilmemiş ve nihayetinde yalnızca DEHB tanısı olan çocukların ebeveynleri örneklem grubuna dâhil edilmiştir. Örnekleme dahil etme ölçütlerinden bir diğer de ebeveynlerin birlikte yaşıyor olmasıdır. Bu ölçüt doğrultusunda boşanmış ebeveynler de çalışmanın örneklem grubuna dâhil edilmemişlerdir. Tanısız çocukların ebeveynlerinden oluşan grup belirlenirken, DEHB tanılı çocuklar ile aynı okullara giden, herhangi bir tıbbi veya psikiyatrik tanısı olmayan çocukların ebeveynleri örnekleme dahil edilmiştir. Örneklem ölçütlerini sağlamayan, veri toplama araçlarını eksik dolduran ve çalışmayı yarıda bırakan katılımcılar araştırmaya dahil edilmemiştir. Belirlenen dahil etme ölçütlerini sağlayan DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinden ve tanısız çocukların ebeveynlerinden oluşan toplam 240 kişilik katılımcı grubunun tamamı ise çalışmanın nicel boyutuna katılmıştır. Nicel boyuta dâhil olan ebeveynlere, görüşme formu ve ölçeklerden oluşan veri toplama araçları doğrudan araştırmacı tarafından basılı şekilde verilerek katılımcıların doldurmaları istenmiştir.

Çalışmanın nitel kısmı iki farklı görüşme grubuna ayrılarak detaylı bir şekilde planlanmıştır. İlk grup olan tanılı gruptan 15 ebeveyn çifti ve ikinci grup olan tanısız gruptan 15 ebeveyn çifti çalışmaya dâhil edilmiştir. Nicel çalışmaya katılan ebeveynlerden nitel çalışmaya katılmaya gönüllü olan 38 tanılı grup ebeveyn çifti arasından 15 ebeveyn çifti numaralandırılarak rastlantısal olarak belirlenmiştir. Nitel çalışmanın tanısız grubunu oluşturan 15 ebeveyn çifti ise, çalışmanın nitel boyutuna katılmaya gönüllü olan tanısız gruptaki 46 ebeveyn çifti arasından tanılı gruba benzer şekilde raslantısal olarak belirlenmiştir. Böylelikle araştırmanın nicel boyutuna katılım sağlamış olan 240 ebeveynden 60'ı nitel boyuta da dahil olmuş ve bu ebeveynler bireysel olarak yarı yapılandırılmış görüşmelere katılmışlardır. Tanılı

grupta her biri çift olan on beş anne ve on beş babayla, tanısız gruptan denk olacak şekilde on beş anne ve on beş babayla toplam altmış görüşme yapılmıştır.

Çocuklarla ilgili yapılan çalışmaların çok büyük bir kısmının örnekleminin yalnızca annelerden oluştuğu görülmüştür (Moog ve ark., 2023; Terry ve ark., 2021). Fakat bu çalışmada, çocuk yetiştirme sürecinde ailenin tüm dinamiklerinin etkisinin olabileceği göz önünde bulundurularak, yalnızca anneler değil, babalar da örnekleme dâhil edilmişlerdir. Anneler ve babalar eşit sayıda araştırmaya katılım sağlamışlardır. Bu sebeple çalışmamızda DEHB tanılı olan ve olmayan tüm çocukların her birinin hem annesinin hem de babasının katılımı şart koşulmuş, boşanmış çiftler ya da tek ebeveynin katıldığı veriler örnekleme dâhil edilmemiştir. Çalışma grubunun ilkokula devam eden çocukların ebeveynlerinden seçilmesinin amacı ise, ilkokul döneminde çocukların fiziksel, bilişsel, sosyal ve duygusal gelişimlerinin yoğun bir şekilde devam etmesinden dolayı, bu dönemde ortaya çıkabilecek psikolojik sorunlara erken müdahale etme şansının olmasıdır. Ayrıca bu dönem çocukları hala ebeveynlerine bağlı oldukları için çocuklara yönelik yapılabilecek koruyucu ve iyileştirici psikolojik yardım çalışmalarında ebeveynler başrol oynamaktadır. Bu nedenle çalışmamızın örneklemi, ilkokul döneminde çocuğu olan annelerden ve babalardan oluşturulmuştur. Çalışmamızın veri toplama süreci 2022 Mayıs-2023 Eylül tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Verilerin Toplanması

Milli Eğitim Bakanlığına bağlı resmi okullar ile Rehberlik Araştırma Merkezlerinde araştırma yapabilmek ve veri toplayabilmek için ilgili makamlardan kurum izninin alınması gerekmektedir. Bu sebeple İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne araştırma izninin alınması amacı ile başvuru yapılarak 12.11.2021 tarihli E-59090411-44-36827053 sayılı belge ile veri toplama izni alınmış, 20.12.2021 tarihli, E-35592990-050.01.04-847169 sayılı belge ile Milli

Savunma Üniversitesi'nden etik kurul onayı alınmış ve veri toplama sürecine başlanmıştır. Daha sonraki süreçte DEHB tanılı öğrencilerin olduğu okullar, Rehberlik Araştırma Merkezleri (RAM) uzmanları ve yöneticileriyle yapılan ön görüşmeler sonucunda belirlenmiş ve araştırmacı tarafından bu okulların yöneticileri ile psikolojik danışmanlarına ziyaretler düzenlemiştir. Yapılan bu ziyaretler sonucunda DEHB tanılı çocukların ebeveynlerine ulaşılmış, ebeveynlere çalışmanın detayları anlatılmış ve gönüllü olan ebeveynler çalışmaya davet edilmiştir. Benzer işlemler tanısız grup ebeveynler için de yapılmıştır. Çalışmaya davet edilen kişiler araştırma hakkında bilgilendirilmiştir. Sonrasında ise bilgilendirilmiş onam formlarını onaylayan kişiler katılımcı gruplarına dâhil edilmişlerdir.

Araştırmanın nicel boyutunda örneklemin tamamı olan 240 ebeveynden, Demografik ve Psikotravmatoloji Temelli Görüşme Formu, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri, Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Yenilenmiş Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği- Yenilenmiş Kısa Formu isimli veri toplama araçlarıyla nicel veriler elde edilmiştir. Araştırmanın nitel boyutunda, DEHB tanılı çocuğu olan ebeveyn grubundan (tanılı grup) 15 anne ve 15 baba ile psikiyatrik tanısı bulunmayan çocuklu ebeveyn grubundan (tanısız grup) 15 anne ve 15 baba, yarı yapılandırılmış görüşme formunun kullanıldığı uygulamalara katılım sağlamıştır; sonuç olarak toplam 60 ebeveyn ile görüşmeler yapılmıştır. Hem nicel veri toplama sürecinde hem de nitel görüşme sürecinde ebeveynler ile yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilerek veriler toplanmıştır. Araştırmacı tarafından tüm katılımcılara veri toplama araçlarının tanıtımı yapılmıştır. Online form uygulamalarında ve katılımcının tek başına yaptığı uygulamalarda, soruların yanıtsız bırakılması, anlaşılmayan ya da yanlış anlaşılan madde sorunlarıyla sık sık karşılaşılması sebebiyle doğrudan yüz yüze uygulamalar tercih edilmiştir. Nicel veri toplama süresi, bir katılımcı için ortalama 45 ile 60 dakika arasında

bir süre almıştır. Nitel boyutta, görüşmeye katılmaya gönüllü olan ebeveynler ile ortalama 40-45 dakika süren görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmelere ebeveynler tek tek alınmış, bu sayede ebeveynlerin birbirlerinin görüşlerine ve paylaşımlarına müdahale etme ihtimalinin önüne geçilmiş, her ebeveyne güvenilir bir görüşme ortamı sağlanmıştır. Bu noktada yarı yapılandırılmış görüşme tekniğinin sunmuş olduğu esneklik bir avantaja dönüşmüştür.

3.4. Araştırmanın Nicel Boyutunda Kullanılan Veri Toplama Araçları

Bu başlık altında çalışmada kullanılmış olan nicel ölçme araçlarının tanıtımı yapılmıştır. Kullanılan tüm ölçme araçları için, kullanım izninin alınması maksadıyla ölçme araçlarının geliştiricisi ya da uyarlayıcısı olan araştırmacılara ulaşılıp gerekli izinler alınmıştır.

3.4.1. Demografik ve Psikotravmatoloji Temelli Görüşme Formu

Araştırmacı ve danışmanı tarafından katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, çocukluk çağı travmatik yaşantıları, şiddet deneyimleri, çocuk yetiştirme stilleri, tıbbi ve psikiyatrik hastalık geçmişi, psikolojik destek alma durumları, eş ile ebeveynlik ilişkileri, zararlı madde kullanım durumları, üst kuşak ebeveynlerinin özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulan bu form içerisinde yaş, eğitim durumu, meslek, medeni durum, hastalık öyküsü, aile öyküsü, şiddet-travma öyküsü gibi değişkenlere ilişkin yapılandırılmış toplam 69 soru yer almaktadır. Bu form, katılımcının kendisiyle, ebeveynleriyle, eşiyle ve çocuğuyla ilgili sorular olmak üzere 4 temel başlık altında sınıflandırılarak oluşturulmuştur.

3.4.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ)

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) 20 yaş öncesi istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak değerlendirmede yararlı olan (Bernstein ve ark., 1994),

geçerliği ve güvenilirliği gösterilmiş, bireyin bilgi vermesine dayalı, nicel bir ölçme aracıdır. Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek 5'li likert tipi bir ölçektir. Şar ve arkadaşları (2012) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçek 28 sorudan ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt boyutlar; fiziksel istismarı, duygusal istismarı, cinsel istismarı, fiziksel ihmali ve duygusal ihmali ölçmektedir. Maddelerden elde edilen puanları yüksekliği, çocukluk çağı travmalarının yaşantı sıklığını belirtmektedir. Ölçekteki 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddelerle duygusal istismar, 9, 11, 12, 15, 17 fiziksel istismar, 1, 4, 6, 2, 26 numaralı maddelerle fiziksel ihmal, 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddelerle duygusal ihmal ve 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerle cinsel istismar, 10, 16, 22 numaralı maddelerle travmanın inkâr ölçümü değerlendirilmiştir. CTQ puanlaması yapılmadan önce olumlu ifadeler olan 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28 soru maddelerinin puanları ters çevrilmektedir. Alt puan toplamı 5-25 arasında olurken toplam puan 25-125 arasında elde edilmektedir (Şar ve ark., 2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nin uyarlama çalışmasında Cronbach Alpha katsayısı 0.93, Gutman Yarım Test katsayısı .97 ve test tekrar katsayısı ise .90 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı fiziksel istismar alt ölçeği için .72, duygusal istismar alt ölçeği için .82, cinsel istismar alt ölçeği için .61, fiziksel ihmal alt ölçeği için .65, duygusal ihmal alt ölçeği için .81 ve CTQ için ise .84 olarak hesaplanmıştır.

3.4.3. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)

Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, klinik ve normal örneklemlerde dissosiyasyonun ölçülebilmesi amacıyla Bernstein ve Putnam (1986) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin her bir maddesi 10'ar puan aralıklarla, 0'dan 100'e kadar puanlanmaktadır ve ölçek toplam 28 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanların soru sayısına bölünmesi, ölçeğin ortalama puan sonucunu vermektedir. Alınan Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ortalama

puanlarının 25 veya 30 puanın üzerinde olması katılımcılarda patolojik düzeyde dissosiyatif yaşantıların varlığına işaret etmektedir (Aydemir & Köroğlu, 2009; Öztürk, 2020). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Yargıç ve ark. (1995) yapılmıştır. İlk çalışmada ölçeğin iç tutarlılığı adına Cronbach Alpha değeri=.0.97, Gutman yarım test r=0.95 ve test tekrar test korelasyonu r=0.77 (Şar, Kundakçı, Kızıltan, Bakim & Bozkurt, 2001); ikinci çalışmada ölçeğin iç tutarlılığının (Cronbach Alpha=0.97), Gutman yarım test r=0.95 ve test tekrar test korelasyonu r=0.77 olduğu tespit edilmiştir (Aydemir & Köroğlu, 2009). Bu çalışmada ise, ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı .85 olarak bulunmuştur.

3.4.4. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Kısa Semptom Envanteri, Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş, Türkçe uyarlanması geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmıştır. Çeşitli tıbbi durumlarda psikiyatrik sorunları yakalamak amacıyla hazırlanmış 53 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite şeklinde 5 faktörlü yapıya sahip, 5'li likert tipinde olan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek maddeleri hiç (0), çok az (1), orta derecede (2), oldukça fazla (3) ve ileri derecede (4) olmak üzere derecelendirilmiştir. Envanterin yetişkin örneklemdeki iç tutarlılık katsayıları .75 ile .87 arasında bulunmuştur. Envanterden alınan yüksek puanlar bireylerdeki psikiyatrik semptomların sıklığına işaret etmektedir. Kısa Semptom Envanteri'nin yetişkin örneklemdeki iç tutarlılık katsayıları .75 ile .87 arasında değişmekte; ölçekten alınan yüksek puanlar bireylerdeki psikiyatrik semptomların sıklığına işaret etmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça psikiyatrik semptomların sıklığı da aynı oranda artış göstermektedir (Şahin & Durak, 1994). Bu çalışmada ölçeğin anksiyete alt ölçeği için Cronbach Alpha katsayısı .84, depresyon alt ölçeği

için .90, olumsuz benlik alt ölçeği için .84, somatizasyon alt ölçeği için .80, Hostilite alt ölçeği için .79 ve Kısa Semptom Envanteri için ise .95 olarak hesaplanmıştır.

3.4.5. Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE)

Travma Sonrası Büyüme Envanteri Tedeschi ve Calhoun (1996) geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinal hali 21 maddeden oluşmakta ve 0 (bu değişikliği yaşamadım) ve 5 (bu değişikliği çok büyük oranda yaşadım) arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 0-105 arasındadır. Bu ölçekten alınan yüksek puan travmatik yaşantı sonrasında kişinin yüksek düzeyde travma sonrası büyüme gösterdiğine işaret etmektedir. Travma Sonrası Büyüme Envanteri, "*benlik algısında değişim*", "*yaşam felsefesinde değişim*" ve "*başkaları ile ilişkilerde değişim*" olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır (Tedeschi & Calhoun, 1996). Ölçeğin farklı Türkçe formları bulunmaktadır. Kılıç tarafından Türkçeye çevrilen ilk ölçekte orijinali 6'lı likert tipi değerlendirme yerine 5'li likert tipi kullanılmış ve seçenekler orijinalinden farklı değerlendirilmiştir (Kılıç, 2005). Ölçeğin başka bir Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kağan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Kağan ve ark., 2012). Bu çalışmada 6'lı likert tipi ölçek kullanılmıştır. Alt ölçekleri de benlik algısında değişim (5-10-11-12-13-15-16-17-18 ve 19. Madde), yaşam felsefesinde değişim (1-2-3-4-7 ve 14. Madde) ve başkalarıyla ilişkilerde değişim (6-8-9-20 ve 21. Madde) olarak orijinalinden farklı olarak 3 bölümden oluşmaktadır (Kağan ve ark., 2012). Travma Sonrası Büyüme Envanteri'nin adaptasyon çalışmasında iç tutarlılık katsayısı .92 olarak hesaplanmıştır (Kağan ve ark., 2012). Bu çalışmada, Travma Sonrası Büyüme Envanteri'nin Cronbach Alpha katsayısı benlik algısında değişim alt ölçeği için .91, yaşam felsefesinde değişim alt ölçeği için .82, başkalarıyla ilişkilerde değişim alt ölçeği için .82 ve TSBE toplam puanı için .94 olarak bulunmuştur.

3.4.6. Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri (YEEE)

Bavolek ve Keene (2001) tarafından geliştirilen "*Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri*" Yaman ve Yüksel (2019) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Envanter, 5'li likert tipi bir ölçme aracı olup 40 sorudan oluşmaktadır. Envanter, ebeveynlik tutumlarını ölçen; "*çocuklardan beklentiler, çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati, disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı, ebeveyn-çocuk rol sorumlulukları ve çocukların güç ve bağımsızlığı*" olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Envanterden elde edilen sonuçlar, "düşük/orta/yüksek" düzeyde istismar ve ihmal edici ebeveyn tutumlarını ve çocuk yetiştirme stillerini ortaya koymaktadır. Envanterden alınan yüksek puanlar olumlu ebeveyn tutumlarını ifade ederken, düşük puanlar istismar içeren riskli davranışlarla ilişkilendirilmektedir. Ölçeğin adaptasyon çalışmasında alt ölçeklerin Croanbach alfa değerlerinin .71 ile .78 arasında değiştiği görülmektedir (Yaman & Yüksel, 2019). Bu çalışmada ise Croanbach alfa değerleri çocuklardan beklentiler alt ölçeği için .80, çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt ölçeği için .77, disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı alt ölçeği için .77, ebeveyn-çocuk rol ve sorumluluk alt ölçeği için .60 ve çocukların güç ve bağımsızlığı alt ölçeği için .62 olarak hesaplanmıştır.

3.4.7. Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formu (CADÖ-YK)

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna yönelik semptomları değerlendirmek için Conners (1997) tarafından geliştirilen Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa (CADÖ-YK) dört alt boyuttan ve toplamda 27 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Kaner ve arkadaşları (2013) tarafından yapılmıştır. Alt ölçekler; karşı gelme, bilişsel problemler-dikkatsizlik, hiperaktivite ve DEHB indeksi olarak adlandırılmıştır. "*Çok doğru (pek çok kez, sık sık)"* ile *"Hiç doğru değil (hiçbir zaman, nadiren)"* arasında değişen dörtlü

likert tipi derecelendirmenin kullanıldığı ölçekte yüksek puan çocuğun alt boyutta tanımlanan problemleri ne kadar yoğun gösterdiğini belirler. Karşı gelme, bilişsel problemler-dikkatsizlik ve hiperaktivite alt boyutlarından alınabilecek puanlar 0-18 arasında değişirken, DEHB genel indeksi alt boyutunda 0-36 arasında değişmektedir. Karşı gelme alt boyutu yetişkinlerle tartışma, kurallara uymayı reddetme, başkalarını kasıtlı olarak kızdırma, alınganlık, kızgınlık gösterme gibi davranışları içerirken, bilişsel problemler-dikkatsizlik alt boyutu ödevlerini tamamlayamama, dikkatini toplayamama ve odaklanamamayı ifade eder. Hiperaktivite alt boyutu ise yerinde duramama, uygun olmayan yerlerde sıklıkla koşma, tırmanma, sakin bir biçimde etkinliklere katılmakta zorlanma gibi davranışları içerirken DEHB genel indeksi alt boyutu diğer alt ölçeklerde ifade edilen davranışları kapsayacak şekilde bilgi toplamayı sağlamaktadır. Ölçeğin uyarlama çalışmasında alt ölçeklere ait Cronbach alfa katsayıları .73 ile .86 arasında, Spearman-Brown iki yarı güvenirlik katsayıları .72 ile .85 arasında hesaplanmıştır. Bu çalışmada ise ölçekler için Cronbach alfa katsayıları .88 ile .94 arasında bulunmuştur.

3.5. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Araştırmanın nitel boyutunda, araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Bu görüşme formu hem DEHB tanılı çocukların ebeveynleriyle yapılan görüşmelerde hem de herhangi bir tıbbi tanısı olmayan çocukların ebeveynleri ile yapılan görüşmelerde kullanılmıştır. DEHB tanısı olan çocuğa sahip ebeveyn grubundan (tanılı grup) 15 anne ve 15 baba ile tıbbi bir tanısı olmayan çocuğu bulunan ebeveyn grubundan (tanısız grup) 15 anne ve 15 baba olmak üzere, toplam 60 ebeveyn ile görüşme yapılmıştır. Bu görüşmelerde anne ve babalardan, hamilelik süreci, çocuğun gelişim ve davranış özellikleri, çocuğun travmatik deneyimleri, aile üyelerinin ruhsal travma yaşantıları, ebeveynin kendi çocukluğu ve yetiştirilme stilleri, ebeveynin kendisinin ve diğer aile üyelerinin

psikopatolojik durumu, aile içi şiddet yaşantıları, ebeveynin aile üyeleri ile arasındaki ilişkiler ve çocuğun yetiştirme stilleri gibi konular hakkında bilgi toplanmıştır.

3.6. Veri Analizi

3.6.1. Nicel Verilerin Analizi

Çalışmanın nicel verilerinin analizinde Stasistical Package for Social Sciences (SPSS 20) programı kullanılmıştır. Katılımcılardan veri toplama araçları ile elde edilen veriler SPSS programına aktarılmıştır. Veri seti frekans dağılımlarıyla incelenmiş, eksik veya hatalı veriler ölçek formlarına bakılarak yeniden kontrol edilmiştir. Görüşme formundan elde edilen demografik özellikler ve diğer veriler için betimsel istatistik analiz çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Veri toplama araçlarından elde edilen verilerin analizinden önce kullanılan ölçme araçlarının güvenirlik analizi (cronbach alfa) test edilmiştir. Büyüköztürk (2014) güvenirlik analizlerinde cronbach alfa (α) değerinin .60 ve üzerini kabul edilebilir değer olarak tanımlamaktadır. Çalışmanın güvenirlik analizleri bu doğrultuda gerçekleştirilmiştir.

Katılımcılara ilk olarak temel demografik bilgilerle birlikte çocuğa ve aile üyelerine dair soruları içeren görüşme formuna vermiş oldukları yanıtlara ilişkin dağılımlar incelenmiştir. Bu aşamada varsayımlara göre varyans analizi veya ki-kare testi yöntemlerinden uygun olanı kullanılmıştır. Temel istatistiksel analizlere geçilmeden önce çalışmada kullanılan değişkenlere ilişkin normallik varsayımları çarpıklık ve basıklık değerlerine göre sınanmıştır. Normallik analizlerinde değişkenlerin basıklık ve çarpıklık değerlerine bakılarak normallik varsayımı test edilmiştir. Kim (2013) ve Mayers (2013) basıklık ve çarpıklık analizinde tüm örneklem büyüklükleri için sabit bir eşik değerinin geçerli olmayacağını belirtmektedirler. Örneklem mevcudunun 51 ile 100 arasında olması durumunda eşik değerin ± 2,58 ve 100'den büyük

olması durumunda ± 3,29 eşik değerinin normal dağılımı gösterdiği belirtilmiştir. Verilerimizin ± 3 sınırlarında dağılım göstermiştir. Normal dağılıma ilişkin başka bir görüş, her bir gruptaki katılımcı sayısının 30 ve üzeri olması durumunda, verilerin normal dağılıp dağılmadığına bakılmasının zorunlu olmadığını belirterek verilerin normal dağılım gösterdiğinin kabul edilebileceğini önermiştir (Gürbüz & Şahin, 2018). Çalışmadaki tüm değişkenler normal dağılım gösterdiği için tüm analizlerde parametrik testler kullanılmıştır.

Doktora tez çalışmamızdaki katılımcı gruplarını; Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), Kısa Semptom Envanteri (KSE), Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri (YEEE) ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği-Kısa Formu (CADÖ-KF) açısından karşılaştırmak amacıyla bağımsız örneklemler t-testi ve Mann-Whitney U-testi kullanılmıştır. Ebeveyn grupları arasındaki puan farklılıklarını belirlemek amacıyla bağımsız örneklemler t-testi, değişkenler arası ilişkileri belirlemek amacıyla Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Uygulanan analizlerde istatistiksel anlamlılık değerleri için $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin çocukluk çağı travmalarının, psikiyatrik belirtileri, travma sonrası büyüme düzeylerini ve çocuklarının DEHB belirtileri üzerinde yordayıcı etkisi; ebeveynlerin dissosiyatif yaşantılarının, psikiyatrik belirtileri ve çocuklarının DEHB belirtileri üzerinde yordayıcı etkisi ve ebeveynlerin ebeveynlik tutumlarının çocuklarının DEHB belirtileri üzerinde yordayıcı etkisi çoklu regresyon analizi ile test edilmiştir. Aracılık modelleri ile ilgili oluşturulan hipotezler, SPSS Process Macro v4.2 programı ile test edilmiştir. Araştırmacılar, bu metodun bootstrap tekniğini (yeniden örnekleme) kullandığı için sonuçlarının daha geçerli ve güvenilir olduğunu bildirmektedir (Gürbüz & Bayık, 2021; Hayes, 2022; Preacher & Hayes, 2008). Bu analiz sonuçlarında aracı değişkenler için tam ve kısmi aracılık kavramları kullanılmamakta, bu kavramlar yerine doğrudan etki, dolaylı etki ve toplam etki kavramları kullanılmaktadır. Etki

kavramlarının anlamlılığı ise %95 bootstrap güven aralığı ile belirlenmektedir. Bootstrap %95 güven aralığında alt ve üst sınır değerleri arasında 0 değerinin bulunmaması aracılık modelinin anlamlı olduğunu göstermektedir (Preacher & Hayes, 2008).

3.6.2. Nitel Verilerin Analizi

Bu çalışmada katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde elde edilen nitel verilerin analiz edilmesi sürecinde içerik analizi stratejisi kullanılmıştır. İçerik analizi, belirli kurallara dayalı olan kodlamalarla bir metne ait bazı sözcüklerin veya kavramların daha küçük içerik kategorileri ile özetlendiği (Büyüköztürk ve ark., 2023) ve verileri açıklayabilecek ilişkilere derinlemesine ulaşılabilen bir analiz türüdür (McMillan & Schumacher, 2010). DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinden ve tanısız çocukların ebeveynlerinden oluşan gruplarla yapılan görüşmelerden elde edilen ses kayıtlarının deşifre edilmesi sonucu elde edilen metin belgelerinin her biri "*MAXQDA2020*" isimli nitel veri analiz programına aktarılmış ve bu nitel veriler içerik analizi yöntemiyle analiz edilmiştir. Nitel analiz programı içerisinde belgeler tanılı grubun anneleri, tanılı grubun babaları, tanısız grubun anneleri ve tanısız grubun babaları şeklinde ayrı ayrı gruplandırılmıştır. Metin belgelerinin analiz edilmesi sürecinde yarı yapılandırılmış görüşme formundaki her bir soru ile ilişkili temalar, kategoriler, alt kategoriler ve kodlar üretilmiştir. Üretilen tüm kodlamalar, tema boyutundan kod boyutuna kadar iki grup arasında niteliksel açıdan karşılaştırılmıştır. Nitel verilerden üretilen temalar, "*Çocukların Zorlayıcı Özellikleri, Çocukların Olumlu Özellikleri, Zorlayıcı/Travmatik Deneyimler, Ebeveynlerin Pozitif Çocukluk Deneyimleri, Fonksiyonel Aile Özellikleri, Disfonksiyonel Aile Özellikleri, Çocuğa İlişkin Ebeveynlerin Hissettiği Olumsuz Duygular, Çocuk Büyütme Süreci ve Hamilelik Süreci*" şeklinde sıralanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamında elde edilen bulgular, çalışmayı oluştururken ileri sürdüğümüz temel hipotezler ve araştırma sorumuz doğrultusunda yapılandırılmıştır. Ayrıca araştırma kapsamında kullanılan ölçme araçlarının psikometrik özellikleri, değişkenlere ilişkin betimleyici istatistiksel analizler ve hipotezlere ilişkin analiz sonuçları sunulmuştur. Nicel ve nitel verilerden elde edilen analiz sonuçları ayrı başlıklar altında yapılandırılmıştır.

4.1. Nicel Verilerden Elde Edilen Bulgular

4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo I. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		Tanılı Grup		Tanısız Grup			Toplam	
		N	%	N	%	x^2	N	%
Ebeveyn	Anne	60	50	60	50		120	50
	Baba	60	50	60	50		120	50
Yaş ortalaması	Anne	36,21		36,76		28,427	36,49	
	Baba	39,86		40,01			39,93	
Eğitim durumu	Okuryazar	9	3.8	0	0	**34,813***	9	3,8
	İlkokul	19	7,9	11	4,6		30	12,5
	Ortaokul	26	10,8	11	4,6		37	15,5
	Lise	36	15	31	12,9		67	27,9
	Ön lisans	14	5,8	19	7,9		33	13,7
	Lisans	10	4,1	35	14,6		45	18,7
	Lisansüstü	6	2,5	13	5,4		19	7,9
Meslek	Ev Hanımı	42	17,5	31	12,9	-	73	30,4
	İşçi	36	15	19	7,9		55	22,9
	Memur	5	2	4	1,7		9	3,7
	Eğitimci	4	1,6	28	11,6		32	13,2
	Diğer Meslekler	33	13,8	42	17,5		75	31,3
Gelir durumu	Çok Düşük	7	2,9	4	1,7	**14,115***	11	4,6
	Düşük	19	7,9	8	3,4		27	11,3
	Orta	45	18,8	31	12,9		76	31,7
	İyi	26	10,8	40	16,7		66	27,5
	Çok İyi	23	9,6	37	15,4		60	25
Toplam		120	50	120	50		240	100

Not: *p<05

Tablo I'de tamamı ebeveynlerden oluşan katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Katılımcıların demografik özellikleri tanılı grup ve tanısız grup olmak üzere iki grup şeklinde tabloya yansıtılmıştır. Çalışmamızdaki katılımcıların anne ve baba sayıları eşittir. Katılımcıların yaş ortalamalarının iki ebeveyn grubu için benzer olduğu görüşmüştür [$\chi 2$=28,427; p>.05]. Tanılı grubun annelerinin yaş ortalamaları 36.21, tanısız grubun annelerinin 36.76, tanılı grubun babalarının 39.86 ve tanısız grubun babalarının ise 40.01 olarak bulunmuştur. Grupların eğitim düzeylerine bakıldığında, tanılı grubun ebeveynlerinin çoğunlukla lise mezunu (%30) olduğu, tanısız grubun ebeveynlerinin ise çoğunlukla lisans mezunu (%29,2) olduğu görülmektedir. Ki-kare analizi sonuçları, gruplar arasında eğitim düzeyi açısından istatiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir [$\chi 2$=35,268; p<.05]. Katılımcı annelerin her iki grupta da yoğun olarak ev hanımı olduğu görülürken, tanılı grubun ebeveynleri arasında işçi olarak çalışanların (%30), tanısız grubun ebeveynleri arasında ise eğitim sektöründe çalışanların (%23,3) daha yoğun olduğu görülmektedir. Katılımcıların gelir durumu incelendiğinde ise, tanılı grubun ebeveynlerinin yoğunlukla orta (%37,5) ve iyi (%21,7) gelir grubunda yer aldığı görülürken, tanısız grubun ebeveynlerinin iyi (%33,3) ve çok iyi (%30,8) gelir grubunda olduğu tespit edilmiştir. Ki-kare analizi sonuçları, gruplar arasında gelir düzeyi açısından istatiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir [$\chi 2$=14,115; p<.05].

Tablo II. Katılımcıların Tanı Durumuna İlişkin Bulgular

		Tanılı Grup		**Tanısız Grup**			**Toplam**	
		N	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**N**	**%**
Fiziksel hastalık	Yok	100	41,6	107	44,6	3,817	207	86,3
	Var	20	8,3	13	5,4		33	13,7
Psikiyatrik hastalık	Yok	111	46,2	117	48,8	3,156	228	95
	Var	9	3,7	3	1,2		12	5
DEHB tanısı	Yok	119	49,6	119	49,6	-	238	99,2
	Var	1	0,4	1	0,4		2	0,8
Toplam		120	50	120	50		240	100

Not: *p<05

Tablo II'de katılımcıların hastalık durumları incelenmiştir. Tanılı grubun ebeveynleri arasından 20 ebeveynin (%16,6) bir fizyolojik hastalığa sahip olduğu; 5 depresyon, 3 kaygı bozukluğu, 1 obsesif kompulsif bozukluk olmak üzere 9 ebeveynin ise (%7,5) psikiyatrik tanıya sahip olduğu ve yalnızca 1 ebeveynin (%0,8) DEHB tanısına sahip olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Tanısız grubun ebeveynlerinde ise 13 ebeveynin (%10,8) bir fizyolojik hastalığa sahip olduğu, 2 kaygı bozukluğu, 1 depresyon olmak üzere 3 ebeveynin (%2,5) psikiyatrik tanıya sahip olduğu ve 1 ebeveynin (%0,8) DEHB tanısına sahip olduğu görülmüştür. Ki-kare analizine sonuçları, ebeveyn grupları arasında fiziksel hastalık [$\chi 2=3,817$; $p>.05$], psikiyatrik hastalık [$\chi 2=3,156$; $p>.05$] ve DEHB tanısı [$\chi 2=,000$; $p>.05$] durumları açısından istatiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmadığını göstermiştir.

Tablo III. Ebeveynlerin Çocukluk Çağında İhmale Maruz Kalma Deneyimlerine İlişkin Bulgular

		Tanılı Grubun Ebeveynleri		**Tanısız Grubun Ebeveynleri**			**Toplam**	
		N	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**N**	**%**
Çocukluğunuzda temel ihtiyaçlarınızın (sağlık, beslenme, barınma, korunma, eğitim vb.) karşılanmasında ihmale maruz kaldınız mı?	Hiç	63	26,2	94	39,2	**35,268***	157	65,4
	Çok Az	17	7,1	21	8,2		38	15,9
	Biraz	22	9,1	3	1,3		25	10,4
	Fazla	13	5,4	0	0		13	5,4
	Çok Fazla	5	2,1	2	0,9		7	3
Çocukluğunuzda duygusal ihtiyaçlarınızın (ilgi, sevgi, şefkat vb.) karşılanmasında ihmale maruz kaldınız mı?	Hiç	49	20,4	85	35,4	**29,429***	134	55,8
	Çok Az	25	10,4	21	8,8		46	19,2
	Biraz	22	9,2	10	4,1		32	13,3
	Fazla	18	7,5	4	1,7		22	9,2
	Çok Fazla	6	2,5	0	0		11	2,5
Toplam		120	50	120	50		240	100

Not: *p<05

Tablo III'de katılımcı ebeveynlerin kendi çocukluklarındaki ihmale maruz kalma deneyimleri incelenmiştir. Tanılı grubun ebeveynlerinin 57'si (%47,5) çocukluğunda temel ihtiyaçlarının karşılanması hususunda ihmale maruz kaldıklarını bildirirken, bu ebeveynlerin 13'ü (%10,8) fazla düzeyde, 5'i ise çok fazla düzeyde ihmale maruz kaldığını bildirmiştir. Tanısız grubun ebeveynlerinin 26'sı (%21,7) çocukluklarında temel ihtiyaçlarının karşılanması hususunda ihmale maruz kaldığını bildirirken yalnızca 2'si (%1,7) çok fazla düzeyde ihmale maruz kaldığını bildirmiştir. Ki-kare analizine ait bulgular incelendiğinde; "*fiziksel ihmale maruz kalma*" durumu hakkında sorulan soruya verilen yanıtlar arasında istatiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur [$\chi 2=35,268$; $p<.05$]. Ebeveynlerin çocukluklarında duygusal ihmale maruz kalma durumları incelendiğinde, tanılı grup ebeveylerin 71'i (%59,2) duygusal ihmale maruz kaldığını bildirmiştir. Tanılı grubun ebeveynlerinin 18'i (%15) fazla düzeyde, 6'sı (%5) çok fazla düzeyde duygusal ihmale maruz kaldığını bildirmiştir. Tanısız grubun ebeveynlerinin 35'i (%29,2) duygusal ihmale maruz kaldığını bildirmiştir. Bu ebeveynlerin 4'ü (%3,3) fazla düzeyde duygusal ihmale maruz kaldığını bildirirken, tanısız grubun ebeveynlerinin hiçbiri çok fazla düzeyde duygusal ihmal maruziyeti bildirmemiştir. Ki-kare analizine ait bulgular incelendiğinde; "*çocukluk çağında duygusal ihmale maruz kalma*" durumu hakkında sorulan soruya verilen yanıtlar arasında istatiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur [$\chi 2=29,429$; $p<.05$].

Tablo IV. Ebeveynlerin Çocukluk Çağında Şiddet Görme Durumuna İlişkin Bulgular

		Tanılı Grubun Ebeveynleri		**Tanısız Grubun Ebeveynleri**			**Toplam**	
		N	**%**	**N**	**%**	**X^2**	**N**	**%**
Çocukluk Çağında Fiziksel Şiddete Maruz Kalma	Hiç	53	22,1	92	38,3	**30,098***	145	60,4
	Çok Az	37	15,4	14	5,9		51	21,3
	Biraz	23	9,6	9	3,7		32	13,3
	Fazla	4	1,6	5	2,1		9	3,7
	Çok Fazla	3	1,3	0	0		3	1,3
Çocukluk Çağında Duygusal Şiddete Maruz Kalma	Hiç	48	20	91	37,9	**37,548***	139	57,9
	Çok Az	26	10,8	17	7,5		43	18,3
	Biraz	31	12,9	6	2,1		37	15
	Fazla	11	4,6	6	2,5		17	7,1
	Çok Fazla	4	1,6	0	0		4	1,6
Çocukluk Çağında Cinsel Şiddete Maruz Kalma	Hiç	118	49,1	120	50	2,017	238	99,1
	Çok Az	2	0,9	0	0		2	0,9
	Biraz	0	0	0	0		0	0
	Fazla	0	0	0	0		0	0
	Çok Fazla	0	0	0	0		0	0
Toplam		120	50	120	50		240	100

Not: *p<05

Tablo IV'de katılımcı ebeveynlerin kendi çocukluklarında şiddet görme durumlarına ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Ki-kare analizine ait bulgular incelendiğinde; "*çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalma*" durumu hakkında sorulan soruya verilen yanıtlar arasında istatiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur [$\chi2$=30,098; p<.05]. "*Çocukluk çağında duygusal şiddete maruz kalma*" durumu hakkında sorulan soruya verilen yanıtlar arasında istatiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur [$\chi2$=37,548; p<.05]. "*Çocukluk çağında cinsel şiddete maruz kalma*" durumu hakkında sorulan soruya verilen yanıtlar arasında istatiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır [$\chi2$=2,017; p>.05]. Tanılı grubun ebeveynlerinin 67'si (%55,8) çocukluğunda fiziksel şiddet gördüğünü bildirirken, fiziksel şiddet görenlerin 4'ü (%3,3) fazla düzeyde, 3'ü (%2,5) çok fazla düzeyde fiziksel şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Tanısız grubun ebeveynlerinin ise 28'i (%23,3) çocukluğunda fiziksel şiddet gördüğünü bildirirken, fiziksel şiddet görenlerin 5'i (%4,2) fazla düzeyde fiziksel şiddete maruz

kaldığını bildirmiştir. Katılımcıların duygusal şiddet maruziyetleri incelendiğinde, tanılı grubun ebeveynlerinin 72'si (%60) çocukluğunda duygusal şiddet gördüğünü bildirirken, duygusal şiddet görenlerin 11'i (%9,2) fazla düzeyde, 4'ü (%3,3) çok fazla düzeyde duygusal şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Tanısız grubun ebeveynlerinin ise 29'u (%24,2) çocukluğunda duygusal şiddet gördüğünü bildirirken, duygusal şiddet görenlerin 6'sı (%5) fazla düzeyde duygusal şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Katılımcıların çocukluğunda cinsel şiddete maruz kalma durumları incelendiğinde, tanılı grubun ebeveynlerinin yalnızca 2'si (%1,7) çok az düzeyde cinsel şiddete maruz kaldığını bildirirken tanısız grubun ebeveynlerinin hiçbiri çocukluğunda cinsel şiddet gördüğünü bildirmemiştir.

Tablo V. Ebeveynleri Evlilik Hayatında Şiddet Görme Durumuna İlişkin Bulgular

		Tanılı Grubun Ebeveynleri		**Tanısız Grubun Ebeveynleri**			**Toplam**	
		N	**%**	**N**	**%**	**x^2**	**N**	**%**
Evlilik Hayatında Fiziksel Şiddete Maruz Kalma	Hiç	106	44,1	116	48,4	**6,020***	226	92,5
	Çok Az	10	4,1	3	4,3		13	5,4
	Biraz	4	1,7	1	0,4		4,8	2,1
	Fazla	0	0	0	0		0	0
	Çok Fazla	0	0	0	0		0	0
Evlilik Hayatında Duygusal Şiddete Maruz Kalma	Hiç	75	31,2	105	43,8	**24.020***	180	75
	Çok Az	14	5,8	8	3,4		22	9,2
	Biraz	20	8,3	3	1,3		23	9,6
	Fazla	7	2,9	4	1,7		11	4,6
	Çok Fazla	4	1,6	0	0		4	1,6
Evlilik Hayatında Cinsel Şiddete Maruz Kalma	Hiç	118	49,2	120	50	2,017	238	99,2
	Çok Az	1	0,4	0	0		1	0,4
	Biraz	1	0,4	0	0		1	0,4
	Fazla	0	0	0	0		0	0
	Çok Fazla	0	0	0	0		0	0
Toplam		120	50	120	50		240	100

Not: *p<05

Tablo V'de katılımcıların evlilik yaşamlarında eşlerinden şiddet görme durumlarına ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Ki-kare analizine ait bulgular incelendiğinde; "*evlilik hayatında fiziksel şiddete maruz kalma*" durumu [$\chi 2=6,020$; $p<.05$] ile "e*vlilik hayatında duygusal şiddete maruz kalma*" durumu [$\chi 2=24,020$; $p<.05$] hakkında sorulan soruya verilen yanıtlar arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Fakat "e*vlilik hayatında fiziksel şiddete maruz kalma*" durumu hakkında sorulan soruya verilen yanıtlar arasında istatiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır [$\chi 2=2,017$; $p>.05$]. Tanılı grubun ebeveynlerinin 14'ü (%11,7) evliliklerinde fiziksel şiddet gördüğünü bildirirken, tanısız grubun ebeveynlerinin 4'ü (%3,3) evliliklerinde eşleri tarafından fiziksel şiddet gördüklerini bildirmişlerdir. Katılımcıların evlilik yaşamlarında eşlerinden duygusal şiddet görme durumlarına bakıldığında tanılı grubun ebeveynlerinin 45'i (%37,5) evliliklerinde duygusal şiddet gördüğünü bildirirken, duygusal şiddet bildirenlerin 7'si (%5,8) fazla düzeyde, 4'ünün (%3,3) çok fazla düzeyde duygusal şiddet gördüğü bulgulanmıştır. Tanısız grubun ebeveynlerinin 15'i (%12,5) evliliklerinde eşleri tarafından duygusal şiddet gördüklerini bildirmiş, duygusal şiddet görenlerin 4'ü (%3,3) bu şiddetin fazla düzeyde olduğunu bildirmişlerdir. Katılımcıların evlilik hayatında eşleri tarafından cinsel şiddet görme durumları incelendiğinde, tanılı grubun ebeveynlerinin 2'sinin (%1,6) cinsel şiddet maruziyeti bildirdiği, tanısız grubun ebeveynlerinin evlilik hayatında cinsel şiddet maruziyeti bildirmediği görülmüştür.

Tablo VI. Ebeveynlerin Sigara, Alkol ve Madde Kullanımına İlişkin Bulgular

		Tanılı Grubun Ebeveynleri		**Tanısız Grubun Ebeveynleri**			**Toplam**	
		Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**x^2**	**N**	**%**
Sigara kullanımı (günlük)	Hiç	71	29,6	88	36,7	5,734	159	66,3
	Yarım paket	14	5,8	8	3,4		22	9,2
	Bir paket	29	12,2	21	8,6		50	20,8
	İki paket	6	2,5	3	1,2		9	3,7
Alkol kullanımı	Kullanmıyorum	97	40,4	98	40,8	2,096	195	81,2
	Her gün	1	0,4	0	0		1	0,4
	Haftada 1 gün	4	1,6	7	2,9		11	4,5
	Ayda 1 gün	18	7,5	15	6,2		33	13,7
Madde kullanımı	Kullanmıyorum	119	49,6	120	50	1,004	239	99,6
	Kullanıyorum	1	0,4	0	0		1	0,4
Toplam		120	50	120	50		240	100

Not: *p<05

Tablo VI' da katılımcıların sigara, alkol ve madde gibi bağımlılık yapıcı ürünleri kullanım durumları gösterilmektedir. Ki-kare analizine ait bulgular incelendiğinde; "*sigara kullanım*" durumu [$\chi 2=5,734$; p>.05], "a*lkol kullanım*" durumu [$\chi 2=3,942$; p>.05] ve "*madde kullanım*" durumu [$\chi 2=3,942$; p>.05] hakkında sorulan soruya verilen yanıtlar arasında istatiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. İlgili tabloda tanılı grubun ebeveynlerinin 49'unun (%40,8) sigara kullandığı, 23'ünün (%19,2) alkol kullandığı ve 1'inin (%1,7) ise madde kullandığı görülmektedir. Tanısız grubun ebeveynlerinin ise 32'sinin (%28,3) sigara kullandığı ve 22'sinin (%18,4) alkol kullandığı görülürken bu gruptaki ebeveynlerin hiçbirinin madde kullanımı bildirmediği görülmektedir.

Tablo VII. Ebeveynlerin Köken Aile Üyelerine İlişkin Bulgular

		Tanılı Grubun Ebevenleri		Tanısız Grubun Ebeveynleri			Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	x^2	N	%
Kardeş sayısı ortalaması	Annelerin	4		3,3		-		-
	Babaların	3,7		3,6				
Ebeveynlerin annelerinin eğitim düzeyi	Okula gitmemiş	48	20	41	17	7,010	89	37
	İlkokul	54	22,5	62	25,8		116	48,3
	Ortaokul	15	6,2	8	3,4		23	9,6
	Lise	2	0,8	7	2,9		9	3,7
	Ön lisans	0	0	1	0,4		1	0,4
	Lisans	1	0,4	1	0,4		2	0,8
Ebeveynlerin babalarının eğitim düzeyi	Okula gitmemiş	17	7,1	12	5	**12,628***	29	12,1
	İlkokul	66	27,5	57	23,7		123	51,2
	Ortaokul	24	10	17	7,1		41	17,1
	Lise	9	3,8	20	8,3		29	12,1
	Ön lisans	2	0,8	5	2,1		7	2,9
	Lisans	2	0,8	9	3,8		11	4,6
Ebeveynlerin annelerinin fiziksel hastalık durumu	Yok	72	30	72	30	1,007	144	60
	Var	48	20	48	20		96	40
Ebeveynlerin annelerinin psikiyatrik hastalık durumu	Yok	114	47,5	115	47,9	,095	229	95,4
	Var	6	2,5	5	2,1		11	4,6
Ebeveynlerin babalarının tıbbi hastalık durumu	Yok	84	35	75	31,2	1,509	159	66,2
	Var	36	15	45	18,8		81	33,8
Ebeveynlerin babalarının psikiyatrik hastalık durumu	Yok	115	47,9	117	48,7	,517	232	96,6
	Var	5	2,1	3	1,3		8	3,4
Ebeveynlerin Babalarının Alkol kullanımı	Kullanmıyor	102	42,5	106	44,1	2,277	208	86,6
	Her gün	4	1,6	1	0,4		5	2
	Haftada 1 gün	7	2,9	5	2,1		12	5
	Ayda 1 gün	7	2,9	8	3,3		15	6,2
Toplam		120	50	120	50		240	100

Not: *p<05

Tablo VII'de katılımcıların köken aileleri ve aile üyeleri hakkındaki bilgilere yer verilmiştir. Ki-kare analizine ait bulgular incelendiğinde; "*ebeveynlerin babalarının eğitim düzeyi*" hakkında sorulan soruya verilen yanıtlar arasında istatiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuş [$\chi 2=12,268$; $p<.05$], diğer bulgularda anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Katılımcıların kardeş sayısı ortalamalarının, fiziksel ve psikiyatrik hastalıklarının gruplar arasında benzer oranda olduğu görülmektedir. Katılımcıların hiçbiri annelerinin alkol kullandığını bildirmezken, tanılı grubun babalarının 18'inin (%14,8), tanısız grubun babalarının ise 15'inin (%12,5) alkol kullandığı görülmektedir.

Tablo VIII. Ebeveynlerin Çocuk Yetiştirme Deneyimlerine İlişkin Bulgular

		Tanılı Grubun Ebeveynleri		**Tanısız Grubun Ebeveynleri**			**Toplam**	
		Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**x^2**	**N**	**%**
Çocuk yetiştirme sürecinde ebeveynlerin kendi aralarında tutarsızlıklar yaşaması	Hiç	23	9,6	30	12,5	**15,268***	53	22,1
	Çok az	41	17,1	58	4,3		99	21,4
	Biraz	28	11,6	24	10		52	21,6
	Fazla	18	7,5	5	2		23	9,5
	Çok fazla	10	4,2	3	1,2		13	5,4
Çocuk yetiştirme sürecinde ebeveynlerin şiddete başvurması	Hiç	52	21,7	87	36,3	**25,600***	139	58
	Çok az	44	18,3	28	11,6		72	29,9
	Biraz	20	8,3	3	1,3		23	9,6
	Fazla	4	1,7	1	0,4		5	2,1
Çocuğu duygusal açıdan ihmal ettiniz mi?	Hiç	32	13,3	55	22,9	**24,636***	87	36,2
	Nadiren	48	20	52	21,6		100	41,6
	Bazen	31	12,9	12	5		43	17,9
	Sık sık	9	3,7	0	0		9	3,7
	Her zaman	0	0	1	0,4		1	0,4
Aile içi iletişim süreçlerinde kendi karakteristiğinizi istediğiniz gibi yansıtabilmek	Hiç	7	3,8	2	0,8	**25,981***	9	4,6
	Nadiren	13	5,4	7	2,9		20	8,3
	Bazen	41	17,1	17	7		58	24,1
	Sık sık	40	16,6	49	20,4		89	37
	Her zaman	19	7,9	45	18,7		64	26,6
Çocuk için mutsuz olduğunuz halde mutluymuş gibi davranmak	Hiç	14	5,9	18	7,5	4,683	32	13,4
	Nadiren	21	8,7	32	13,4		53	22,1
	Bazen	49	20,4	42	17,5		91	37,9
	Sık sık	22	9,2	15	6,2		37	15,4
	Her zaman	14	5,8	13	5,4		27	11,2
Çocuğa söylenilen bir şeyi pişmanlık duyup yapmamak ya da değiştirmek	Hiç	16	6,6	23	9,6	**29,396***	39	16,2
	Nadiren	19	7,9	44	18,3		63	26,2
	Bazen	58	24,2	49	20,4		107	44,6
	Sık sık	22	9,2	4	1,6		26	10,8
	Her zaman	5	2,1	0	0		5	2,1
Çocuğa yapma dediğiniz bir şeyi daha sonra yapması için izin vermek	Hiç	7	3	29	12	**15,849***	36	15
	Nadiren	44	18,3	41	17,1		85	35,4
	Bazen	53	22,2	44	18,3		97	40,5
	Sık sık	16	6,7	6	2,5		22	9,2
Toplam		120	50	120	50		240	100

Not: *p<05

Tablo VIII'de katılımcıların çocuk yetiştirme deneyimlerine yönelik elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Ki-kare analizine ait bulgular incelendiğinde; "ç*ocuk yetiştirme sürecinde ebeveynlerin kendi aralarında tutarsızlıklar yaşaması*" [$\chi 2$=15,268; p<.05], "*çocuk yetiştirme sürecinde ebeveynlerin şiddete başvurması*" [$\chi 2$=25,600; p<.05], "ç*ocuğu duygusal açıdan ihmal etme*" [$\chi 2$=24,636; p<.05], "*aile içi iletişim süreçlerinde kendi özelliklerini istediği gibi yansıtabilmesi*" [$\chi 2$=25,981; p<.05], "*çocuğa söylenilen bir şeyi pişmanlık duyup yapmamak ya da değiştirmek*" [$\chi 2$=29,386; p<.05] ve "*çocuğa yapma dediğiniz bir şeyi daha sonra yapması için izin vermek*" [$\chi 2$=15,849; p<.05] hakkında sorulan soruya verilen yanıtlar tanılı ve tanısız grupları arasında istatiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Tanılı grubun ebeveynlerinin 96'sının (%80), tanısız grubun ebeveynlerinin 89'unun (%74,2) eşleriyle çocuk yetiştirme noktasında tutarsızlık yaşadığı fakat tanılı grubun ebeveynlerinin tanısız gruba kıyasla daha yoğun tutarsızlıklar yaşadığı görülmektedir. Çocuk yetiştirme sürecinde ebeveynlerin şiddete başvurmasına ilişkin bulgular incelendiğinde, tanılı grubun ebeveynlerinin 67'sinin (%55,8) şiddete başvurduğu, tanısız grubun ebeveynlerinin ise 27'sinin (%22,5) şiddete başvurduğu görülmektedir. Katılımcıların çocuklarını duygusal açıdan ihmal etme durumları incelendiğinde, tanılı grubun ebeveynlerinin 86'sının (%71,7), tanısız grubun ebeveynlerinin 57'sinin (%47,5) çocuklarını duygusal açıdan ihmal ettiğini bildirdikleri görülmektedir. Katılımcıların aile içi iletişimde özgür hissederek, kendi karakteristik özelliklerini rahatlıkla yansıtabilmeleri durumunun tanısız grupta daha yoğun olduğu görülmüştür, tanılı grubun ebeveynlerinin çoğunluğunu oluşturan 41 ebeveyn (%34,2) bazen özgür davranabildiğini bildirirken, tanısız grubun ebeveynlerinin 49'u (%40,8) sıkça özgür davranabildiğini bildirmiştir. Katılımcı ebeveynlerin "*pişmanlık duygusuyla çocuklarına karşı davranışlarını değiştirme*" ve "*daha önce yapma dediği bir şeyi daha sonra yapması için izin*

verme" durumlarının tanılı grubun ebeveynlerinde daha fazla ve yoğun şekilde görüldüğü bulunmuştur.

Tablo IX. Ebeveynlerin Çocuk Yetiştirme Stillerine İlişkin Bulgular

		Tanılı Grubun Ebeveynleri		**Tanısız Grubun Ebeveynleri**		**x^2**	**Toplam**	
Tüm Örneklem		**N**	**%**	**N**	**%**		**N**	**%**
Çocuğa karşı hangi çocuk yetiştirme stili kullanılmakta	Demokratik	42	17,5	91	37,9	**42,250***	133	55,4
	Otoriter	19	7,9	11	4,6		30	12,5
	İzin verici	34	14,2	9	3,7		43	17,9
	Koruyucu	25	10,5	9	3,7		34	14,2
Anneler		**N**	**%**	**N**	**%**		**N**	**%**
Çocuğa karşı hangi çocuk yetiştirme stili kullanılmakta	Demokratik	24	10	43	17,9	**14,475***	67	27,9
	Otoriter	9	3,7	8	3,4		17	7,1
	İzin verici	14	5,8	5	2,1		19	7,9
	Koruyucu	13	5,4	4	1,7		17	7,1
Babalar		**N**	**%**	**N**	**%**		**N**	**%**
Çocuğa karşı hangi çocuk yetiştirme stili kullanılmakta	Demokratik	18	7,5	48	20	**30,955***	66	27,5
	Otoriter	10	4,2	3	1,2		15	5,4
	İzin verici	22	9,2	4	1,7		26	10,9
	Koruyucu	12	5	5	2,1		17	7,1
Toplam		120	50	120	50		240	100

Not: *p<05

Tablo IX'da katılımcı ebeveynlerin çocuklarını yetiştirme sürecinde ağırlıklı olarak hangi çocuk yetiştirme stilini kullandıklarına ilişkin veriler incelenmiştir. Ki-kare analizi sonuçları çocuk yetiştirme stilleri açısından tanılı ve tanısız grupların ebeveynleri arasında istatiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu göstermiştir [$\chi 2$=42,250; p<.05]. Tanılı grubun ebeveynlerinin 42'si (%35) demokratik, 19'u (%15,8) otoriter, 34'ü (%28,4) izin verici ve 25'i (%20,8) koruyucu, çocuk yetiştirme stilini kullandığını bildirmiştir. Tanısız grubun ebeveynlerinin ise 91'i (%75,8) demokratik, 11'i (%9,2) otoriter, 9'u (%7,5) izin verici ve 9'u (%7,5) koruyucu, çocuk yetiştirme stilini kullandığını bildirmiştir.

Tablo X. Katılımcıların Çocuklarına İlişkin Bulgular

		Tanılı Grup		Tanısız Grup			Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	X^2	N	%
Çocukların yaş ortalaması	Yaş	8,1		8,2		5,066		
Çocukların cinsiyeti	Erkek	47	39,2	42	35	2,175	82	74,2
	Kız	13	10,8	18	15		28	25,8
Çocuklarda psikiyatrik ilaç kullanımı	Evet	28	23,3	60	50	**83,621***	88	73,3
	Hayır	32	26,7	0	0		32	26,7
Çocuğun iştah durumu	Çok az	15	6,3	10	4,2	5,991	25	10,5
	Az	8	3,3	19	7,9		27	11,2
	Normal	60	25	57	23,8		117	48,8
	İyi	22	9,1	18	7,5		40	16,6
	Çok iyi	15	6,2	16	6,6		31	12,8
Çocuğu beslerken zorlama ya da ısrarcı olma	Evet	45	18,8	38	15,8	,902	83	34,6
	Hayır	75	31,2	82	34,2		157	65,4
Çocuğun uyku kalitesi	Çok kötü	11	4,6	9	3,7	7,399	20	8,3
	Kötü	34	14,1	20	8,3		54	22,5
	Normal	33	13,7	43	17,9		76	31,7
	İyi	27	11,2	24	10		51	21,3
	Çok iyi	15	6,3	24	10		39	16,2
Çocuğa bakım veren kişiler	Anne/Baba	81	33,8	78	32,5	**15,445***	159	66,3
	Dede/Nene	8	3,3	7	2,9		15	6,3
	Bakıcı	0	0	4	1,6		4	1,6
	AB+DN	27	11,2	21	8,8		48	20
	AB+Bakıcı	1	0,4	6	2,5		7	2,9
	AB+DN+Akraba	3	1,2	0	0		3	1,2
	AB+DN+Bakıcı	0	0	4	1,6		4	1,6
Toplam		120	50	120	50		240	100

Not. AB= Anne ve Baba'nın bakım vermesi, DN= Dede ve Nene'nin bakım vermesi

Tablo X'de katılımcı ebeveynlerin çocuklarına ilişkin bulgular incelenmiştir. Çocukların yaş ortalamaları tanılı grup için (8,1), tanısız grup için (8,2) olarak bulunmuştur. Tanılı grubun ebeveynlerinin çocuklarının 47'si (%77,5) erkek, 13'ü (%22,5) kız iken tanısız grubun ebeveynlerinin çocuklarının 39'u (%65) erkek, 21'i (%35) kızdır. Çocukların yaş ortalamaları, cinsiyetleri, iştah durumları, ısrarlı beslenme durumları ve uyku kalitesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çocukların psikiyatrik ilaç kullanma durumlarına bakıldığında tanılı çocukların 28'i (%46,6) ilaç tedavisi alırken, tanısız gruptaki

çocukların herhangi bir sağlık sorunu olmadığı için ilaç tedavisi almadıkları görülmektedir. Tanılı grubun ebeveynlerinin 81'i (%67,5) çocuklarına kendilerinin baktığını, 27'si (%22,5) hem kendilerinin hem de çocukların dede ve nenelerinin çocuğa birlikte baktığını ve 8'i (%6,7) ise yalnızca dede ve nenelerinin baktığını bildirmişlerdir. Tanısız grubun ebeveynlerinin 78'i (%57,5) çocuklarına kendilerinin baktığını, 27'si (%22,5) kendileriyle beraber çocuklarına dede ve nenelerinin de baktığını ve 8'i (%8,3) ise yalnızca dede ve nenelerin çocuklarına baktığını bildirmişlerdir.

4.1.2. Katılımcıların Ebeveyn Grupları Açısından CTQ, DES, KSE, YEEE, TSBE ve CADÖ-KF Puanlarındaki Farklılığa İlişkin Analiz Sonuçları

Katılımcı ebeveynlerin CTQ, DES, KSE, YEEE, TSBE ve CADÖ-KF isimli ölçme araçlarından aldıkları puanların, tanılı grubun ebeveynleri ve tanısız grubun ebeveynleri açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız örneklemler için t-testi analizi yapılmıştır. Analizlerin bir sonraki aşamasında tanılı grup anneler ile tanısız grubun annelerinin ölçeklerden aldıkları puanlar t-testi ile analiz edilmiştir. Benzer işlem tanılı grubun babaları ile tanısız grubun babalarının ölçeklerden aldıkları puanlar için de yapılmıştır.

Tablo XI. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları

CTQ		N	Ortalama	SS	T	Sd	p
Fiziksel İstismar	Tanılı	120	5,7833	2,1738	2,496	164	**,013***
	Tanısız	120	5,2417	,9614			
Cinsel İstismar	Tanılı	120	5,0667	,3831	,583	215	,560
	Tanısız	120	5,0417	,2718			
Duygusal İstismar	Tanılı	120	7,7750	3,0277	4,502	223	**,000***
	Tanısız	120	6,2000	2,3504			
Fiziksel İhmal	Tanılı	120	7,7250	2,4861	6,453	211	**,000***
	Tanısız	120	5,9417	1,7262			
Duygusal İhmal	Tanılı	120	11,7083	4,0322	5,590	230	**,000***
	Tanısız	120	9,0083	3,4262			
CTQ Toplam	Tanılı	120	38,0583	8,7690	6,596	218	**,000***
	Tanısız	120	31,4333	6,6443			

Not: CTQ= Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanı, Tanılı= Tanılı grup Ebeveynler, Tanısız=Tanısız grup Ebeveynler

Tablo XI'de tanılı ve tanısız grupların ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nden elde ettiği puanlar karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonuçları, fiziksel istismar alt ölçeği (t = 2,496, p<.05), duygusal istismar alt ölçeği (t = 4,502, p<.001), fiziksel ihmal alt ölçeği (t = 6,453, p<.001), duygusal ihmal alt ölçeği (t = 5,590, p<.001) ve ölçek toplam puanı (t = 6,596, p<.001) açısından tanılı grubun ebeveyleri ile tanısız grubun ebeveynleri arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğunu göstermektedir. Ebeveyn grupları arasında cinsel istismar alt ölçeği (t = ,583, p>.05) açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Tanılı ve tanısız grupların ebeveynlerinin alt ölçekler ve toplam puan ortalamalarına bakıldığında, tanılı grubun ebeveynlerinin fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplam puan ortalamalarının tanısız grubun ebeveynlerinden anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo XII. Tanılı ve Tanısız Grupların Annelerinin ve Babalarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları

CTQ-Anneler		**N**	**Ortalama**	**SS**	**T**	**Sd**	**p**
Fiziksel İstismar	Tanılı	60	5,8667	2,1030	2,690	65	**,008***
	Tanısız	60	5,1167	,4903			
Cinsel İstismar	Tanılı	60	5,1333	,5357	1,062	90	,290
	Tanısız	60	5,0500	,2867			
Duygusal İstismar	Tanılı	60	8,2167	3,2785	3,598	112	**,005***
	Tanısız	60	6,2667	2,6223			
Fiziksel İhmal	Tanılı	60	7,4333	2,4863	4,408	102	**,000***
	Tanısız	60	5,7333	1,6556			
Duygusal İhmal	Tanılı	60	11,6667	4,3165	3,925	113	**,000***
	Tanısız	60	8,8500	3,5021			
CTQ Toplam	Tanılı	60	38,3167	8,9546	5,107	107	**,000***
	Tanısız	60	31,0167	6,5133			
CTQ-Babalar		**N**	**Ortalama**	**SS**	**T**	**Sd**	**p**
Fiziksel İstismar	Tanılı	60	5,7000	2,2571	,998	93	,320
	Tanısız	60	5,3667	1,2617			
Cinsel İstismar	Tanılı	60	5,000	,0000	-1,000	59	,319
	Tanısız	60	5,0333	,2582			
Duygusal İstismar	Tanılı	60	7,3333	2,7101	2,729	109	**,007***
	Tanısız	60	6,1333	2,0623			
Fiziksel İhmal	Tanılı	60	8,0167	2,4735	4,742	107	**,000***
	Tanısız	60	6,1500	1,7834			
Duygusal İhmal	Tanılı	60	11,7500	3,7625	3,961	117	**,000***
	Tanısız	60	9,1167	3,3706			
CTQ Toplam	Tanılı	60	37,8000	8,6471	4,189	112	**,000***
	Tanısız	60	31,8500	6,8018			

Not: CTQ= Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanı, Tanılı= Tanılı grup Ebeveynler, Tanısız=Tanısız grup Ebeveynler

Tablo XII'de tanılı ve tanısız grupların ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nden elde ettiği puanlar anneler ve babalar olmak üzere gruplandırılarak karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonuçları, fiziksel istismar alt ölçeği (t = 2,690, p<.05), duygusal istismar alt ölçeği (t = 3,598, p<.05), fiziksel ihmal alt ölçeği (t = 4,408, p<.001), duygusal ihmal alt ölçeği (t = 3,925, p<.001) ve ölçek toplam puanı (t = 5,107, p<.001) açısından tanılı grubun anneleri ile tanısız grubun anneleri arasında anlamlı bir farklılaşmanın

olduğunu göstermektedir. Gruplar arasında cinsel istismar alt ölçeği (t = 1,062, p>.05) açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ebeveynlerin alt ölçekler ve toplam puan ortalamalarına bakıldığında, tanılı grubun annelerinin fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplam puan ortalamalarının tanısız grubun annelerinden anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Baba gruplarının ölçekten elde ettiği puanlar üzerine yapılan analiz sonuçları, duygusal istismar alt ölçeği (t = 2,729, p<.05), fiziksel ihmal alt ölçeği (t = 4,742, p<.001), duygusal ihmal alt ölçeği (t = 3,961, p<.001) ve ölçek toplam puanı (t = 4,189, p<.001) açısından tanılı grubun babaları ile tanısız grubun babaları arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğunu göstermektedir. Gruplar arasında fiziksel istismar (t = ,988, p>.05) ve cinsel istismar alt ölçeği (t = -1,000, p>.05) açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ebevenlerin alt ölçekler ve toplam puan ortalamalarına bakıldığında, tanılı grubun babalarının duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplam puan ortalamalarının tanısız grubun babalarından anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo XIII. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları

DES		N	Ortalama	SS	T	Sd	p
DES-Anneler	Tanılı	60	19,92	9,3591	6,424	88	**,000***
	Tanısız	60	11,20	4,7934			
DES-Babalar	Tanılı	60	16,97	5,9210	5,162	110	**,000***
	Tanısız	60	12,02	4,4836			
DES	Tanılı	120	18,45	7,9378	8,143	192	**,000***
	Tanısız	120	11,62	4,6398			

Not: DES= Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Ortalama Puanı, Tanılı= Tanılı grup Ebeveynler, Tanısız=Tanısız grup Ebeveynler

Tablo XIII'da ebeveynlerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği'nden elde ettiği puanlar t-testi ile karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonuçları, DES ölçeği ortalama puanı açısından tanılı grubun anneleri ile tanısız grubun anneleri arasında (t =6,424 , p<.001) ve tanılı grubun babaları ile tanısız grubun babaları arasında (t =5,162 , p<.001) istatistiksel açıdan anlamlı bir

farklılaşmanın olduğunu göstermektedir. Sonuçlar benzer şekilde tanılı grubun ebeveynleri ile tanısız grubun ebeveynleri arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılaşmanın olduğunu göstermektedir (t =8,143 , p<.001).

Tablo XIV. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları

KSE		N	Ortalama	SS	T	Sd	p
Anksiyete	Tanılı	120	9,0083	7,1095	5,786	186	**,000***
	Tanısız	120	4,7167	3,9347			
Depresyon	Tanılı	120	12,1917	8,6620	5,330	204	**,000***
	Tanısız	120	7,1583	5,6568			
Olumsuz Benlik	Tanılı	120	9,3500	7,0205	5,752	205	**,000***
	Tanısız	120	4,9417	4,6041			
Somatizasyon	Tanılı	120	4,6083	5,2633	3,527	167	**,001***
	Tanısız	120	2,7417	2,4305			
Hostilite	Tanılı	120	7,2583	4,6715	6,081	217	**,000***
	Tanısız	120	4,0500	3,4025			
KSE	Tanılı	120	42,4167	28,9486	6,183	189	**,000***
	Tanısız	120	23,6083	16,5083			

Not: KSE= Kısa Semptom Envanteri Toplam Puanı, Tanılı= Tanılı grup Ebeveynler, Tanısız=Tanısız grup Ebeveynler

Tablo XIV'de ebeveynlerin Kısa Semptom Envanteri'nden elde ettiği puanlar karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonuçları, anksiyete alt ölçeği (t = 5,786, p<.001), depresyon alt ölçeği (t = 5,330, p<.001), olumsuz benlik alt ölçeği (t = 5,752, p<.001), somatizasyon alt ölçeği (t = 3,527, p<.05), hostilite alt ölçeği (t = 6,081, p<.001) ve ölçek toplam puanı (t = 6,183, p<.001) açısından tanılı grubun ebeveynleri ile tanısız grubun ebeveynleri arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğunu göstermektedir. Tanılı ve tanısız grupların ebeveynlerinin alt ölçekler ve toplam puan ortalamalarına bakıldığında, tanılı grubun ebeveynlerinin tüm alt ölçek puan ortalamaları ve toplam puan ortalamalarının tanısız grubun ebeveynlerinden anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo XV. Tanılı Grubun Annelerinin ve Babalarının Kısa Semptom Envanteri (KSE) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları

KSE-Anneler		**N**	**Ortalama**	**SS**	**T**	**Sd**	**p**
Anksiyete	Tanılı	60	11,2000	8,3864	4,627	92	**,000***
	Tanısız	60	5,4833	4,6083			
Depresyon	Tanılı	60	14,9833	9,5215	4,437	106	**,000***
	Tanısız	60	8,3000	6,7429			
Olumsuz Benlik	Tanılı	60	10,8167	7,8167	4,318	108	**,000***
	Tanısız	60	5,4167	5,7232			
Somatizasyon	Tanılı	60	5,9167	6,4184	2,916	85	**,004***
	Tanısız	60	3,2333	3,0993			
Hostilite	Tanılı	60	8,2667	5,0985	4,714	111	**,000***
	Tanısız	60	4,3500	3,9265			
KSE Toplam	Tanılı	60	51,1833	33,3647	4,830	98	**,000***
	Tanısız	60	26,7833	20,4484			
KSE-Babalar		**N**	**Ortalama**	**SS**	**T**	**Sd**	**p**
Anksiyete	Tanılı	60	6,8167	4,6741	4,011	100	**,000***
	Tanısız	60	3,9500	2,9654			
Depresyon	Tanılı	60	9,4000	6,6948	3,349	97	**,001***
	Tanısız	60	6,0167	4,0525			
Olumsuz Benlik	Tanılı	60	7,8833	5,8254	4,014	90	**,000***
	Tanısız	60	4,4667	3,0888			
Somatizasyon	Tanılı	60	3,3000	3,3461	2,255	78	**,026***
	Tanısız	60	2,2500	1,3482			
Hostilite	Tanılı	60	6,2500	3,9941	3,978	105	**,000***
	Tanısız	60	3,7500	2,7838			
KSE Toplam	Tanılı	60	33,6500	20,5119	4,440	88	**,000***
	Tanısız	60	20,4333	10,5370			

Not: KSE= Kısa Semptom Envanteri Toplam Puanı, Tanılı= Tanılı grup Ebeveynler, Tanısız=Tanısız grup Ebeveynler

Tablo XV'de ebeveynlerin Kısa Semptom Envanteri'nden elde ettiği puanlar anneler ve babalar olmak üzere gruplandırılarak karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonuçları, anksiyete alt ölçeği (t = 4,627, p<.001), depresyon alt ölçeği (t = 4,437, p<.001), olumsuz benlik alt ölçeği (t = 4,318, p<.001), somatizasyon alt ölçeği (t = 2,916, p<.05), hostilite alt ölçeği (t = 4,714, p<.001) ve ölçek toplam puanı (t = 4,830, p<.001) açısından tanılı grubun anneleri ile tanısız grubun anneleri arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğunu göstermektedir. Baba gruplarının elde ettiği puanlar üzerine yapılan analiz sonuçları, anksiyete alt ölçeği (t = 4,011, p<.001),

depresyon alt ölçeği (t = 3,349, p<.05), olumsuz benlik alt ölçeği (t = 4,014, p<.001), somatizasyon alt ölçeği (t = 2,255, p<.05), hostilite alt ölçeği (t = 3,978, p<.001) ve ölçek toplam puanı (t = 4,440, p<.001) açısından tanılı grubun babaları ile tanısız grubun babaları arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğunu göstermektedir. Ebeveyn gruplarının alt ölçek ve toplam puanlarına bakıldığında, tanılı grubun annelerinin ve babaların envanterden aldıkları toplam puanların, tanısız grubun anneleri ve babalarının toplam puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo XVI. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri (YEEE) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları

YEEE		N	Ortalama	SS	T	Sd	p
Çocuklardan Beklentiler	Tanılı	120	20,9333	5,9461	-5,877	214	**,000***
	Tanısız	120	24,8333	4,1814			
Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati	Tanılı	120	31,9160	6,6658	-6,428	234	**,000***
	Tanısız	120	37,1917	6,0074			
Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Cezanın Kullanımı	Tanılı	120	38,9083	7,5213	-6,479	224	**,000***
	Tanısız	120	44,5333	5,8207			
Ebeveyn-Çocuk Rol Sorumlulukları	Tanılı	120	21,6500	4,6805	-4,812	234	**,000***
	Tanısız	120	24,4000	4,1290			
Çocukların Güç ve Bağımsızlığı	Tanılı	120	17,9083	2,6773	-6,044	238	**,000***
	Tanısız	120	20,3083	2,5758			

Not: YEEE= Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Toplam Puanı, Tanılı= Tanılı grup Ebeveynler, Tanısız=Tanısız grup Ebeveynler

Tablo XVI'da ebeveynlerin Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri'nden elde ettiği puanlar karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonuçları, çocuklardan beklentiler alt ölçeği (t = -5,877, p<.001), çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt ölçeği (t = -6,428, p<.001), disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı alt ölçeği (t = -6,479, p<.001), ebeveyn-çocuk rol sorumlulukları alt ölçeği (t = -4,812, p<.001), çocukların güç ve bağımsızlığı alt ölçeği (t = -

6,868, p<.001) ve ölçek toplam puanı (t = -6,044, p<.001) açısından tanılı grubun ebeveynleri ile tanısız grubun ebeveynleri arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğunu göstermektedir. Ebeveyn gruplarının alt ölçekler ve toplam puan ortalamalarına bakıldığında, tanılı grubun ebeveynlerinin tüm alt ölçek puan ortalamaları ve toplam puan ortalamalarının tanısız grubun ebeveynlerinden anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir.

Tablo XVII. Tanılı ve Tanısız Grubun Annelerinin ve Babalarının Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri (YEEE) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları

YEEE-Anneler		**N**	**Ortalama**	**SS**	**T**	**Sd**	**p**
Çocuklardan Beklentiler	Tanılı	60	22,1000	5,8446	-3,567	106	**,000***
	Tanısız	60	25,4000	4,1464			
Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati	Tanılı	60	32,6780	6,7656	-4,461	115	**,000***
	Tanısız	60	37,9333	6,0726			
Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Cezanın Kullanımı	Tanılı	60	39,6000	7,1667	-4,968	113	**,000***
	Tanısız	60	45,5167	5,8090			
Ebeveyn-Çocuk Rol Sorumlulukları	Tanılı	60	22,2833	4,7303	-2,808	116	**,006***
	Tanısız	60	24,5657	4,1593			
Çocukların Güç ve Bağımsızlığı	Tanılı	120	18,3500	2,5830	-5,229	117	**,000***
	Tanısız	120	20,7333	2,4066			
YEEE-Babalar		**N**	**Ortalama**	**SS**	**T**	**Sd**	**p**
Çocuklardan Beklentiler	Tanılı	60	19,7667	6,1149	-4,843	107	**,000***
	Tanısız	60	24,2667	4,3221			
Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati	Tanılı	60	31,1667	6,5078	-4,648	117	**,000***
	Tanısız	60	36,4500	6,1253			
Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Cezanın Kullanımı	Tanılı	60	38,2167	7,2846	-4,252	108	**,000***
	Tanısız	60	43,5500	5,1183			
Ebeveyn-Çocuk Rol Sorumlulukları	Tanılı	60	21,0333	4,4992	-4,019	117	**,000***
	Tanısız	60	24,2333	4,2077			
Çocukların Güç ve Bağımsızlığı	Tanılı	60	18,1667	2,8658	-3,434	118	**,001***
	Tanısız	60	19,8833	2,7647			

Not: YEEE= Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Toplam Puanı, Tanılı= Tanılı grup Ebeveynler, Tanısız=Tanısız grup Ebeveynler

Tablo XVII'de ebeveynlerin Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri'nden elde ettiği puanlar anneler ve babalar olmak üzere gruplandırılarak karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz

sonuçları, çocuklardan beklentiler alt ölçeği (t = -3,567, p<.001), çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt ölçeği (t = -4,461, p<.001), disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı alt ölçeği (t = - 4,968, p<.001), ebeveyn-çocuk rol sorumlulukları alt ölçeği (t = -2,808, p<.05) ve çocukların güç ve bağımsızlığı alt ölçeği (t = -5,229, p<.001) açısından tanılı grubun anneleri ile tanısız grubun anneleri arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğunu göstermektedir. Baba gruplarının elde ettiği puanlar üzerine yapılan analiz sonuçları, çocuklardan beklentiler alt ölçeği (t = -4,843, p<.001), çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt ölçeği (t = -4,648, p<.001), disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı alt ölçeği (t = -4,252, p<.001), ebeveyn-çocuk rol sorumlulukları alt ölçeği (t = -4,019, p<.001) ve çocukların güç ve bağımsızlığı alt ölçeği (t = -3,434, p<.05) açısından tanılı grubun babaları ile tanısız grubun babaları arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğunu göstermektedir. Ebeveyn gruplarının alt ölçekler ve toplam puan ortalamalarına bakıldığında, hem tanılı grubun annelerinin hem de tanılı grubun babalarının envanterden aldıkları toplam puanların tanısız grubun annelerinin ve babalarının toplam puanlarından anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir.

Tablo XVIII. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları

TSBE		N	Ortalama	SS	T	Sd	p
Benlik Algısında Değişim	Tanılı	120	26,5417	12,0446	-,796	232	,427
	Tanısız	120	27,6917	10,2594			
Yaşam Felsefesinde Değişim	Tanılı	120	13,5167	7,1207	-,391	232	,696
	Tanısız	120	13,8500	6,0580			
Başkalarıyla İlişkilerinde Değişim	Tanılı	120	8,4833	5,2755	-,249	237	,804
	Tanısız	120	8,6583	5,6188			
TSBE	Tanılı	120	48,5417	22,7400	-,600	233	,546
	Tanısız	120	50,2000	19,6902			

Not: TSBE= Travma Sonrası Büyüme Envanteri Toplam Puanı, Tanılı= Tanılı Grup Ebeveynler, Tanısız=Tanısız Grup Ebeveynler

Tablo XVIII'de ebeveynlerin Travma Sonrası Büyüme Envanteri'nden elde ettiği puanlar karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonuçları, tüm alt ölçekler ve toplam puanı açısından tanılı grubun ebeveynleri ile tanısız grubun ebeveynleri arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı görülmektedir.

Tablo XIX. Tanılı ve Tanısız Grubun Annelerinin ve Babaların Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları

TSBE-Anneler		**N**	**Ortalama**	**SS**	**T**	**Sd**	**p**
Benlik Algısında Değişim	Tanılı	60	30,1333	11,1878	,868	117	,387
	Tanısız	60	28,4167	10,4642			
Yaşam Felsefesinde Değişim	Tanılı	60	14,8000	7,1800	,501	113	,617
	Tanısız	60	14,2000	5,8622			
Başkalarıyla İlişkilerinde Değişim	Tanılı	60	9,1000	4,9289	,188	115	,851
	Tanısız	60	9,9167	5,7291			
TSBE	Tanılı	60	54,0333	21,5122	,666	117	,506
	Tanısız	60	51,5333	19,5339			
TSBE-Babalar		**N**	**Ortalama**	**SS**	**T**	**Sd**	**p**
Benlik Algısında Değişim	Tanılı	60	22,9500	11,8828	-1,996	115	**,048***
	Tanısız	60	26,9667	10,0860			
Yaşam Felsefesinde Değişim	Tanılı	60	12,2333	6,8824	-1,053	117	,294
	Tanısız	60	13,5000	6,2774			
Başkalarıyla İlişkilerinde Değişim	Tanılı	60	7,8667	5,5737	-,526	118	,600
	Tanısız	60	8,4000	5,5424			
TSBE	Tanılı	60	43,0500	22,7785	-1,489	116	,139
	Tanısız	60	48,866	19,9197			

Not: TSBE= Travma Sonrası Büyüme Envanteri Toplam Puanı, Tanılı= Tanılı Grup Ebeveynler, Tanısız=Tanısız Grup Ebeveynler

Tablo XIX'da ebeveynlerin Travma Sonrası Büyüme Envanteri'nden elde ettiği puanlar karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonuçları, tüm alt ölçekler ve toplam puanı açısından tanılı grubun anneleri ile tanısız grubun anneleri arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı

göstermiştir. Tanılı grubun babaları ile tanısız grubun babaları arasında ise yalnızca benlik algısında değişim (t = -1,996, p<.05) alt ölçeği açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunurken diğer alt ölçekler ve toplam puan açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo XX. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formu (CADÖ-YK) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları

CADÖ-YK		N	Ortalama	SS	T	p
Karşı Gelme	Tanılı	120	7,8833	4,5451	10,545	**,000***
	Tanısız	120	2,8417	2,6025		
Bilişsel Problemler ve Dikkatsizlik	Tanılı	120	9,1333	4,7790	15,699	**,000***
	Tanısız	120	1,6833	2,0456		
Hiperaktivite	Tanılı	120	7,2167	4,1831	12,940	**,000***
	Tanısız	120	1,7000	2,0766		
DEHB İndeksi	Tanılı	120	18,5750	7,8843	16,567	**,000***
	Tanısız	120	5,1750	34,0431		

Not: CADÖ-KF= Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Kısa Formu, Tanılı= Tanılı Grup Ebeveynler, Tanısız=Tanısız Grup Ebeveynler

Tablo XX'de ebeveynlerin Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği'nden çocuklarının DEHB belirtileri üzerine bildirdikleri puanlar karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonuçları, karşı gelme alt ölçeği (t= 10,545, p<.001), bilişsel problemler ve dikkatsizlik alt ölçeği (t = 15,699, p<.001), hiperaktivite alt ölçeği (t = 12,940, p<.001) ve DEHB indeksi (t = 16,567, p<.001) açısından tanılı grubun ebeveynleri ile ve tanısız grubun ebeveynleri arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğunu göstermektedir. Ebeveyn gruplarının alt ölçekler ve toplam puan ortalamalarına bakıldığında, tanılı grubun ebeveynlerinin tüm alt ölçek puan ortalamaları ve toplam puan ortalamalarının tanısız grubun ebeveynlerinden anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo XXI. Tanılı ve Tanısız Grupların Annelerinin ve Babalarının Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formu (CADÖ-YK) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları

CADÖ-YK Anneler		**N**	**Ortalama**	**SS**	**T**	**Sd**	**p**
Karşı Gelme	Tanılı	60	8,0333	4,5359	7,765	95	**,000***
	Tanısız	60	2,7667	2,6513			
Bilişsel Problemler ve Dikkatsizlik	Tanılı	60	9,7000	4,7738	11,768	82	**,000***
	Tanısız	60	1,7333	2,1696			
Hiperaktivite	Tanılı	60	7,6167	3,9577	10,115	92	**,000***
	Tanısız	60	1,7167	2,1791			
DEHB İndeksi	Tanılı	60	19,4000	7,5738	12,625	90	**,000***
	Tanısız	60	5,4000	4,0513			
CADÖ-YK Babalar		**N**	**Ortalama**	**SS**	**T**	**Sd**	**p**
Karşı Gelme	Tanılı	60	7,7333	4,5876	7,093	93	**,000***
	Tanısız	60	2,9167	2,5729			
Bilişsel Problemler ve Dikkatsizlik	Tanılı	60	8,5667	4,7563	10,462	78	**,000***
	Tanısız	60	1,6333	1,9307			
Hiperaktivite	Tanılı	60	6,8167	4,3937	8,246	82	**,000***
	Tanısız	60	1,6833	1,9871			
DEHB İndeksi	Tanılı	60	17,7500	8,1628	10,877	86	**,000***
	Tanısız	60	4,9500	4,0564			

Not: CADÖ-KF= Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Kısa Formu, Tanılı= Tanılı Grup Ebeveynler, Tanısız=Tanısız Grup Ebeveynler

Tablo XXI'de tanılı ve tanısız grubun annelerinin ve babaların Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği'nden çocuklarının DEHB belirtileri üzerine bildirdikleri toplam puanlar karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonuçları, karşı gelme alt ölçeği (t= 7,765, p<.001), bilişsel problemler ve dikkatsizlik alt ölçeği (t = 11,768, p<.001), hiperaktivite alt ölçeği (t = 10,115, p<.001) ve DEHB indeksi (t = 12,625, p<.001) açısından tanılı grubun anneleri ile tanısız grubun annelerinin bildirdikleri puanlar arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğunu göstermektedir. Baba gruplarının çocuklarının DEHB belirtileri üzerine bildirdikleri toplam puanlar üzerine yapılan analiz sonuçları, karşı gelme alt ölçeği (t= 7,093, p<.001), bilişsel problemler ve dikkatsizlik alt ölçeği (t = 10,462, p<.001), hiperaktivite alt ölçeği (t = 8,246, p<.001) ve DEHB indeksi (t = 10,877, p<.001) açısından tanılı grubun babaları ile tanısız

grubun babalarının bildirdikleri puanlar arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğunu göstermektedir. Tanılı ve tanısız grupların ebeveynlerinin alt ölçekler ve toplam puan ortalamalarına bakıldığında hem anne hem de baba grupları açısından tanılı grubun ebeveynlerinin tüm alt ölçek puan ortalamaları ve toplam puan ortalamalarının tanısız grubun ebeveynlerinden anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir.

4.1.3. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travma Durumları Açısından DES, KSE, YEEE, TSBE ve CADÖ-KF Puanlarındaki Değişime İlişkin Sonuçlar

Katılımcılar, CTQ'dan elde ettikleri puanlara göre kesme puanının üzerinde olanlar ve altında olanlar şeklinde gruplandırılmışlardır. Bu gruplar, CTQ'nun kesme puanı olan 35 puanın üzerinde puan alan katılımcılar ve kesme puanının altında alan katılımcılar şeklinde gruplandırılmıştır. Katılımcıların DES, KSE, YEEE, TSBE ve CADÖ-KF isimli ölçme araçlarından aldıkları puanların, kesme puanın üzerinde puan alan ve kesme puanın altında puan alan gruplar açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla, bağımsız örneklemler için t-testi analizi yapılmıştır. Tanılı grubun annelerinin 40'ı (%66,7), tanısız grubun annelerinin 10'u (%16,7), tanılı grubun babalarının 35'i (%58,3) ve tanısız grubun babalarının 14'ü (%23,3) kesme puanının üzerinde puan elde etmişlerdir.

Tablo XXII. Ebeveyn Gruplarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Kesme Puanlarına Göre Frekansları

			Tanılı Grubun Ebeveynleri		Tanısız Grubun Ebeveynleri	
CTQ Kesme Puanı 35	35 ve üstü	N	75		24	
		%	%62,5		%20	
	35 altı	N	45		96	
		%	%37,5		%80	
			Tanılı Grubun Anneleri	**Tanılı Grubun Babaları**	**Tanısız Grubun Anneleri**	**Tanısız Grubun Babaları**
CTQ Kesme Puanı 35	CTQ 35 ve daha fazla	N	40	35	10	14
		%	%66,7	%58,3	%16,7	%23,3
	CTQ 35'ten daha az	N	20	25	50	46
		%	%33,3	%41,7	%83,3	%76,7

Not: CTQ= Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Tanılı Anne= Tanılı grup Anneler, Tanılı Baba= Tanılı grup Babalar, Tanısız Anne= Tanısız grup Anneler, Tanısız Baba= Tanısız grup Babalar

Analizlerin bir sonraki aşamasında kesme puanı üzerinde puan alan ebeveyn grubu ile altında puan alan ebeveyn grubunun diğer değişkenlerden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Grupların değişkenlerden aldıkları puanların normal dağılım gösterip göstermeme durumuna göre, t-testi veya Mann Whitney U-testi ile analiz edilmiştir. Analiz her bir ölçme aracı için ayrı ayrı gerçekleştirilmiş ve tablolaştırılmıştır.

Tablo XXIII. Çocukluk Çağı Travma Düzeyine Göre Annelerin ve Babalarının Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) Sıra Ortalaması Puanlarının Karşılaştırılması ve Mann Whitney U-testi Sonuçları

DES-Anneler	**Travma Düzeyi**	**N**	**Sıra Ortalaması**	**Sıralar Toplamı**	**U**	**Z**	**p**
Tanılı	35 ve üstü	40	37,63	1505	115	-4,471	**,000***
	35 altı	20	16,25	325			
Tanısız	35 ve üstü	10	41,70	417	138	-2,224	**,026***
	35 altı	50	28,26	1413			
DES-Babalar	**Travma Düzeyi**	**N**	**Sıra Ortalaması**	**Sıralar Toplamı**	**U**	**Z**	**p**
Tanılı	35 ve üstü	35	39,69	1389	116	-4,824	**,000***
	35 altı	25	17,64	441			
Tanısız	35 ve üstü	14	37,07	519	230	-1,609	,108
	35 altı	46	28,50	1311			

Not: DES= Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Tanılı= Tanılı Grup Ebeveynler, Tanısız=Tanısız Grup Ebeveynler, Var= Çocukluk Çağı Travması Olanlar, Yok=Çocukluk Çağı Travması Olmayanlar

Tablo XXIII'de çocukluk çağı travma puanı kesme puanı üzerinde olan ve olmayan anne ve baba gruplarının Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği'nden elde ettiği ortalama puanlar Mann Whitney U-testi ile karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonuçları, tanılı grubun annelerinin içerisinde çocukluk çağı travması olan annelerin ölçekten elde ettikleri sıra ortalaması puanlarının (37,63) aynı grup içerisinde kesme puanı altında olan annelerin puanlarına (16,25) kıyasla daha yüksek olduğunu ve bu puan farklılığın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğunu göstermiştir (p<.001). Tanısız grubun annelerinin içerisinde çocukluk çağı travması düzeyi kesme puanı üzerinde olan annelerin ölçekten elde ettikleri sıra ortalaması puanları

(41,70) aynı grup içerisinde kesme skoru altında puan elde eden annelerin puanlarına (28,26) kıyasla daha yüksektir ve bu puan farklılığı istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (p<.05). Tanılı grubun babaların içerisinde çocukluk çağı travma düzeyi kesme puanı üzerinde olanların ölçekten elde ettikleri sıra ortalaması puanları (39,69) aynı grup içerisinde kesme skoru altında puan elde eden babaların puanlarına (17,64) kıyasla daha yüksektir ve bu puan farklılığı istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (p<.001). Tanısız grubun babaları içerisinde çocukluk çağı travma düzeyi kesme puanı üzerinde olanların ölçekten elde ettikleri sıra ortalaması puanları (37,07) kesme skoru altında puan elde eden babaların puanlarına (28,50) kıyasla daha yüksektir fakat bu puan farklılığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir (p>.05).

Tablo XXIV. Çocukluk Çağı Travma Düzeyine Göre Tanılı Gruptaki Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri (KSE) Puanlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları

Tanılı	Travma Düzeyi	N	Ortalama	SS	T	Sd	p
Anksiyete	35 ve üstü	75	10,62	7,9334	3,355	117	**,001***
	35 altı	45	6,31	4,3527			
Depresyon	35 ve üstü	75	13,85	9,3341	2,789	115	**,006***
	35 altı	45	9,42	6,6212			
Olumsuz Benlik	35 ve üstü	75	11,40	7,0653	4,443	110	**,000***
	35 altı	45	5,93	5,4995			
Somatizasyon	35 ve üstü	75	5,52	5,9737	2,503	118	**,014***
	35 altı	45	3,08	3,3359			
Hostilite	35 ve üstü	75	8,45	4,9953	3,818	117	**,000***
	35 altı	45	5,26	3,2501			
KSE	35 ve üstü	75	49,85	31,0756	3,837	118	**,000***
	35 altı	45	30,02	19,7731			

Not: KSE=Kısa Semptom Envanteri, Tanılı=Tanılı grup Ebeveynler, Tanısız=Tanısız grup Ebeveynler, Var=Çocukluk Çağı Travması Olanlar, Yok=Çocukluk Çağı Travması Olmayanlar

Tablo XXIV'de çocukluk çağı travma puanı kesme skorunun üstünde olan ve altında olan tanılı grubun ebeveynlerinin Kısa Semptom Envanteri'nden elde ettiği puanlar karşılaştırılmıştır. Yapılan t-testinin analiz sonuçları, anksiyete alt ölçeği (t = 3,355, p<.05),

depresyon alt ölçeği (t = 2,789, p<.05), olumsuz benlik alt ölçeği (t = 4,443, p<.001), somatizasyon alt ölçeği (t = 2,503, p<.05), hostilite alt ölçeği (t = 3,818, p<.001) ve ölçek toplam puanı (t = 3,837, p<.001) açısından kesme skoru üstünde puan alan ebeveynler ile kesme puanı altında alan ebeveynler arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğunu göstermektedir.

Tablo XXV. Çocukluk Çağı Travma Düzeyine Göre Tanısız Grubun Ebeveynlerinin Kısa Semptom Envanteri (KSE) Sıra Ortalaması Puanlarının Karşılaştırılması ve Mann-Whitney U-testi Sonuçları

Tanısız	Travma Düzeyi	N	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	p
Anksiyete	35 ve üstü	24	68,77	1650	953	-1,312	,189
	35 altı	96	58,43	5609			
Depresyon	35 ve üstü	24	71,65	1719	884	-1,764	,078
	35 altı	96	57,71	5540			
Olumsuz Benlik	35 ve üstü	24	79,96	1919	685	-3,084	**,002***
	35 altı	96	55,64	5341			
Somatizasyon	35 ve üstü	24	67,98	1631	972	-1,194	,232
	35 altı	96	58,63	5628			
Hostilite	35 ve üstü	24	74,17	1780	824	-2,170	**,030***
	35 altı	96	57,08	5480			
KSE	35 ve üstü	24	77,31	1855	748	-2,651	**,008***
	35 altı	96	56,30	5404			

Not: KSE= Kısa Semptom Envanteri, Tanılı= Tanılı grup Ebeveynler, Tanısız=Tanısız grup Ebeveynler, Var= Çocukluk Çağı Travması Olanlar, Yok=Çocukluk Çağı Travması Olmayanlar

Tablo XXV'de çocukluk çağı travma puanı kesme skoru üstünde olan ve altında olan tanısız grubun ebeveynlerinin Kısa Semptom Envanteri'nden elde ettiği puanlar karşılaştırılmıştır. Tanısız grubun ebeveynlerinin kesme skorunun üstünde ve altında puan alan grupların KSE puanları normal dağılım sergilemediği için Mann Whitney U-testi analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları ise, olumsuz benlik alt ölçeği (U= 685, p<.05), hostilite alt ölçeği (U =824, p<.05) ve ölçek toplam puanı (U=748, p<.05) açısından kesme skoru üstünde puan alan ebeveynler ile kesme puanı altında alan ebeveynlerin puanları arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğunu göstermektedir.

Tablo XXVI. Çocukluk Çağı Travma Düzeyine Göre Tanılı Grubun Annelerinin ve Babalarının Kısa Semptom Envanteri (KSE) Puanlarının Karşılaştırılması Bağımsız Örneklemler t-testi ve Mann Whitney U-testi SonuçlarıB

KSE-Anneler	**Travma Düzeyi**	**N**	**Ortalama**	**SS**	**T**	**Sd**	**p**
Anksiyete	35 ve üstü	40	13,35	8,9801	2,992	57	**,004***
	35 altı	20	6,90	4,8655			
Depresyon	35 ve üstü	40	17,15	10,1464	2,613	55	**,011***
	35 altı	20	10,65	6,3683			
Olumsuz Benlik	35 ve üstü	40	12,85	7,7146	3,042	45	**,004***
	35 altı	20	6,75	6,4389			
Hostilite	35 ve üstü	40	9,60	5,3098	3,061	54	**,003***
	35 altı	20	5,60	3,4089			
KSE Toplam	35 ve üstü	40	60,32	34,6975	3,233	55	**,002***
	35 altı	20	32,90	21,3957			
KSE-Anneler	**Travma Düzeyi**	**N**	**Sıra Ortalaması**	**Sıralar Toplamı**	**U**	**Z**	**p**
Somatizasyon	35 ve üstü	40	34,56	1382	237	-2,564	**,010***
	35 altı	20	22,38	447			

KSE-Babalar	**Travma Düzeyi**	**N**	**Ortalama**	**SS**	**T**	**Sd**	**p**
Anksiyete	35 ve üstü	35	7,51	5,0780	1,378	58	,173
	35 altı	25	5,84	3,9336			
Olumsuz Benlik	35 ve üstü	35	9,74	5,9227	3,137	57	**,003***
	35 altı	25	5,28	4,6504			
Hostilite	35 ve üstü	35	7,14	4,3192	2,108	58	**,039***
	35 altı	25	5,00	3,1622			
KSE Toplam	35 ve üstü	35	37,88	21,0807	1,936	55	,058
	35 altı	25	27,72	18,4921			
KSE-Babalar	**Travma Düzeyi**	**N**	**Sıra Ortalaması**	**Sıralar Toplamı**	**U**	**Z**	**p**
Depresyon	35 ve üstü	35	32,94	1153	,352	-1,285	,199
	35 altı	25	27,08	677			
Somatizasyon	35 ve üstü	40	31,30	1095	409	-425	,671
	35 altı	20	29,38	734			

Not: KSE= Kısa Semptom Envanteri, Tanılı= Tanılı grup Ebeveynler, Tanısız=Tanısız grup Ebeveynler, Var= Çocukluk Çağı Travması Olanlar, Yok=Çocukluk Çağı Travması Olmayanlar

Tablo XXVI'da çocukluk çağı travma puanı kesme skoru üstünde olan ve altında olan tanılı grubun anne ve baba gruplarının Kısa Semptom Envanteri ölçeklerinden elde ettiği puanların normal dağılım gösterenleri bağımsız örneklemler t-testi ile normal dağılım

göstermeyenleri Mann Whitney U-testi ile karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonuçları, anksiyete alt ölçeği (t = 2,992, p<.05), depresyon alt ölçeği (t = 2,613, p<.05), olumsuz benlik alt ölçeği (t = 3,042, p<.05), hostilite alt ölçeği (t = 3,061, p<.05) ölçek toplam puanı (t = 3,233, p<.05) ve somatizasyon alt ölçeği (U=237, p<.05), açısından kesme skoru üstünde puan alan anneler ile kesme puanı altında alan anne grupları arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğunu göstermektedir. Çocukluk çağı travma düzeyi kesme skoru altında ve üstünde olan tanılı anne gruplarının alt ölçekler ve toplam puan ortalamalarına bakıldığında, kesme skoru üzerinde puan alan annelerin tüm alt ölçek puan ortalamalarının ve toplam puan ortalamalarının kesme altında puan alan annelerden anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Kesme skoru üzerinde puan alan babalar ile altında puan alan babaların KSE puanlarının analiz sonuçları, olumsuz benlik alt ölçeği (t = 3,137, p<.05), ve hostilite alt ölçeği (t = 2,108, p<.05) açısından anlamlı bir farklılaşmanın olduğunu göstermektedir.

Tablo XXVII. Çocukluk Çağı Travma Düzeyine Göre Katılımcıların Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri (YEEE) Puanlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları

Tanılı	**Travma Düzeyi**	**N**	**Ortalama**	**SS**	**T**	**Sd**	**p**
Çocuklardan Beklentiler	35 ve üstü	75	19,34	6,1479	-4,005	113	**,000***
	35 altı	45	23,57	4,5401			
Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati	35 ve üstü	75	29,87	6,8465	-4,632	115	**,000***
	35 altı	45	35,26	4,7882			
Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Cezanın Kullanımı	35 ve üstü	75	36,85	7,7419	-4,114	113	**,000***
	35 altı	45	42,33	5,7445			
Ebeveyn-Çocuk Rol Sorumlulukları	35 ve üstü	75	20,36	4,5815	-4,186	102	**,000***
	35 altı	45	23,82	4,0355			
Çocukların Güç ve Bağımsızlığı	35 ve üstü	75	17,53	2,7229	-4,073	110	**,000***
	35 altı	45	19,46	2,1277			
Tanısız	**Travma Düzeyi**	**N**	**Ortalama**	**SS**	**T**	**Sd**	**p**
Çocuklardan Beklentiler	35 ve üstü	24	23,37	4,5665	-2,001	33	**,048***
	35 altı	96	25,27	4,0457			
Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati	35 ve üstü	24	33,54	5,6873	-3,523	34	**,001***
	35 altı	96	37,95	5,4443			
Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Cezanın Kullanımı	35 ve üstü	24	41,58	6,3719	-2,866	32	**,005***
	35 altı	96	45,28	5,4651			
Ebeveyn-Çocuk Rol Sorumlulukları	35 ve üstü	24	24,54	3,8105	-1,745	33	,084
	35 altı	96	25,96	3,4941			
Çocukların Güç ve Bağımsızlığı	35 ve üstü	24	21,25	1,8708	-2,307	32	**,023***
	35 altı	96	22,14	1,6327			

Not: YEEE= Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri, Tanılı= Tanılı grup Ebeveynler, Tanısız=Tanısız grup Ebeveynler, Var= Çocukluk Çağı Travması Olanlar, Yok=Çocukluk Çağı Travması Olmayanlar

Tablo XXVII'de çocukluk çağı travma puanı kesme skoru üstünde olan ve altında olan ebeveyn gruplarının Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri'nden elde ettiği puanlar karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonuçları, çocuklardan beklentiler alt ölçeği (t = -4,005, p<.001), çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt ölçeği (t = -4,632, p<.001), disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı alt ölçeği (t = -4,114, p<.001), ebeveyn-çocuk rol ve sorumluluk (t = -4,186, p<.001) ve çocukların güç ve bağımsızlığı alt ölçeği (t = -4,073, p<.001) açısından çocukluk çağı travma puanı kesme skorunun altında olan ile kesme skoru üstünde olan tanılı grup ebeveynler arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğunu göstermiştir. Tanısız grubun ebeveynleri için yapılan analiz sonuçları, çocuklardan beklentiler alt ölçeği (t = -2,001,

p<.05), çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt ölçeği (*t* = -3,523, *p*<.001), disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı alt ölçeği (*t* = -2,866, *p*<.05) ve çocukların güç ve bağımsızlığı alt ölçeği (*t* = -2,307, *p*<.001) açısından çocukluk çağı travma puanı kesme soru altında olan ile kesme skoru üzerinde olan tanısız grubun ebeveynleri arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğunu göstermiştir.

Tablo XXVIII. Çocukluk Çağı Travma Düzeyine Göre Tanılı Grubun Annelerinin ve Babalarının Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri (YEEE) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları

Tanılı Anneler	**Travma Düzeyi**	**N**	**Ortalama**	**SS**	**T**	**Sd**	**p**
Çocuklardan Beklentiler	35 ve üstü 35 altı	40 20	21,10 24,10	6,3237 4,2040	-1,916	53	,060
Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati	35 ve üstü 35 altı	40 20	31,38 35,20	7,5519 3,9416	-2,111	57	**,039***
Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Cezanın Kullanımı	35 ve üstü 35 altı	40 20	38,27 42,25	7,9967 4,1406	-2,082	58	**,042***
Ebeveyn-Çocuk Rol Sorumlulukları	35 ve üstü 35 altı	40 20	21,55 23,75	4,9611 3,9453	-1,727	47	,090
Çocukların Güç ve Bağımsızlığı	35 ve üstü 35 altı	40 20	17,92 19,20	2,5858 2,4192	-1,838	40	,071
YEEE-Babalar	**Travma Düzeyi**	**N**	**Ortalama**	**SS**	**T**	**Sd**	**p**
Çocuklardan Beklentiler	35 ve üstü 35 altı	35 25	17,34 23,16	5,3519 4,8363	-4,318	55	**,000***
Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati	35 ve üstü 35 altı	35 25	28,20 35,32	5,6035 5,4522	-4,907	53	**,000***
Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Cezanın Kullanımı	35 ve üstü 35 altı	35 25	35,22 42,40	7,2114 6,8495	-3,877	53	**,000***
Ebeveyn-Çocuk Rol Sorumlulukları	35 ve üstü 35 altı	35 25	19,00 23,88	3,7259 4,1864	-4,750	48	**,000***
Çocukların Güç ve Bağımsızlığı	35 ve üstü 35 altı	35 25	17,08 19,68	2,8426 1,8868	-3,976	58	**,000***

Not: YEEE= Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri, Tanılı= Tanılı grup Ebeveynler, Tanısız=Tanısız grup Ebeveynler, Var= Çocukluk Çağı Travması Olanlar, Yok=Çocukluk Çağı Travması Olmayanlar

Tablo XXVIII'de çocukluk çağı travma puanı kesme skorunun üstünde olan ve altında olan tanılı grubun ebeynlerinin Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri'nden elde ettiği puanlar anneler ve babalar olmak üzere gruplandırılarak karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonuçları,

çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt ölçeği (t = -2,111, p<.05) ve disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı alt ölçeği (t = -2,082, p<.05) açısından çocukluk çağı travma puanı kesme skorunun altında olan ile kesme skoru üstünde olan tanılı grup anneler arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğunu göstermektedir. Çocukluk çağı travma puanı kesme skorunun üstünde olan ve altında olan tanılı grubun babalarının elde ettiği puanlar üzerine yapılan analiz sonuçları ise, çocuklardan beklentiler alt ölçeği (t = -4,318, p<.001), çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt ölçeği (t = -4,907, p<.001), disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı alt ölçeği (t = -3,877, p<.001), ebeveyn-çocuk rol sorumlulukları alt ölçeği (t = -4,750, p<.001) ve çocukların güç ve bağımsızlığı alt ölçeği (t = -3,976, p<.001) açısından CTQ puanı kesme skorunun altında olan ile kesme skorunun üstünde olan tanılı grubun babaları arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğunu göstermektedir. CTQ puanı kesme skorunun altında olan ile kesme skoru üstünde olan tanılı grubun babalarının ölçeklerden elde ettikleri puan ortalamalarına bakıldığında, kesme skorunun üstünde puan alan babaların envanterin tüm alt ölçeklerinden aldıkları puanların kesme skoru altında alan babaların puanlarından anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir. Annelerde ise benzer durum çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt ölçeği ve disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı alt ölçeğinde görülmektedir.

Tablo XXIX. Çocukluk Çağı Travma Düzeyine Göre Ebeveynlerin Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formu (CADÖ-YK) Puanlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları

Tanılı	**Travma Düzeyi**	**N**	**Ortalama**	**SS**	**T**	**Sd**	**p**
Karşı Gelme	35 ve üstü 35 altı	75 45	9,13 6,08	4,4337 3,6978	3,868	106	**,000***
Bilişsel Problemler ve Dikkatsizlik	35 ve üstü 35 altı	75 45	9,76 8,22	4,9287 4,1772	1,749	104	,083
Hiperaktivite	35 ve üstü 35 altı	75 45	8,34 5,62	3,7829 3,9731	3,748	89	**,000***
DEHB İndeksi	35 ve üstü 35 altı	75 45	20,64 16,29	6,7516 7,5245	3,273	85	**,001***
Tanısız	**Travma Düzeyi**	**N**	**Ortalama**	**SS**	**T**	**Sd**	**p**
Karşı Gelme	35 ve üstü 35 altı	24 96	4,33 2,64	2,1196 2,5504	2,991	41	**,003***
Bilişsel Problemler ve Dikkatsizlik	35 ve üstü 35 altı	24 96	2,71 1,65	1,9666 1,9893	2,345	36	**,021***
Hiperaktivite	35 ve üstü 35 altı	24 96	3,12 1,62	2,1123 1,9695	3,289	34	**,001***
DEHB İndeksi	35 ve üstü 35 altı	24 96	8,33 4,98	2,6811 4,1192	3,787	54	**,000***

Not: DEHB İndeksi=Dikkat Eksikliği ve Hiparektivite İndeksi, Tanılı=Tanılı grup Ebeveynler, Tanısız=Tanısız grup Ebeveynler, Var=Çocukluk Çağı Travması Olanlar, Yok=Çocukluk Çağı Travması Olmayanlar

Tablo XXIX'da çocukluk çağı travma puanı kesme skorunun üstünde olan ve altında olan ebeveynlerin çocuklarının DEHB belirtilerini değerlendirdikleri Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği'nden elde ettiği puanlar karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonuçları, karşı gelme alt ölçeği (t= 3,868, p<.001), hiperaktivite alt ölçeği (t = 3,748, p<.001) ve DEHB indeksi (t = 3,273, p<.05) açısından CTQ puanı kesme skorunun üstünde olan ve altında olan tanılı grup ebeveynler arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğunu göstermektedir. Tanısız grubun ebeveynlerinin elde ettiği CADÖ-KF puanların analiz sonuçları, karşı gelme alt ölçeği (t= 2,991, p<.05), bilişsel problemler ve dikkatsizlik hiperaktivite alt ölçeği (t= 2,345, p<.05), hiperaktivite alt ölçeği (t = 3,289, p<.05) ve DEHB indeksi (t = 3,787, p<.001) açısından

çocukluk çağı travma puanı kesme skorunun üstünde olan ve altında olan tanısız grubun ebeveynleri arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğunu ortaya koymaktadır. Her iki grubu yönelik elde edilen sonuçlar, çocukluk çağı travma puanı kesme skoru üstünde olan ebeveynlerin, çocuklarının DEHB belirti puanlarını daha yüksek bildirdiğini göstermektedir.

Tablo XXX. Çocukluk Çağı Travma Düzeyine Göre Tanılı Grubun Annelerinin ve Babaların Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formu (CADÖ-YK) Puanlarının Karşılaştırılması ve Bağımsız Örneklemler t-testi Sonuçları

CADÖ-YK Anneler	Travma Düzeyi	N	Ortalama	SS	T	p
Karşı Gelme	35 ve üstü 35 altı	40 20	9,25 565	4,6835 3,0655	3,113	**,003***
Bilişsel Problemler ve Dikkatsizlik	35 ve üstü 35 altı	40 20	10,00 9,20	4,8198 4,5837	,616	,540
Hiperaktivite	35 ve üstü 35 altı	40 20	8,72 5,40	3,8762 3,1689	3,318	**,002***
DEHB İndeksi	35 ve üstü 35 altı	40 20	21,22 16,15	7,0145 7,3217	2,604	**,012***
CADÖ-YK Babalar	**Travma Düzeyi**	**N**	**Ortalama**	**SS**	**T**	**p**
Karşı Gelme	35 ve üstü 35 altı	35 25	9,00 6,44	4,1938 4,1641	2,338	**,023***
Bilişsel Problemler ve Dikkatsizlik	35 ve üstü 35 altı	35 25	9,48 7,44	5,1069 3,7314	1,703	,094
Hiperaktivite	35 ve üstü 35 altı	35 25	7,91 5,80	3,6812 4,5734	1,982	,052
DEHB İndeksi	35 ve üstü 35 altı	35 25	19,97 16,12	6,4738 8,0432	2,053	**,045***

Not: DEHB İndeksi= Dikkat Eksikliği ve Hiparektivite İndeksi, Tanılı= Tanılı grup Ebeveynler, Tanısız=Tanısız grup Ebeveynler, Var= Çocukluk Çağı Travması Olanlar, Yok=Çocukluk Çağı Travması Olmayanlar

Tablo XXX'da çocukluk çağı travma puanı kesme skorunun üstünde olan ve altında olan tanılı grubun annelerinin ve babalarının Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği'nden elde ettiği puanlar karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonuçları, karşı gelme alt ölçeği (t=3,113, p<.05), hiperaktivite alt ölçeği (t =3,318, p<.05) ve DEHB indeksi (t =2,604, p<.05) açısından CTQ puanı kesme skorunun üstünde olan ve altında olan tanılı grubun anneleri arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğunu göstermektedir. Baba grupları için yapılan analiz sonuçları, karşı

gelme alt ölçeği (t=2,338, p<.05) ve DEHB indeksi (t =2,053, p<.05) açısından CTQ puanı kesme skorunun üstünde olan ve altında olan tanılı grubun babaları arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğunu göstermektedir.

4.1.4. Katılımcıların CTQ, DES, KSE, YEEE, TSBE ve CADÖ-KF Ölçme Araçlarından Elde Ettikleri Puanlar Arasındaki İlişki

Katılımcıların CTQ, DES, KSE, YEEE, TSBE ve CADÖ-KF puanları arasındaki ilişkiyi keşfetmek için korelasyon analizi yapılmıştır. CTQ, DES, KSE, YEEE, TSBE ve CADÖ-KF değişkenleri normal dağılıma sahip olduğu için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Hipotezlerde ileri sürülen değişkenler arasındaki ilişki sınamaları ayrı ayrı gerçekleştirilmiş ve ilişkileri gösteren analiz sonuçları ölçekler ve alt ölçeklerle birlikte tablo haline getirilmiştir. Korelasyon analizine ilişkin bulgular, ilişki katsayısının .01 ile 0.29 arasında olması durumunda düşük düzeyde, .30 ile .69 arasında olması durumunda orta düzeyde ve .70 ile .99 arasında olması durumunda ise yüksek düzeyde ilişkinin bulunduğunun göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Büyüköztürk, 2014).

Tablo XXXI. Tüm Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri, Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiyi Gösteren Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1	1																									
2	,541**	1																								
3	,147*	,218**	1																							
4	,810**	,393**	,148*	1																						
5	,766**	,226**	0,028	,529**	1																					
6	,861**	,293**	0,014	,524**	,570**	1																				
7	,484**	,311**	,246**	,415**	,381**	,359**	1																			
8	,427**	,245**	0,098	,531**	,272**	,260**	,508**	1																		
9	,336**	,200**	0,107	,443**	,206**	,185**	,488**	,929**	1																	
10	,357**	,199**	0,054	,452**	,211**	,225**	,390**	,930**	,818**	1																
11	,494**	,252**	0,062	,575**	,335**	,335**	,532**	,898**	,804**	,780**	1															
12	,197**	0,032	0,076	,314**	,141*	0,093	,363**	,804**	,738**	,713**	,634**	1														
13	,471**	,392**	,160*	,524**	,294**	,278**	,451**	,778**	,664**	,664**	,646**	,485**	1													
14	-,149*	-0,085	0,093	-0,123	-0,086	-,150*	0,049	0,025	0,032	0,037	0,023	0,105	-0,099	1												
15	-,167**	-0,103	0,066	-,132*	-0,097	-,166**	0,041	0,014	0,030	0,019	0,021	0,107	-0,126	,951**	1											
16	-0,107	-0,055	0,086	-0,100	-0,067	-0,102	0,091	0,064	0,064	0,086	0,050	0,101	-0,040	,909**	,788**	1										
17	-0,107	-0,054	0,124	-0,087	-0,055	-0,121	-0,001	-0,010	-0,016	0,002	-0,014	0,066	-0,080	,848**	,702**	,717**	1									
18	-,407**	-,128*	-0,05	-,336**	-,325**	-,379**	-,375**	-,289**	-,227**	-,227**	-,366**	-,192**	-,245**	,174**	,183**	,168**	0,097	1								
19	-,472**	-,175**	-0,084	-,393**	-,358**	-,434**	-,404**	-,309**	-,240**	-,280**	-,363**	-,182**	-,257**	0,113	,139*	0,117	0,012	,827**	1							
20	-,456**	-,192**	-0,093	-,384**	-,362**	-,396**	-,431**	-,345**	-,295**	-,293**	-,406**	-,194**	-,294**	,216**	,217**	,177**	,185**	,571**	,605**	1						
21	-,445**	-,161*	-0,075	-,329**	-,390**	-,409**	-,395**	-,329**	-,270**	-,271**	-,358**	-,216**	-,320**	0,1	0,119	0,114	0,008	,707**	,772**	,561**	1					
22	-,457**	-,202**	-0,058	-,349**	-,392**	-,405**	-,508**	-,313**	-,291**	-,264**	-,330**	-,149*	-,321**	,198**	,173**	,211**	,161*	,521**	,546**	,570**	,490**	1				
23	,435**	,206**	-0,010	,386**	,336**	,368**	,429**	,489**	,444**	,455**	,445**	,345**	,431**	-0,044	-0,050	0,006	-0,077	-,415**	-,437**	-,437**	-,416**	-,508**	1			
24	,431**	0,117	0,025	,387**	,340**	,392**	,471**	,373**	,350**	,323**	,384**	,241**	,314**	-0,101	-0,099	-0,063	-0,114	-,440**	-,469**	-,431**	-,396**	-,588**	,684**	1		
25	,413**	,163*	0,009	,340**	,328**	,375**	,552**	,439**	,427**	,364**	,419**	,290**	,418**	-0,091	-0,090	-0,026	-,137*	-,415**	-,422**	-,452**	-,443**	-,562**	,782**	,715**	1	
26	,468**	,144*	0,033	,394**	,410**	,412**	,571**	,429**	,404**	,379**	,410**	,291**	,380**	-0,067	-0,062	-0,016	-0,114	-,441**	-,444**	-,476**	-,438**	-,616**	,766**	,902**	,829**	1

*Not: 1: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanı; 2: Fiziksel İstismar; 3: Cinsel İstismar; 4: Duygusal İstismar: 5: Fiziksel İhmal; 6: Duygusal İhmal; 7: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puan Ortalaması; 8: Kısa Semptom Envanteri Toplam Puanı; 9: Kısa Semptom Envanteri Anksiyete Alt Boyutu; 10: Kısa Semptom Envanteri Depresyon Alt Boyutu; 11: Kısa Semptom Envanteri Olumsuz Benlik Alt Boyutu; 12: Kısa Semptom Envanteri Somatizasyon Alt Boyutu; 13: Kısa Semptom Envanteri Hostilite Alt Boyutu; 14: Travma Sonrası Büyüme Envanteri Toplam Puanı; 15:Travma Sonrası Büyüme Envanteri Benlik Algısında Değişim Alt Ölçeği; 16:Travma Sonrası Büyüme Envanteri Yaşam Felsefesinde Değişim Alt Ölçeği; 17:Travma Sonrası Büyüme Envanteri Başkalarıyla İlişkilerde Değişim Alt Ölçeği; 18: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocuklardan Beklentiler Alt Ölçeği; 19: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati Alt Ölçeği; 20: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Cezanın Kullanımı Alt Ölçeği; 21: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Ebeveyn-Çocuk Rol Sorumlulukları Alt Ölçeği; 22: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocukların Güç ve Bağımsızlığı Alt Ölçeği; 23: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Karşı Gelme Alt Ölçeği; 24: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Bilişsel Problemler ve Dikkatsizlik Alt Ölçeği, 25: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Hiperaktivite Alt Ölçeği; 26: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite İndeksi Alt Ölçeği. *p<.05, **p<.01*

Tablo XXXI'de tüm katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri, Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Puanları Arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Katılımcıların çocukluk çağı travmalarının; dissosiyatif yaşantılarla (r=.484; p<.01), KSE toplam puanıyla (r=.427; p<.01), KSE'nin anksiyete boyutuyla (r=.336; p<.01), KSE'nin depresyon boyutuyla (r=.357; p<.01), KSE'nin olumsuz benlik boyutuyla (r=.494; p<.01), KSE'nin somatizasyon boyutuyla (r=.197; p<.01), KSE'nin hostilite boyutuyla (r=.471; p<.01), CADÖ-KF'nin karşı gelme boyutuyla (r=.435; p<.01), CADÖ-KF'nin bilişsel problemler ve dikkatsizlik boyutuyla (r=.431; p<.01), CADÖ-KF'nin hiperaktivite boyutuyla (r=.413; p<.01) ve CADÖ-KF'nin DEHB indeksi boyutuyla (r=.468; p<.01) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çocukluk çağı travmalarının; travma sonrası büyüme düzeyiyle (r=-.149; p<.05), travma sonrası büyümenin alt boyutlarından benlik algısında değişimle (r=-.167; p<.01), ebeveynlik tutumlarından çocuklardan beklentiler alt boyutuyla (r=-.407; p<.01), ebeveynlik tutumlarından çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt boyutuyla (r=-.472; p<.01), ebeveynlik tutumlarından disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı alt boyutuyla (r=-.456; p<.01), ebeveynlik tutumlarından ebeveyn-çocuk rol sorumlulukları alt boyutuyla (r=-.445; p<.01) ve ebeveynlik tutumlarından çocukların güç ve bağımsızlığı alt boyutuyla (r=-.457; p<.01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tüm katılımcıların dissosiyatif yaşantıların; KSE toplam puanıyla (r=.508; p<.01), KSE'nin anksiyete boyutuyla (r=.488; p<.01), KSE'nin depresyon boyutuyla (r=.390; p<.01), KSE'nin olumsuz benlik boyutuyla (r=.532; p<.01), KSE'nin somatizasyon boyutuyla (r=.363; p<.01), KSE'nin hostilite boyutuyla (r=.451; p<.01), CADÖ-KF'nin karşı gelme boyutuyla (r=.429; p<.01), CADÖ-KF'nin bilişsel problemler ve dikkatsizlik boyutuyla (r=.471; p<.01),

CADÖ-KF'nin hiperaktivite boyutuyla (r=.552; p<.01) ve CADÖ-KF'nin DEHB indeksi boyutuyla (r=.571; p<.01) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Dissosiyatif yaşantıların; ebeveynlik tutumlarından çocuktan beklentiler alt boyutuyla (r=-.375; p<.01), çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt boyutuyla (r=-.404; p<.01), ebeveynlik tutumlarından disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı alt boyutuyla (r=-.431; p<.01), ebeveynlik tutumlarından ebeveyn-çocuk rol sorumlulukları alt boyutuyla (r=-.395; p<.01) ve ebeveynlik tutumlarından çocukların güç ve bağımsızlığı alt boyutuyla (r=-.508; p<.01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Tüm katılımcıların KSE toplam puanı ile CADÖ-KF'nin DEHB indeks puanı (r=.43; p<.01) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların ebeveynlik tutumlarından çocuklardan beklentilere yönelik tutumların CADÖ-KF'nin DEHB indeks puanıyla (r=-.441; p<.01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların ebeveynlik tutumlarından çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati tutumları ile CADÖ-KF'nin DEHB indeks puanı (r=-.444; p<.01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların ebeveynlik tutumlarından disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımına yönelik tutumlar ile CADÖ-KF'nin DEHB indeks puanı (r=-.476; p<.01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların ebeveynlik tutumlarından ebeveyn-çocuk rol sorumluluklarına yönelik tutumları ile CADÖ-KF'nin DEHB indeks puanı (r=-.438; p<.01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların ebeveynlik tutumlarından çocukların güç ve bağımsızlığına yönelik tutumlar ile CADÖ-KF'nin DEHB indeks puanı (r=-.616; p<.01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo XXXII. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri, Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiyi Gösteren Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1	1																									
2	,546**	1																								
3	0,174	,250**	1																							
4	,782**	,395**	0,165	1																						
5	,709**	0,158	0,028	,386**	1																					
6	,839**	,231*	0,007	,483**	,547**	1																				
7	,399**	,295**	,346**	,385**	,259**	,226*	1																			
8	,254**	,219*	0,051	,452**	0,062	0,051	,397**	1																		
9	0,175	0,176	0,046	,367**	0,027	-0,010	,385**	,931**	1																	
10	0,139	0,161	0,019	,327**	-0,015	-0,022	,269**	,935**	,821**	1																
11	,396**	,258**	0,038	,547**	0,157	,211*	,474**	,886**	,788**	,754**	1															
12	0,062	-0,024	0,046	,265**	-0,008	-0,051	,287**	,843**	,788**	,780**	,656**	1														
13	,382**	,428**	0,098	,516**	0,146	0,113	,340**	,766**	,650**	,678**	,652**	,465**	1													
14	-,185*	-0,125	0,139	-0,177	-0,057	-,181*	0,124	0,091	0,103	0,099	0,073	0,174	-0,086	1												
15	-,204*	-0,149	0,103	-,192*	-0,076	-,182*	0,130	0,084	0,117	0,080	0,062	,188*	-0,114	,963**	1											
16	-0,132	-0,076	0,154	-0,133	-0,025	-0,145	0,160	0,107	0,114	0,120	0,096	0,154	-0,053	,936**	,847**	1										
17	-0,156	-0,099	0,154	-0,145	-0,038	-0,169	0,023	0,055	0,022	0,083	0,046	0,113	-0,040	,849**	,723**	,750**	1									
18	-,333**	-0,17	-0,033	-,294**	-,205*	-,283**	-,266**	-0,123	-0,09	-0,022	-,268**	-0,012	-0,166	,280**	,293**	,283**	0,157	1								
19	-,375**	-,186*	-0,156	-,331**	-,231*	-,309**	-,299**	-0,135	-0,102	-0,059	-,258**	-0,032	-0,148	,244**	,283**	,251**	0,067	,810**	1							
20	-,383**	-,197*	-,223*	-,376**	-,257**	-,265**	-,316**	-,228*	-,203*	-0,159	-,318**	-0,077	-,243**	,291**	,314**	,257**	,190*	,632**	,712**	1						
21	-,336**	-0,172	-0,141	-,239**	-,267**	-,280**	-,212*	-0,153	-0,116	-0,091	-,221*	-0,062	-,201*	,278**	,307**	,288**	0,111	,724**	,804**	,602**	1					
22	-,413**	-,209*	-0,162	-,394**	-,303**	-,288**	-,398**	-0,178	-0,171	-0,111	-,254**	-0,07	-0,176	,188*	0,165	,212*	0,148	,423**	,505**	,533**	,326**	1				
23	,271**	0,166	-0,029	,317**	0,151	0,170	,239**	,350**	,312**	,318**	,322**	,287**	,295**	-0,063	-0,060	-0,004	-0,130	-,217*	-,267**	-,308**	-,190*	-,281**	1			
24	,234*	-0,004	0,012	,287**	0,075	,249**	,253**	0,117	0,121	0,066	,200*	0,087	0,019	-0,093	-0,064	-0,072	-0,160	-,268**	-,329**	-,227*	-0,121	-,304**	,489**	1		
25	,247**	0,094	-0,014	,288**	0,132	,192*	,346**	,259**	,282**	,210*	,275**	0,165	,188*	-0,074	-0,059	0,000	-,185*	-,241**	-,271**	-,288**	-,217*	-,318**	,718**	,507**	1	
26	,284**	0,048	0,033	,307**	,189*	,241**	,388**	,188*	,192*	0,156	,207*	0,159	0,096	-0,028	0,014	0,009	-0,166	-,234*	-,282**	-,262**	-0,115	-,350**	,655**	,823**	,699**	1

*Not: 1: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanı; 2: Fiziksel İstismar; 3: Cinsel İstismar; 4: Duygusal İstismar: 5: Fiziksel İhmal; 6: Duygusal İhmal; 7: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puan Ortalaması; 8: Kısa Semptom Envanteri Toplam Puanı; 9: Kısa Semptom Envanteri Anksiyete Alt Boyutu; 10: Kısa Semptom Envanteri Depresyon Alt Boyutu; 11: Kısa Semptom Envanteri Olumsuz Benlik Alt Boyutu; 12: Kısa Semptom Envanteri Somatizasyon Alt Boyutu; 13: Kısa Semptom Envanteri Hostilite Alt Boyutu; 14: Travma Sonrası Büyüme Envanteri Toplam Puanı; 15:Travma Sonrası Büyüme Envanteri Benlik Algısında Değişim Alt Ölçeği; 16:Travma Sonrası Büyüme Envanteri Yaşam Felsefesinde Değişim Alt Ölçeği; 17:Travma Sonrası Büyüme Envanteri Başkalarıyla İlişkilerde Değişim Alt Ölçeği; 18: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocuklardan Beklentiler Alt Ölçeği; 19: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati Alt Ölçeği; 20: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Cezanın Kullanımı Alt Ölçeği; 21: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Ebeveyn-Çocuk Rol Sorumlulukları Alt Ölçeği; 22: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocukların Güç ve Bağımsızlığı Alt Ölçeği; 23: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Karşı Gelme Alt Ölçeği; 24: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Bilişsel Problemler ve Dikkatsizlik Alt Ölçeği, 25: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Hiperaktivite Alt Ölçeği; 26: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite İndeksi Alt Ölçeği. *p<.05, **p<.0*

Tablo XXXII'de tanılı grubun ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri, Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Puanları Arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Katılımcıların çocukluk çağı travmalarının; dissosiyatif yaşantılarla (r=.399; p<.01), KSE toplam puanıyla (r=.254; p<.01), KSE'nin olumsuz benlik boyutuyla (r=.396; p<.01), KSE'nin hostilite boyutuyla (r=.382; p<.01), CADÖ-KF'nin karşı gelme boyutuyla (r=.271; p<.01), CADÖ-KF'nin bilişsel problemler ve dikkatsizlik boyutuyla (r=.234; p<.01), CADÖ-KF'nin hiperaktivite boyutuyla (r=.247; p<.01) ve CADÖ-KF'nin DEHB indeksi boyutuyla (r=.284; p<.01) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çocukluk çağı travmalarının; travma sonrası büyüme düzeyiyle (r=-.185; p<.05), travma sonrası büyümenin alt boyutlarından benlik algısında değişimle (r=-.204; p<.01), ebeveynlik tutumlarından çocuklardan beklentiler alt boyutuyla (r=-.333; p<.01), ebeveynlik tutumlarından çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt boyutuyla (r=-.375; p<.01), ebeveynlik tutumlarından disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı alt boyutuyla (r=-.383; p<.01), ebeveynlik tutumlarından ebeveyn-çocuk rol sorumlulukları alt boyutuyla (r=-.336; p<.01) ve ebeveynlik tutumlarından çocukların güç ve bağımsızlığı alt boyutuyla (r=-.413; p<.01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tanılı grubun ebeveynlerinin dissosiyatif yaşantılarının; KSE toplam puanıyla (r=.397; p<.01), KSE'nin anksiyete boyutuyla (r=.385; p<.01), KSE'nin depresyon boyutuyla (r=.269; p<.01), KSE'nin olumsuz benlik boyutuyla (r=.474; p<.01), KSE'nin somatizasyon boyutuyla (r=.287; p<.01), KSE'nin hostilite boyutuyla (r=.340; p<.01), CADÖ-KF'nin karşı gelme boyutuyla (r=.239; p<.01), CADÖ-KF'nin bilişsel problemler ve dikkatsizlik boyutuyla (r=.253; p<.01), CADÖ-KF'nin hiperaktivite boyutuyla (r=.346; p<.01) ve CADÖ-KF'nin DEHB indeksi boyutuyla (r=.388; p<.01) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Dissosiyatif yaşantılar ile ebeveynlik tutumlarından çocuklardan beklentiler alt boyutuyla (r=-.266; p<.01), ebeveynlik tutumlarından çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt boyutuyla (r=-.299; p<.01), ebeveynlik tutumlarından disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı alt boyutuyla (r=-.316; p<.01), ebeveynlik tutumlarından ebeveyn-çocuk rol sorumlulukları alt boyutuyla (r=-.212; p<.01) ve ebeveynlik tutumlarından çocukların güç ve bağımsızlığı alt boyutuyla (r=-.398; p<.01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Tanılı grubun ebeveynlerinin KSE toplam puanı ile CADÖ-KF'nin DEHB indeksi puanı (r=.188; p<.01) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tanılı grubun ebeveynlerinin ebeveynlik tutumlarından çocuklardan beklentilere yönelik tutumlar ile CADÖ-KF'nin DEHB indeks puanı (r=-.234; p<.01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların ebeveynlik tutumlarından çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati tutumları ile CADÖ-KF'nin DEHB indeks puanı (r=-.282; p<.01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların ebeveynlik tutumlarından disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımına yönelik tutumlar ile CADÖ-KF'nin DEHB indeks puanı (r=-.262; p<.01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların ebeveynlik tutumlarından ebeveyn-çocuk rol sorumluluklarına yönelik tutumları ile CADÖ-KF'nin DEHB belirtilerinden karşı gelme boyutuyla (r=-.190; p<.05) ve CADÖ-KF'nin DEHB belirtilerinden hiperaktivite boyutuyla (r=-.217; p<.05) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların ebeveynlik tutumlarından çocukların güç ve bağımsızlığına yönelik tutumlar ile CADÖ-KF'nin DEHB indeks puanı (r=-.350; p<.01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo XXXIII. Tanılı Grubun Annelerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri, Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiyi Gösteren Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1	1																									
2	,535**	1																								
3	0,238	,362**	1																							
4	,748**	,366**	0,186	1																						
5	,655**	0,131	0,07	,261*	1																					
6	,839**	0,225	0,012	,440**	,513**	1																				
7	,374**	,326*	,383**	,348**	,284*	0,142	1																			
8	0,244	0,244	-0,003	,445**	0,011	0,043	,452**	1																		
9	0,158	0,212	-0,01	,337**	-0,021	-0,019	,417**	,941**	1																	
10	0,14	0,178	-0,049	,349**	-0,016	-0,046	,340**	,943**	,849**	1																
11	,375**	,258*	0,002	,534**	0,064	0,21	,531**	,884**	,814**	,741**	1															
12	0,116	-0,015	0,003	,309*	0,022	0	,345**	,873**	,807**	,815**	,714**	1														
13	,354**	,536**	0,08	,498**	0,008	0,08	,388**	,780**	,667**	,743**	,634**	,513**	1													
14	-0,124	-0,2	0,147	-0,159	0,07	-0,097	0,104	-0,046	0,058	-0,094	-0,022	0,095	-,303*	1												
15	-0,163	-0,253	0,079	-0,199	0,07	-0,115	0,097	-0,061	0,06	-0,132	-0,028	0,111	-,352**	,963**	1											
16	-0,057	-0,098	0,174	-0,101	0,112	-0,079	0,157	-0,004	0,09	-0,036	-0,005	0,089	-0,214	,940**	,864**	1										
17	-0,086	-0,157	0,207	-0,094	-0,016	-0,047	0,007	-0,054	-0,016	-0,06	-0,027	0,031	-0,212	,809**	,675**	,686**	1									
18	-,337**	-0,222	-0,167	-0,222	-0,071	-,360**	-,331**	-0,237	-0,186	-0,146	-,377**	-0,213	-0,128	,294*	,313*	,321*	0,106	1								
19	-,326*	-,298*	-0,238	-0,239	-0,02	-,309*	-,342**	-0,218	-0,205	-0,127	-,360**	-0,123	-0,145	0,247	,290*	,264*	0,031	,843**	1							
20	-,476**	-,285*	-,286*	-,348**	-,297*	-,377**	-,265*	-0,242	-0,184	-0,211	-,332**	-0,166	-0,171	0,238	,270*	0,21	0,122	,617**	,663**	1						
21	-0,197	-0,204	-,263*	-0,086	-0,011	-0,205	-0,228	-0,2	-0,171	-0,165	-0,237	-0,173	-0,137	0,241	,284*	,255*	0,035	,695**	,790**	,588**	1					
22	-,257*	-0,25	-0,108	-0,233	-0,148	-0,135	-,365**	-0,174	-0,125	-0,199	-0,244	-0,027	-0,156	0,129	0,116	0,142	0,092	,387**	,438**	,407**	0,189	1				
23	0,183	0,083	-0,045	,290*	0,155	0,036	,262*	,397**	,396**	,364**	,338**	,414**	0,228	0,011	0,041	0,075	-0,155	-0,103	-0,136	-0,165	-0,07	-,266*	1			
24	0,204	0,032	-0,013	,266*	0,052	0,177	,312*	0,105	0,114	0,021	0,208	0,108	0,003	0,013	0,037	0,043	-0,088	-0,167	-0,2	-0,048	0,053	-0,245	,411**	1		
25	0,179	0,098	-0,039	,272*	0,115	0,057	,458**	,327*	,383**	,263*	,330**	,258*	0,188	-0,085	-0,027	-0,02	-,281*	-0,213	-,274*	-0,203	-0,171	-,327*	,713**	,415**	1	
26	,293*	0,084	0,029	,318*	0,25	0,179	,476**	0,245	,262*	0,17	,271*	0,246	0,13	0,08	0,133	0,129	-0,141	-0,114	-0,11	-0,081	0,112	-,335**	,624**	,811**	,628**	1

*Not: 1: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanı; 2: Fiziksel İstismar; 3: Cinsel İstismar; 4: Duygusal İstismar: 5: Fiziksel İhmal; 6: Duygusal İhmal; 7: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puan Ortalaması; 8: Kısa Semptom Envanteri Toplam Puanı; 9: Kısa Semptom Envanteri Anksiyete Alt Boyutu; 10: Kısa Semptom Envanteri Depresyon Alt Boyutu; 11: Kısa Semptom Envanteri Olumsuz Benlik Alt Boyutu; 12: Kısa Semptom Envanteri Somatizasyon Alt Boyutu; 13: Kısa Semptom Envanteri Hostilite Alt Boyutu; 14: Travma Sonrası Büyüme Envanteri Toplam Puanı; 15:Travma Sonrası Büyüme Envanteri Benlik Algısında Değişim Alt Ölçeği; 16:Travma Sonrası Büyüme Envanteri Yaşam Felsefesinde Değişim Alt Ölçeği; 17:Travma Sonrası Büyüme Envanteri Başkalarıyla İlişkilerde Değişim Alt Ölçeği; 18: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocuklardan Beklentiler Alt Ölçeği; 19: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati Alt Ölçeği; 20: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Cezanın Kullanımı Alt Ölçeği; 21: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Ebeveyn-Çocuk Rol Sorumlulukları Alt Ölçeği; 22: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocukların Güç ve Bağımsızlığı Alt Ölçeği; 23: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Karşı Gelme Alt Ölçeği; 24: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Bilişsel Problemler ve Dikkatsizlik Alt Ölçeği, 25: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Hiperaktivite Alt Ölçeği; 26: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite İndeksi Alt Ölçeği. *p<.05, **p<.0*

Tablo XXXIII'de tanılı grubun annelerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri, Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Puanları Arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Katılımcıların çocukluk çağı travmalarının; dissosiyatif yaşantılarla (r=.374; p<.01), KSE'nin olumsuz benlik boyutuyla (r=.374; p<.01), KSE'nin hostilite boyutuyla (r=.354; p<.01), CADÖ-KF'nin DEHB indeksi boyutuyla (r=.293; p<.05) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çocukluk çağı travmalarının ebeveynlik tutumlarından çocuklardan beklentiler alt boyutuyla (r=-.337; p<.01), ebeveynlik tutumlarından çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt boyutuyla (r=-.326; p<.05), ebeveynlik tutumlarından disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı alt boyutuyla (r=-.476; p<.01) ve ebeveynlik tutumlarından çocukların güç ve bağımsızlığı alt boyutuyla (r=-.257; p<.05) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tanılı grubun annelerinin dissosiyatif yaşantılarının; KSE toplam puanıyla (r=.452; p<.01), KSE'nin anksiyete boyutuyla (r=.417; p<.01), KSE'nin depresyon boyutuyla (r=.340; p<.01), KSE'nin olumsuz benlik boyutuyla (r=.531; p<.01), KSE'nin somatizasyon boyutuyla (r=.345; p<.01), KSE'nin hostilite boyutuyla (r=.388; p<.01), CADÖ-KF'nin karşı gelme boyutuyla (r=.262; p<.05), CADÖ-KF'nin bilişsel problemler ve dikkatsizlik boyutuyla (r=.312; p<.05), CADÖ-KF'nin hiperaktivite boyutuyla (r=.458; p<.01) ve CADÖ-KF'nin DEHB indeksi boyutuyla (r=.476; p<.01) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Dissosiyatif yaşantılar ile ebeveynlik tutumlarından çocuklardan beklentiler alt boyutuyla (r=-.331; p<.01), ebeveynlik tutumlarından çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt boyutuyla (r=-.342; p<.01), ebeveynlik tutumlarından disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı alt boyutuyla (r=-.265; p<.05) ve ebeveynlik tutumlarından çocukların güç ve bağımsızlığı alt boyutuyla (r=-.365; p<.01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Tanılı grubun

ebeveynlerinin KSE toplam puanının CADÖ-KF'nin karşı gelme boyutuyla ($r=.397$; $p<.01$) ve CADÖ-KF'nin hiperaktivite boyutuyla ($r=.327$; $p<.05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Tanılı grubun ebeveynlerinin ebeveynlik tutumlarından çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati tutumları ile CADÖ-KF'nin hiperaktivite boyutuyla ($r=-.274$; $p<.05$); ebeveynlik tutumlarından çocukların güç ve bağımsızlığına yönelik tutumlar ile CADÖ-KF'nin karşı gelme boyutuyla ($r=-.266$; $p<.05$), CADÖ-KF'nin hiperaktivite boyutuyla ($r=-.327$; $p<.05$) ve CADÖ-KF'nin DEHB indeksiyle ($r=-.335$; $p<.01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo XXXIV. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri, Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiyi Gösteren Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1	1																									
2	,558**	1																								
3	,000	,000	,00																							
4	,840**	,432**	,00	1																						
5	,782**	0,195	,00	,596**	1																					
6	,844**	0,242	,00	,560**	,594**	1																				
7	,466**	,270*	,00	,416**	,313*	,404**	1																			
8	,295*	0,199	,00	,420**	,264*	0,084	0,137	1																		
9	0,224	0,131	,00	,372**	0,235	0,015	0,165	,874**	1																	
10	0,136	0,138	,00	0,213	0,084	0,022	-0,033	,900**	,696**	1																
11	,439**	,263*	,00	,534**	,358**	0,232	,290*	,890**	,714**	,743**	1															
12	-0,056	-0,078	,00	0,092	0,024	-0,164	-0,026	,707**	,653**	,645**	,468**	1														
13	,432**	,317*	,00	,507**	,398**	0,176	0,163	,714**	,563**	,508**	,639**	,267*	1													
14	-,272*	-0,085	,00	-,296*	-0,124	-,280*	0,058	0,118	-0,014	0,181	0,083	0,188	0,039	1												
15	-,282*	-0,093	,00	-,312*	-0,149	-,268*	0,058	0,072	-0,027	0,133	0,033	0,162	-0,004	,960**	1											
16	-0,229	-0,071	,00	-0,244	-0,125	-0,225	0,095	0,159	0,016	0,219	0,152	0,179	0,06	,932**	,829**	1										
17	-0,231	-0,061	,00	-0,245	-0,033	-,295*	-0,006	0,13	-0,017	0,186	0,08	0,199	0,094	,889**	,768**	,805**	1									
18	-,471**	-0,095	,00	-,555**	-,408**	-,358**	-,458**	-,307*	-,293*	-0,196	-,375**	-0,16	-0,222	0,241	0,245	0,223	0,186	1								
19	-,548**	-0,082	,00	-,554**	-,494**	-,487**	-,429**	-,318*	-0,235	-0,241	-,358**	-0,186	-,275*	0,209	0,233	0,195	0,117	,837**	1							
20	-,473**	-0,144	,00	-,554**	-,342**	-,377**	-,361**	-,450**	-,431**	-,317*	-,454**	-0,242	-,407**	,304*	,305*	,295*	0,228	,681**	,723**	1						
21	-,553**	-0,128	,00	-,511**	-,562**	-,456**	-,333**	-,331**	-0,251	-0,239	-,360**	-0,132	-,369**	0,228	0,241	0,246	0,116	,722**	,836**	,606**	1					
22	-,475**	-0,073	,00	-,465**	-,389**	-,457**	-,319*	-0,154	-0,188	-0,005	-0,227	-0,075	-0,168	,316*	,277*	,383**	0,229	,571**	,604**	,590**	,505**	1				
23	,365**	0,247	,00	,358**	0,153	,332**	0,22	,327*	0,218	,294*	,316*	0,087	,397**	-0,147	-0,173	-0,095	-0,113	-,442**	-,480**	-,531**	-,413**	-,323*	1			
24	,262*	-0,048	,00	,288*	0,128	,340**	0,131	0,061	0,054	0,044	0,147	-0,025	-0,019	-,260*	-0,239	-0,241	-,256*	-,551**	-,595**	-,489**	-,425**	-,371**	,576**	1		
25	,312*	0,086	,00	,296*	0,167	,343**	0,188	0,152	0,124	0,118	0,195	-0,015	0,167	-0,103	-0,136	-0,007	-0,124	-,343**	-,372**	-,394**	-,332**	-,293*	,726**	,589**	1	
26	,284*	0,006	,00	,290*	0,165	,333**	,259*	0,088	0,061	0,117	0,113	-0,02	0,037	-0,161	-0,141	-0,135	-0,191	-,517**	-,580**	-,509**	-,486**	-,336**	,691**	,833**	,765**	1

*Not: 1: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanı; 2: Fiziksel İstismar; 3: Cinsel İstismar; 4: Duygusal İstismar: 5: Fiziksel İhmal; 6: Duygusal İhmal; 7: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puan Ortalaması; 8: Kısa Semptom Envanteri Toplam Puanı; 9: Kısa Semptom Envanteri Anksiyete Alt Boyutu; 10: Kısa Semptom Envanteri Depresyon Alt Boyutu; 11: Kısa Semptom Envanteri Olumsuz Benlik Alt Boyutu; 12: Kısa Semptom Envanteri Somatizasyon Alt Boyutu; 13: Kısa Semptom Envanteri Hostilite Alt Boyutu; 14: Travma Sonrası Büyüme Envanteri Toplam Puanı; 15:Travma Sonrası Büyüme Envanteri Benlik Algısında Değişim Alt Ölçeği; 16:Travma Sonrası Büyüme Envanteri Yaşam Felsefesinde Değişim Alt Ölçeği; 17:Travma Sonrası Büyüme Envanteri Başkalarıyla İlişkilerde Değişim Alt Ölçeği; 18: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocuklardan Beklentiler Alt Ölçeği; 19: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati Alt Ölçeği; 20: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Cezanın Kullanımı Alt Ölçeği; 21: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Ebeveyn-Çocuk Rol Sorumlulukları Alt Ölçeği; 22: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocukların Güç ve Bağımsızlığı Alt Ölçeği; 23: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Karşı Gelme Alt Ölçeği; 24: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Bilişsel Problemler ve Dikkatsizlik Alt Ölçeği, 25: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Hiperaktivite Alt Ölçeği; 26: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite İndeksi Alt Ölçeği. *p<.05, **p<.0*

Tablo XXXIV'de tanılı grubun babalarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri, Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Puanları Arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Katılımcıların çocukluk çağı travmalarının; dissosiyatif yaşantılarla (r=.466; p<.01), KSE'nin toplam puanıyla (r=.295; p<.05), KSE'nin olumsuz benlik boyutuyla (r=.439; p<.01), KSE'nin hostilite boyutuyla (r=.432; p<.01), CADÖ-KF'nin karşı gelme boyutuyla (r=.365; p<.01), CADÖ-KF'nin bilişsel problemler ve dikkatsizlik boyutuyla (r=.262; p<.05), CADÖ-KF'nin hiperaktivite boyutuyla (r=.312; p<.05) ve CADÖ-KF'nin DEHB indeksi boyutuyla (r=.284; p<.05) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası büyüme düzeyi (r=-.272; p<.05), travma sonrası büyümenin alt boyutlarından benlik algısında değişim (r=-.282; p<.01), ebeveynlik tutumlarından çocuklardan beklentiler alt boyutuyla (r=-.471; p<.01), ebeveynlik tutumlarından çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt boyutuyla (r=-.548; p<.01), ebeveynlik tutumlarından disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı alt boyutuyla (r=-.473; p<.01), ebeveynlik tutumlarından ebeveyn-çocuk rol sorumlulukları alt boyutuyla (r=-.553; p<.01) ve ebeveynlik tutumlarından çocukların güç ve bağımsızlığı alt boyutuyla (r=-.475; p<.01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tanılı grubun babalarının dissosiyatif yaşantılarının; KSE'nin olumsuz benlik boyutuyla (r=.290; p<.05), CADÖ-KF'nin DEHB indeksi boyutuyla (r=.259; p<.01) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Dissosiyatif yaşantıların; ebeveynlik tutumlarından çocuklardan beklentiler alt boyutuyla (r=-.458; p<.01), ebeveynlik tutumlarından çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt boyutuyla (r=-.429; p<.01), ebeveynlik tutumlarından disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı alt boyutuyla (r=-.361; p<.01), ebeveynlik tutumlarından ebeveyn-çocuk rol sorumlulukları alt boyutuyla (r=-.333; p<.01) ve ebeveynlik tutumlarından

çocukların güç ve bağımsızlığı alt boyutuyla (r=-.319; p<.01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Tanılı grubun ebeveynlerinin KSE toplam puanı ile CADÖ-KF'nin karşı gelme boyutu (r=.327; p<.01) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tanılı grubun babalarının ebeveynlik tutumlarından çocuklardan beklentilere yönelik tutumlar ile CADÖ-KF'nin DEHB indeks puanı (r=-.517; p<.01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Babaların ebeveynlik tutumlarından çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati tutumları ile CADÖ-KF'nin DEHB indeks puanı (r=-.580; p<.01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların ebeveynlik tutumlarından disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımına yönelik tutumlar ile CADÖ-KF'nin DEHB indeks puanı (r=-.509; p<.01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların ebeveynlik tutumlarından ebeveyn-çocuk rol sorumluluklarına yönelik tutumları ile CADÖ-KF'nin DEHB indeks puanıyla (r=-.486; p<.01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Katılımcıların ebeveynlik tutumlarından çocukların güç ve bağımsızlığına yönelik tutumlar ile CADÖ-KF'nin DEHB indeks puanı (r=-.336; p<.01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo XXXV. Tanısız Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri, Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiyi Gösteren Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

Not: 1: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanı; 2: Fiziksel İstismar; 3: Cinsel İstismar; 4: Duygusal İstismar: 5: Fiziksel İhmal; 6: Duygusal İhmal; 7: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puan Ortalaması; 8: Kısa Semptom

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1	1																									
2	,525**	1																								
3	0,088	0,122	1																							
4	,812**	,332**	0,105	1																						
5	,755**	,267**	-0,013	,645**	1																					
6	,847**	,367**	-0,009	,463**	,443**	1																				
7	,312**	,184*	0,051	,232*	,215*	,282**	1																			
8	,514**	0,143	,191*	,557**	,373**	,373**	,437**	1																		
9	,367**	0,076	,239**	,436**	,224*	,260**	,410**	,880**	1																	
10	,514**	0,152	0,1	,542**	,345**	,401**	,324**	,893**	,730**	1																
11	,455**	0,066	0,083	,505**	,395**	,311**	,373**	,883**	,752**	,746**	1															
12	,304**	0,099	0,144	,305**	,281**	,200*	,359**	,635**	,476**	,446**	,484**	1														
13	,383**	,194*	,270**	,393**	,239**	,277**	,347**	,701**	,545**	,496**	,477**	,421**	1													
14	-0,084	0,026	0,025	-0,027	-0,111	-0,097	-0,014	-0,052	-0,061	-0,027	-0,021	-0,011	-0,101	1												
15	-0,092	0,029	0,011	-0,018	-0,099	-0,126	-0,036	-0,06	-0,084	-0,036	0,005	-0,029	-0,119	,935**	1											
16	-0,066	0,005	-0,022	-0,042	-0,125	-0,035	0,032	0,026	0,006	0,066	0,004	0,01	-0,002	,873**	,706**	1										
17	-0,055	0,033	0,092	-0,017	-0,074	-0,073	-0,018	-0,102	-0,068	-0,1	-0,088	0,005	-0,134	,857**	,689**	,691**	1									
18	-0,162	0,14	0,041	-0,139	-0,135	-,194*	-0,086	-,182*	-0,053	-,202*	-,187*	-0,118	-0,152	-0,04	-0,057	-0,041	0,01	1								
19	-,309**	0,007	0,041	-,277**	-,210*	-,309**	-,185*	-,193*	-0,056	-,279**	-0,176	-0,123	-0,083	-0,076	-0,072	-0,063	-0,066	,741**	1							
20	-0,17	0,02	0,076	-0,127	-0,107	-,199*	-,396**	-0,165	-0,105	-0,163	-,241**	-0,041	-0,051	0,118	0,081	0,055	,206*	,226*	,300**	1						
21	-,277**	0,047	0,109	-,223*	-,222*	-,294**	-,270**	-,230*	-0,14	-,182*	-,237**	-,213*	-0,179	-0,157	-0,169	-0,121	-0,11	,546**	,601**	,258**	1					
22	-0,142	-0,06	0,004	-0,031	-0,049	-,212*	-,272**	-0,01	-0,006	-0,033	0,023	0,064	-0,063	,221*	0,147	,238**	,249**	,245**	,260**	,355**	,217*	1				
23	,302**	0,046	-0,06	,227*	0,154	,344**	0,176	,400**	,330**	,419**	,314**	,220*	,283**	0,046	0,046	0,084	-0,014	-,306**	-,268**	-0,151	-,222*	-0,048	1			
24	,263**	0,052	-0,05	,291**	,195*	,202*	0,112	,370**	,286**	,394**	,238**	,287**	,284**	-0,153	-0,174	-0,055	-0,157	-0,156	-0,167	-,199*	-0,074	-0,06	,462**	1		
25	,188*	0,018	-0,039	0,053	0,064	,294**	,464**	,358**	,273**	,226*	,266**	,330**	,450**	-0,12	-0,117	-0,042	-0,16	-,259**	-0,153	-,283**	-,244**	-0,119	,464**	,355**	1	
26	,297**	-0,004	-0,055	,259**	,224*	,291**	,345**	,424**	,343**	,379**	,327**	,318**	,360**	-0,12	-0,143	-0,004	-0,154	-,249**	-0,13	-,340**	-,249**	-0,116	,541**	,680**	,660**	1

*Envanteri Toplam Puanı; 9: Kısa Semptom Envanteri Anksiyete Alt Boyutu; 10: Kısa Semptom Envanteri Depresyon Alt Boyutu; 11: Kısa Semptom Envanteri Olumsuz Benlik Alt Boyutu; 12: Kısa Semptom Envanteri Somatizasyon Alt Boyutu; 13: Kısa Semptom Envanteri Hostilite Alt Boyutu; 14: Travma Sonrası Büyüme Envanteri Toplam Puanı; 15:Travma Sonrası Büyüme Envanteri Benlik Algısında Değişim Alt Ölçeği; 16:Travma Sonrası Büyüme Envanteri Yaşam Felsefesinde Değişim Alt Ölçeği; 17:Travma Sonrası Büyüme Envanteri Başkalarıyla İlişkilerde Değişim Alt Ölçeği; 18: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocuklardan Beklentiler Alt Ölçeği; 19: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati Alt Ölçeği; 20: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Cezanın Kullanımı Alt Ölçeği; 21: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Ebeveyn-Çocuk Rol Sorumlulukları Alt Ölçeği; 22: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocukların Güç ve Bağımsızlığı Alt Ölçeği; 23: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Karşı Gelme Alt Ölçeği; 24: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Bilişsel Problemler ve Dikkatsizlik Alt Ölçeği, 25: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Hiperaktivite Alt Ölçeği; 26: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite İndeksi Alt Ölçeği. *p<.05, **p<.0*

Tablo XXXV'de tanısız grubun ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri, Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Puanları Arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Katılımcıların çocukluk çağı travmalarının; dissosiyatif yaşantılarla (r=.312; p<.01), KSE'nin toplamıyla (r=.514; p<.01), KSE'nin anksiyete boyutuyla (r=.367; p<.01), KSE'nin depresyon boyutuyla (r=.514; p<.01), KSE'nin olumsuz benlik boyutuyla (r=.455; p<.01), KSE'nin somatizasyon boyutuyla (r=.304; p<.01), KSE'nin hostilite boyutuyla (r=.383; p<.01), CADÖ-KF'nin karşı gelme boyutuyla (r=.302; p<.01), CADÖ-KF'nin bilişsel problemler ve dikkatsizlik boyutuyla (r=.263; p<.01), CADÖ-KF'nin hiperaktivite boyutuyla (r=.188; p<.05) ve CADÖ-KF'nin DEHB indeksi boyutuyla (r=.297; p<.01) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Tanısız grubun ebeveynlerinin dissosiyatif yaşantılarının; KSE toplam puanıyla (r=.437; p<.01), KSE'nin anksiyete boyutuyla (r=.410; p<.01), KSE'nin depresyon boyutuyla (r=.324; p<.01), KSE'nin olumsuz benlik boyutuyla (r=.373; p<.01), KSE'nin somatizasyon boyutuyla (r=.359; p<.01), KSE'nin hostilite boyutuyla (r=.347; p<.01) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Dissosiyatif yaşantılar ile ebeveynlik tutumlarından disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı alt boyutu (r=-.273; p<.01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo XXXVI. Tanısız Grubun Annelerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri, Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiyi Gösteren Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1	1																									
2	,314*	1																								
3	0,2	,320*	1																							
4	,749**	0,107	0,14	1																						
5	,733**	0,039	-0,007	,793**	1																					
6	,866**	0,237	0,092	,385**	,399**	1																				
7	0,216	-0,002	0,184	0,179	0,222	0,197	1																			
8	,566**	0,203	,284*	,498**	,413**	,458**	,516**	1																		
9	,541**	0,117	,379**	,578**	,433**	,406**	,481**	,849**	1																	
10	,633**	0,158	0,15	,597**	,469**	,533**	,392**	,891**	,755**	1																
11	,536**	0,152	0,152	,615**	,543**	,360**	,437**	,876**	,812**	,799**	1															
12	,361**	0,183	0,177	,330*	,382**	0,245	,506**	,687**	,528**	,488**	,542**	1														
13	,513**	0,207	,436**	,475**	,393**	,353**	,419**	,727**	,568**	,561**	,545**	,524**	1													
14	-0,076	-0,012	0,019	-0,03	-0,175	-0,037	-0,019	-0,017	0,005	-0,01	0,034	-0,056	-0,118	1												
15	-0,052	0,013	0,004	0,001	-0,139	-0,042	-0,049	-0,019	-0,025	-0,016	0,045	-0,073	-0,099	,933**	1											
16	-0,066	-0,067	-0,016	-0,052	-0,23	0,041	0,09	0,089	0,08	0,131	0,082	-0,019	-0,045	,839**	,658**	1										
17	-0,097	0,004	0,075	-0,052	-0,108	-0,092	-0,068	-0,112	-0,022	-0,14	-0,05	-0,037	-0,176	,848**	,680**	,634**	1									
18	-,343**	0,043	0,168	-0,244	-,290*	-,369**	-,284*	-0,196	-0,096	-,309*	-0,176	-0,178	-0,168	0,099	0,059	0,052	0,177	1								
19	-,438**	0,058	0,148	-,311*	-,323*	-,468**	-,305*	-,257*	-0,151	-,415**	-0,239	-0,129	-0,173	0,147	0,109	0,088	0,212	,788**	1							
20	0,02	0,156	0,033	0,042	-0,017	-0,032	-,351**	-0,2	-0,105	-0,18	-0,234	-0,041	-0,108	0,039	0,008	-0,023	0,144	,350**	,423**	1						
21	-,320*	0,125	0,212	-0,24	-,348**	-,349**	-,440**	-0,24	-0,205	-,272*	-,294*	-0,245	-0,201	-0,086	-0,111	-0,095	0,005	,581**	,605**	,359**	1					
22	-0,085	-0,06	-0,013	0,008	-0,02	-0,131	-,323*	-0,013	-0,001	-0,051	0,086	-0,073	-0,107	0,208	0,122	0,237	0,243	,407**	,407**	,338**	,321*	1				
23	,461**	0,088	-0,063	0,22	,267*	,495**	0,138	,486**	,296*	,541**	,318*	,277*	,318*	0,022	0,018	0,1	-0,06	-0,243	-,273*	-0,113	-0,234	0,043	1			
24	,300*	-0,082	0,011	0,239	,281*	0,239	0,162	,398**	0,201	,417**	0,217	,380**	,298*	-0,16	-0,223	-0,01	-0,129	-0,138	-0,21	-0,19	0,004	0,019	,501**	1		
25	,291*	0,248	0,034	-0,035	0,069	,390**	,490**	,423**	0,18	,260*	0,225	,406**	,470**	-0,074	-0,074	0,04	-0,158	-0,188	-0,166	-0,245	-0,192	-0,117	,438**	,285*	1	
26	,314*	-0,019	0,025	0,154	0,219	,310*	,396**	,442**	0,219	,371**	,290*	,422**	,344**	-0,125	-0,147	-0,001	-0,156	-,271*	-0,233	-,324*	-,271*	-0,08	,583**	,658**	,617**	1

*Not: 1: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanı; 2: Fiziksel İstismar; 3: Cinsel İstismar; 4: Duygusal İstismar: 5: Fiziksel İhmal; 6: Duygusal İhmal; 7: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puan Ortalaması; 8: Kısa Semptom Envanteri Toplam Puanı; 9: Kısa Semptom Envanteri Anksiyete Alt Boyutu; 10: Kısa Semptom Envanteri Depresyon Alt Boyutu; 11: Kısa Semptom Envanteri Olumsuz Benlik Alt Boyutu; 12: Kısa Semptom Envanteri Somatizasyon Alt Boyutu; 13: Kısa Semptom Envanteri Hostilite Alt Boyutu; 14: Travma Sonrası Büyüme Envanteri Toplam Puanı; 15:Travma Sonrası Büyüme Envanteri Benlik Algısında Değişim Alt Ölçeği; 16:Travma Sonrası Büyüme Envanteri Yaşam Felsefesinde Değişim Alt Ölçeği; 17:Travma Sonrası Büyüme Envanteri Başkalarıyla İlişkilerde Değişim Alt Ölçeği; 18: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocuklardan Beklentiler Alt Ölçeği; 19: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati Alt Ölçeği; 20: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Cezanın Kullanımı Alt Ölçeği; 21: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Ebeveyn-Çocuk Rol Sorumlulukları Alt Ölçeği; 22: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocukların Güç ve Bağımsızlığı Alt Ölçeği; 23: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Karşı Gelme Alt Ölçeği; 24: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Bilişsel Problemler ve Dikkatsizlik Alt Ölçeği, 25: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Hiperaktivite Alt Ölçeği; 26: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite İndeksi Alt Ölçeği. *p<.05, **p<.0*

Tablo XXXVI'da tanısız grubun annelerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri, Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Puanları Arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Katılımcıların çocukluk çağı travmalarının; KSE toplam puanıyla ($r=.566$; $p<.01$), KSE'nin anksiyete boyutuyla ($r=.541$; $p<.01$), KSE'nin depresyon boyutuyla ($r=.633$; $p<.01$), KSE'nin olumsuz benlik boyutuyla ($r=.633$; $p<.01$), KSE'nin somatizasyon boyutuyla ($r=.361$; $p<.01$), KSE'nin hostilite boyutuyla ($r=.513$; $p<.01$), CADÖ-KF'nin karşı gelme boyutuyla ($r=.461$; $p<.01$), CADÖ-KF'nin bilişsel problemler ve dikkatsizlik boyutuyla ($r=.300$; $p<.05$), CADÖ-KF'nin hiperaktivite boyutuyla ($r=.291$; $p<.05$) ve CADÖ-KF'nin DEHB indeksi boyutuyla ($r=.314$; $p<.05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Tanısız grubun annelerinin dissosiyatif yaşantılarının; KSE toplam puanıyla ($r=.516$; $p<.01$), KSE'nin anksiyete boyutuyla ($r=.481$; $p<.01$), KSE'nin depresyon boyutuyla ($r=.392$; $p<.01$), KSE'nin olumsuz benlik boyutuyla ($r=.437$; $p<.01$), KSE'nin somatizasyon boyutuyla ($r=.506$; $p<.01$), KSE'nin hostilite boyutuyla ($r=.419$; $p<.01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Dissosiyatif yaşantıların; ebeveynlik tutumlarından çocuklardan beklenti alt boyutuyla ($r=-.284$; $p<.05$), çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt boyutuyla ($r=-.305$; $p<.05$), disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı alt boyutuyla ($r=-.351$; $p<.01$), ebeveyn-çocuk rol ve sorumluluk alt boyutuyla ($r=-.440$; $p<.01$) ve çocukların güç ve bağımsızlığı alt boyutuyla ($r=-.323$; $p<.05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo XXXVII. Tanısız Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri, Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Arasındaki İlişkiyi Gösteren Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1	1																									
2	,588**	1																								
3	0,008	0,066	1																							
4	,804**	,535**	0,055	1																						
5	,707**	,359**	-0,011	,506**	1																					
6	,888**	,468**	-0,123	,577**	,484**	1																				
7	,372**	,275*	-0,101	,315*	0,192	,371**	1																			
8	,330*	,263*	-0,005	,404**	0,243	,272*	,412**	1																		
9	0,112	0,136	0,002	0,17	0,017	0,077	,385**	,846**	1																	
10	,325*	,281*	-0,001	,458**	,283*	0,252	,297*	,842**	,626**	1																
11	,306*	0,073	-0,062	,272*	0,252	,272*	,323*	,782**	,580**	,579**	1															
12	0,25	0,184	0,073	,274*	,259*	0,188	0,174	,344**	0,215	0,188	0,199	1														
13	0,196	,273*	0,012	0,245	0,083	0,187	,275*	,624**	,479**	,331**	,292*	0,094	1													
14	-0,125	0,057	0,027	-0,028	-0,039	-0,153	0,003	-0,158	-0,204	-0,097	-0,146	0,038	-0,097	1												
15	-0,156	0,054	0,013	-0,048	-0,045	-0,21	-0,009	-0,179	-0,226	-0,117	-0,093	0,013	-0,169	,937**	1											
16	-0,116	0,043	-0,031	-0,035	-0,023	-0,104	-0,016	-0,087	-0,132	-0,058	-0,149	0,037	0,043	,903**	,752**	1										
17	-0,033	0,059	0,109	0,025	-0,032	-0,049	0,044	-0,146	-0,174	-0,072	-0,187	0,07	-0,089	,866**	,696**	,746**	1									
18	0,022	0,22	-0,126	0,013	0,038	0,02	0,165	-0,125	0	-0,041	-0,239	-0,019	-0,139	-0,204	-0,204	-0,146	-0,194	1								
19	-0,174	-0,016	-0,104	-0,224	-0,092	-0,112	-0,033	0,013	0,124	-0,028	-0,046	-0,132	0,072	-,343**	-,301*	-0,236	-,417**	,676**	1							
20	-,409**	-0,013	0,123	-,383**	-0,179	-,391**	-,439**	-0,242	-0,178	-0,217	-,322*	-0,139	0,014	0,193	0,153	0,128	,271*	0,056	0,134	1						
21	-0,202	0,025	-0,025	-0,201	-0,088	-0,228	-0,059	-0,13	-0,042	-0,036	-0,138	-0,191	-0,15	-0,241	-0,242	-0,153	-0,251	,500**	,595**	0,125	1					
22	-0,199	-0,049	0,015	-0,084	-0,054	-,283*	-0,212	-0,04	-0,059	-0,063	-0,105	,309*	-0,031	0,223	0,16	0,23	0,25	0,072	0,106	,363**	0,11	1				
23	0,19	0,031	-0,054	0,242	0,043	0,182	0,214	,424**	,433**	,284*	,356**	0,175	0,249	0,073	0,08	0,072	0,036	-,381**	-,264*	-0,192	-0,207	-0,128	1			
24	,266*	0,122	-0,127	,366**	0,111	0,159	0,054	,456**	,459**	,392**	,305*	0,12	,270*	-0,146	-0,12	-0,104	-0,189	-0,181	-0,11	-0,214	-0,174	-0,142	,418**	1		
25	0,159	-0,078	-0,127	0,175	0,06	0,185	,437**	,459**	,457**	0,195	,378**	0,239	,433**	-0,168	-0,166	-0,126	-0,161	-,348**	-0,135	-,332**	-,310*	-0,122	,493**	,441**	1	
26	,336**	0,006	-0,144	,393**	0,238	,276*	,299*	,578**	,558**	,434**	,436**	0,172	,395**	-0,119	-0,144	-0,009	-0,156	-0,229	-0,009	-,370**	-0,227	-0,154	,502**	,709**	,707**	1

*Not: 1: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanı; 2: Fiziksel İstismar; 3: Cinsel İstismar; 4: Duygusal İstismar: 5: Fiziksel İhmal; 6: Duygusal İhmal; 7: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puan Ortalaması; 8: Kısa Semptom Envanteri Toplam Puanı; 9: Kısa Semptom Envanteri Anksiyete Alt Boyutu; 10: Kısa Semptom Envanteri Depresyon Alt Boyutu; 11: Kısa Semptom Envanteri Olumsuz Benlik Alt Boyutu; 12: Kısa Semptom Envanteri Somatizasyon Alt Boyutu; 13: Kısa Semptom Envanteri Hostilite Alt Boyutu; 14: Travma Sonrası Büyüme Envanteri Toplam Puanı; 15:Travma Sonrası Büyüme Envanteri Benlik Algısında Değişim Alt Ölçeği; 16:Travma Sonrası Büyüme Envanteri Yaşam Felsefesinde Değişim Alt Ölçeği; 17:Travma Sonrası Büyüme Envanteri Başkalarıyla İlişkilerde Değişim Alt Ölçeği; 18: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocuklardan Beklentiler Alt Ölçeği; 19: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati Alt Ölçeği; 20: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Cezanın Kullanımı Alt Ölçeği; 21: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Ebeveyn-Çocuk Rol Sorumlulukları Alt Ölçeği; 22: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocukların Güç ve Bağımsızlığı Alt Ölçeği; 23: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Karşı Gelme Alt Ölçeği; 24: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Bilişsel Problemler ve Dikkatsizlik Alt Ölçeği, 25: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Hiperaktivite Alt Ölçeği; 26: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite İndeksi Alt Ölçeği. *p<.05, **p<.0*

Tablo XXXVII'de tanısız grubun babalarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri, Travma Sonrası Büyüme Envanteri ve Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Puanları Arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Katılımcıların çocukluk çağı travmalarının; dissosiyatif yaşantılarla (r=.372; p<.01), KSE toplam puanıyla (r=.330; p<.01), KSE'nin depresyon boyutuyla (r=.325; p<.05), KSE'nin olumsuz benlik boyutuyla (r=.306; p<.05), CADÖ-KF'nin bilişsel problemler ve dikkatsizlik boyutuyla (r=.266; p<.05) ve CADÖ-KF'nin DEHB indeksi boyutuyla (r=.336; p<.01) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Tanısız grubun babalarının dissosiyatif yaşantılarının; KSE toplam puanıyla (r=.412; p<.01), KSE'nin anksiyete boyutuyla (r=.385; p<.01), KSE'nin depresyon boyutuyla (r=.297; p<.05), KSE'nin olumsuz benlik boyutuyla (r=.323; p<.05), KSE'nin hostilite boyutuyla (r=.275; p<.05) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Dissosiyatif yaşantıların ebeveynlik tutumlarından disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı alt boyutuyla (r=-.439; p<.01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

4.1.5. Regresyon Analizleri

Katılımcı gruplarının çocukluk çağı ruhsal travma durumları, dissosiyatif yaşantıları ve ebeveynlik tutumları değişkenlerinin ebeveynlerin psikiyatrik belirtileri, travma sonrası büyüme durumları ve çocuklarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite düzeylerini yordama gücünü test etmek için çoklu regresyon metodu kullanılmıştır. Regresyon analizi ile yordayıcı değişkenin yordanan değişken üzerindeki etkilerinin incelenmesidir. Regresyon analizini gerçekleştirebilmek için bazı ön şartların karşılanması beklenmektedir. (Kalaycı, 2017; Tabachnick & Fidell, 2015). Bu nedenle çalışmada elde edilen verilerin analizine geçilmeden önce analiz gerekliliklerin karşılanma durumu incelenmiştir. Bu kapsamda normallik dağılımı,

kayıp veri ve uç değer bulunmaması, doğrusallık, bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı olmaması ve hataların birbirinden bağımsız olması gibi gerekliliklerinin karşılanıp karşılanmadığı kontrol edilmiştir (Kalaycı, 2017; Tabachnick & Fidell, 2015). Tüm değişkenler varsayımları sağlamış ve regresyon analizine devam edilmiştir. Analiz sonuçları ilgili başlıklar altında tablolar halinde sunulmuştur.

4.1.5.1. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Çocuklarının Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerini Yordama Gücüne İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Bulguları

Tanılı grubun ebeveynlerinin çocukluk çağı travma düzeyinin, çocuklarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilerini yordama gücünü incelemek için katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nin (CTQ) tüm alt boyutları bağımsız değişken olarak, Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği'nin DEHB indeksi ise bağımlı değişken olarak tanımlanmıştır. CTQ'nun DEHB indeksi üzerindeki yordayıcı etkisi çoklu regresyon analizi ile test edilmiştir. Analize ilişkin bulgular XXXVIII'de gösterilmektedir.

Tablo XXXVIII. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Çocuklarının Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerini Yordama Gücüne İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Bulguları

Tanılı grup	R	R^2	B	Bse	β	t	p	F
Sabit	,345	,080	11,175	8,940		1,250	,214	3,071*
Fiziksel İstismar			-,336	,334	-,099	-1,009	,315	
Cinsel İstismar			,204	1,767	,011	,116	,908	
Duygusal İstismar			,679	,265	,278	2,559	**,012**	
Fiziksel İhmal			,126	,317	,042	,398	,692	
Duygusal İhmal			,208	,207	,113	1,005	,317	

Not: *p<.05

Tanılı grubun ebeveynlerinin çocukluk çağı travma düzeyinin çocuklarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeyini yordamasına ilişkin çoklu regresyon

analizi sonuçları Tablo XL'de verilmiştir. Regresyon analizi sonucunda elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu (F=3,071; p<.001); modeldeki bağımsız değişkenin bağımlı değişkendeki varyansın %8'ini açıkladığı (R=.345; R^2 =.080); çocukluk çağı travmaları alt boyutlarından sadece duygusal istismarın çocukların DEHB belirtileri üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu (t=2,559; p=.012) ancak diğer alt boyutların ise yordayıcı etkilerinin olmadığı bulunmuştur.

4.1.5.2. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Dissosiyatif Yaşantılarının Çocuklarının Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerini Yordama Gücüne İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Tanılı grubun ebeveynlerinin dissosiyatif yaşantılarının, çocuklarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilerini yordama gücünü incelemek için katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) bağımlı değişken olarak, Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği'nin DEHB indeksi ise bağımlı değişken olarak tanımlanmıştır. Dissosiyatif yaşantıların çocukların DEHB belirtileri üzerindeki yordayıcı etkisi basit doğrusal regresyon analizi ile test edilmiştir. Analize ilişkin bulgular XLI'da gösterilmektedir.

Tablo XXXIX. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Dissosiyatif Yaşantılarının Çocuklarının DEHB Belirtilerini Yordama Gücüne İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Tanılı grup	R	R^2	B	B_{se}	β	t	p	F
Sabit			12,236	1,586		7,715	**,000**	
Dissosiyatif Yaşantılar	,390	,145	,364	,079	,390	4,605	**,000**	21,209*

Not: *p<.05

Tanılı grubun ebeveynlerinin dissosiyatif yaşantılarının çocuklarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeyini yordamasına ilişkin basit doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo XXXIX'da verilmiştir. Regresyon analizi sonucunda elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu (F=21,209; p<.001); modeldeki bağımsız değişkenin bağımlı değişkendeki varyansın %14,5'ini açıkladığı (R=.390; R^2 =.145); ebeveynlerin dissosiyatif

yaşantılarının çocuklarının DEHB belirtileri üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu bulunmuştur (t=4,605; p=.000).

4.1.5.3. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Ebeveynlik Tutumlarının Çocuklarının Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerini Yordama Gücüne İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

Tanılı grubun ebeveynlerinin ebeveynlik tutumlarının, çocuklarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilerini yordama gücünü incelemek için katılımcıların Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri'nin (YEEE) tüm alt boyutları bağımsız değişken olarak, Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği'nin DEHB indeksi ise bağımlı değişken olarak tanımlanmıştır. Ebeveynlik tutumlarının DEHB belirtileri üzerindeki yordayıcı basit regresyon analizi ile test edilmiştir. Analize ilişkin bulgular XL'da gösterilmektedir.

Tablo XL. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Ebeveynlik Tutumlarının Çocuklarının Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerini Yordama Gücüne İlişkin Basit Regresyon Analizi Bulguları

Tanılı grup	R	R^2	B	B_{se}	β	t	p	F
Sabit	,292	,077	26,549	2,384		11,137	**,000***	10,976
Çocuklardan Beklentiler			-,363	,110	-,057	-3,313	**,000***	
Sabit	,328	,100	30,631	3,168		9,669	**,000***	14,082
Çocukların ihtiyaçlarına yönelik Empati			-,365	,097	-,328	-3,753	**,000***	
Sabit	,293	,078	30,183	3,430		8,798	**000***	11,119
Disiplin aracı olarak fiziksel cezanın Kullanımı			-,289	,087	-,293	-,335	**,001***	
Sabit	,168	,020	24,691	3,179		7,768	**,000***	3,413
Ebeveyn Çocuk Rol ve Sorumluluğu			-,265	,143	-,168	1,848	,067	
Sabit	,331	,102	35,656	4,430		8,049	**,000***	14,524
Çocukların Güç ve Bağımsızlığı			-,915	,240	-,331	-3,811	**,000***	

Not: *p<.05

Tanılı grubun ebeveynlerinin ebeveynlik tutumlarının çocuklarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilerini yordamasına ilişkin basit doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo XL'de verilmiştir. Regresyon analizi sonucunda elde edilen regresyon modellerinden ebeveyn-çocuk rol ve sorumluluk modelinin çocukların DEHB belirtileri üzerindeki yordayıcılık etkisinin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($F=3,413$; $p>.05$); çocuklardan beklentiler ($F=10,976$; $p<.001$), çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati ($F=14,082$; $p<.001$), disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı ($F=11,119$; $p<.001$), çocukların güç ve bağımsızlığı ($F=14,524$; $p<.001$) modellerinin ise çocukların DEHB belirtileri üzerindeki yordayıcılık etkisinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur.

4.1.5.4. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Psikiyatrik Belirtileri Yordama Gücüne İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Bulguları Ebeveynlerin

Ebeveyn gruplarının çocukluk çağı ruhsal travma düzeyinin, psikiyatrik belirtileri yordama gücünü incelemek için katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nin (CTQ) tüm alt boyutları bağımsız değişken olarak, Kısa Semptom Envanteri ise bağımlı değişken olarak tanımlanmıştır. Çocukluk çağı travmaların psikiyatrik belirtiler üzerindeki yordayıcı etkisi çoklu regresyon analizi ile test edilmiştir. Analize ilişkin bulgular XLI'de gösterilmektedir.

Tablo XLI. Tanısız Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Psikiyatrik Belirtileri Yordama Gücüne İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Bulguları

Tanılı grup	R	R^2	B	Bse	β	t	p	F
Sabit			-40,864	24,392		-1,675	,097	
Fiziksel İstismar			-1,890	1,452	-,108	-1,302	,195	
Cinsel İstismar			9,019	4,738	,146	1,904	,059	
Duygusal İstismar	,593	,323	3,661	,736	,512	4,973	**,001***	12,473*
Fiziksel İhmal			-,161	,980	-,017	-,165	,870	
Duygusal İhmal			,825	,440	,168	1,875	,063	

Not: *p<.05

Tanısız grubun ebeveynlerinin çocukluk çağı ruhsal travma düzeyinin psikiyatrik belirti düzeyini yordamasına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları Tablo XLI'de verilmiştir. Regresyon analizi sonucunda elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu (F=12,473; p<.001); modeldeki bağımsız değişkenin bağımlı değişkendeki varyansın %32,3'ünü açıkladığı (R=.593; R^2 =.323); çocukluk çağı travmaları alt boyutlarından duygusal istismarın (t=4,973; p<.001) psikiyatrik belirtiler üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu ancak diğer alt boyutların ise yordayıcı etkilerinin olmadığı bulunmuştur.

Tablo XLII. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının Psikiyatrik Belirtileri Yordama Gücüne İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Bulguları

Tanısız grup	R	R^2	B	B_{se}	β	t	p	F
Sabit			38,697	32,305		1,198	,233	
Fiziksel İstismar			,935	1,205	,070	,776	,440	
Cinsel İstismar			-4,168	6,385	-,055	-,653	,515	
Duygusal İstismar	,498	,215	5,267	,958	,551	5,495	**,000***	7,525*
Fiziksel İhmal			-,551	1,145	-,047	-,481	,631	
Duygusal İhmal			-1,474	,748	-,205	-1,971	,051	

Not: *p<.05

Tanılı grubun ebeveynlerinin çocukluk çağı ruhsal travma düzeyinin psikiyatrik belirti düzeyini yordamasına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları Tablo XLII'de verilmiştir. Regresyon analizi sonucunda elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu (F=7,525; p<.05); modeldeki bağımsız değişkenin bağımlı değişkendeki varyansın %21,5'ini açıkladığı (R=.498; R^2 =.215); çocukluk çağı travmaları alt boyutlarından sadece duygusal istismarın psikiyatrik belirtiler üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu (t=5,495; p=.000) ancak diğer alt boyutların ise yordayıcı etkilerinin olmadığı bulunmuştur.

4.1.7.5. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerin Dissosiyatif Yaşantılarının Psikiyatrik Belirtileri Yordama Gücüne İlişkin Basit Doğrulsal Regresyon Analizi Bulguları

Ebeveyn gruplarının dissosiyatif yaşantılarının, ebeveynlerin psikiyatrik belirtileri yordama gücünü incelemek için katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) bağımsız değişken olarak, Kısa Semptom Envanteri ise bağımlı değişken olarak tanımlanmıştır. Dissosiyatif yaşantıların psikiyatrik belirtiler üzerindeki yordayıcı etkisi basit doğrusal regresyon analizi ile test edilmiştir. Analize ilişkin bulgular XLIII'de gösterilmektedir.

Tablo XLIII. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Dissosiyatif Yaşantılarının Psikiyatrik Belirtileri Yordama Gücüne İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Tanılı grup	R	R^2	B	B_{se}	β	t	p	F
Sabit			15,698	6,185		2,538	**,012***	
Dissosiyatif Yaşantılar	,397	,151	1,448	,308	,397	4,699	**,000***	22,083*

Not: *p<.05

Tanılı grubun ebeveynlerinin dissosiyatif yaşantılarının psikiyatrik belirtileri yordamasına ilişkin basit doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo XLIII'de verilmiştir. Regresyon analizi sonucunda elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu (F=22,083; p<.001); modeldeki bağımsız değişkenin bağımlı değişkendeki varyansın %15,1'ini açıkladığı

(R=.397; R^2 =.151); ebeveynlerin dissosiyatif yaşantılarının psikiyatrik belirtiler üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu bulunmuştur (t=4,699; p=.000).

Tablo XLIV. Tanısız Grubun Ebeveynlerinin Dissosiyatif Yaşantılarının Psikiyatrik Belirtileri Yordama Gücüne İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Tanılı grup	R	R^2	B	B_{se}	β	t	p	F
Sabit			5,539	3,683		1,504	,135	
Dissosiyatif Yaşantılar	,437	,184	1,555	,295	,437	5,280	**,000***	27,874*

Not: *p<.05

Tanısız grubun ebeveynlerinin dissosiyatif yaşantılarının psikiyatrik belirtileri düzeyini yordamasına ilişkin basit doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo XLIV'de verilmiştir. Regresyon analizi sonucunda elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu (F=27,874; p<.001); modeldeki bağımsız değişkenin bağımlı değişkendeki varyansın %18,4'ünü açıkladığı (R=.437; R^2 =.184); ebeveynlerin dissosiyatif yaşantılarının psikiyatrik belirtiler üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olduğu bulunmuştur (t=5,280; p=.000).

4.1.6. Aracılık Modellerine Ait Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde araştırmamızda ele alınan değişkenler arasındaki ilişkide bazı değişkenlerin aracılık etkisine dair ileri sürülen hipotezlerin test sonuçlarına ait bulgular yer almaktadır. Hayes (2018) tarafından geliştirilmiş olan SPSS PROCESS Macro v4.2 eklentisi kullanılarak değişkenler arasında aracılık analizleri gerçekleştirilmiştir. Hayes (2022) klavuz kitabında yer alan modellerden 4. Model "*Simple Mediatiton Model*" (Basit Aracılık Modeli) kullanılarak aracı değişken analizleri sürdürülmüştür. Aracılık model analizleri gerçekleştirilirken %95 Güven Aralığı (GA) değerlerinin dikkate alındığını, bu güven aralığına ait en küçük ve en yüksek değerler arasında sıfır olmaması durumunun istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildiği bildirilmektedir (Hayes, 2022). Model analizlerinde Bootstrap yöntemi (Örnekleme sayısı olarak 5000 tercih edilmiştir) kullanılmıştır. Aracılık modellerinde ele

alınacak değişkenler arasındaki ilişkilere, ardından modele ait bulgular verilmiştir. Oluşturulan modeller yalnızca tanılı grubun ebeveynleri ile test edilmiştir. Çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantılar, ebeveynlik tutumları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri değişkenleri arasındaki korelasyon değerleri Tablo XLV' de gösterilmektedir. Hayes'in aracılık model analizlerinde değişkenler arasında anlamlı ilişkinin varlığı bir ön şart olarak belirtilmektedir (Hayes, 2022).

Tablo XLV. Aracılık Modelinde İncelenen Değişkenler Arasındaki Korelasyon Değerleri

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
1	1							
2	,399**	1						
3	-,389**	-,320**	1					
4	-,427**	-,338**	,841**	1				
5	-,469**	-,270**	,653**	,696**	1			
6	-,362**	-,230*	,715**	,815**	,600**	1		
7	-,366**	-,322**	,479**	,522**	,507**	,351**	1	
8	,290**	,390**	-,292**	-,328**	-,293**	-,168	-,331**	1

*Not: 1: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanı; 2: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puan Ortalaması; 3: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocuklardan Beklentiler Alt Ölçeği; 4: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati Alt Ölçeği; 5: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Cezanın Kullanımı Alt Ölçeği; 6: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Ebeveyn-Çocuk Rol Sorumlulukları Alt Ölçeği; 7: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocukların Güç, ve Bağımsızlığı Alt Ölçeği; 8: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite İndeksi Alt Ölçeği. *p<.05, **p<.001*

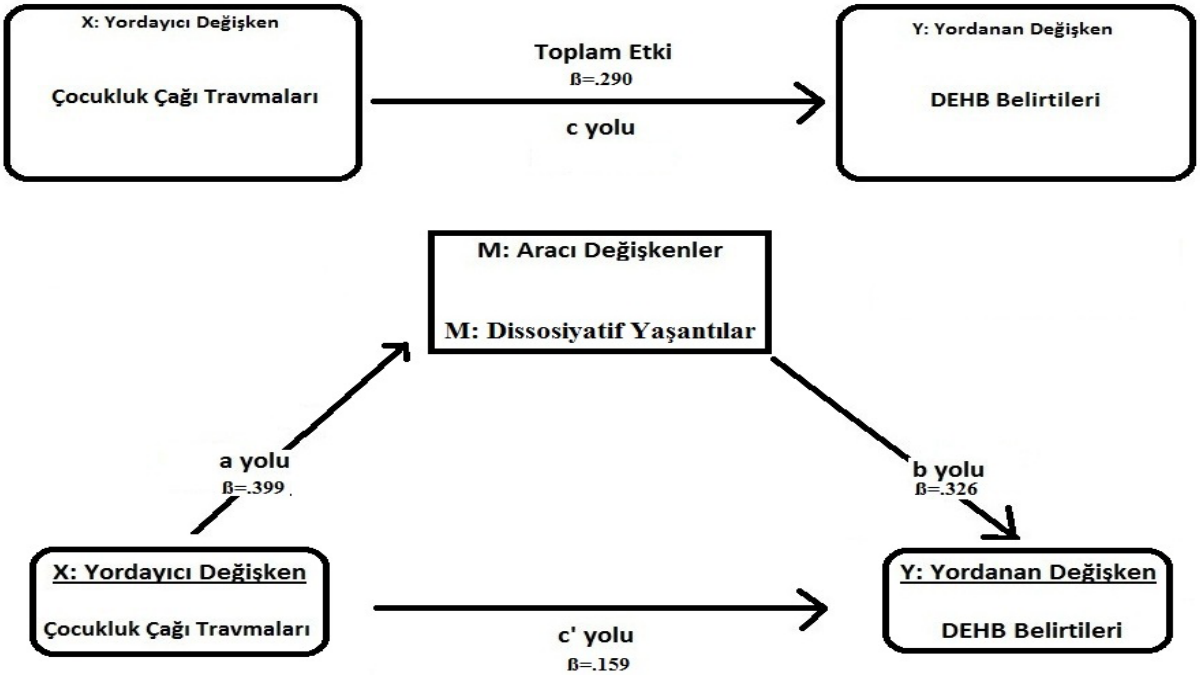
Tablo XLV incelendiğinde tanılı grubun ebeveynlerinin çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantıları ($r = .399$, $p < .001$) ve çocuklarının DEHB belirtileri ($r = .290$, $p < .001$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki görülmektedir. Çocukluk çağı travmaları ile ebeveyn tutumlarından çocuklardan beklentilere ilişkin tutumlar ($r = -.389$, $p < .001$), çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati tutumları ($r = -.427$, $p < .001$), disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımına yönelik tutumlar ($r = -.469$, $p < .001$), ebeveyn-çocuk rol sorumlulukları tutumları ($r = -.362$, $p < .001$), çocukların güç ve bağımsızlığına yönelik tutumlar ($r = -.366$, $p < .001$)

arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Ebeveynlik tutumları ile DEHB belirtileri arasındaki ilişkilere bakıldığında; çocuklardan beklentilere ilişkin tutumlarla ($r = -.292$, $p < .001$), çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati tutumlarıyla ($r = -.328$, $p < .001$), disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımına yönelik tutumlar ($r = -.293$, $p < .001$), çocukların güç ve bağımsızlığına yönelik tutumlar ($r = -.331$, $p < .001$) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Fakat ebeveyn tutumlarından ebeveyn-çocuk rol sorumluluklarına yönelik tutumlar ile DEHB belirtileri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştr ($r = -.168$, $p > .05$). Ebeveyn-çocuk rol sorumluluk değişkeni, değişkenler arasında anlamlı ilişki bulunması gerekliliğini sağlamadığı için bu değişkenle model oluşturulmamıştır.

Hayes'in ileri sürdüğü yaklaşım, aracılık rolünü incelemek adına dolaylı ve doğrudan etki değerlerinin hesaplanması üzerine kurgulanmıştır. Yordayıcı değişkenin (X), aracı değişken (M) üzerindeki etkisi (a) ile aracı değişkenin (M), yordanan değişken (Y) üzerindeki etkisinin (b) çarpımına (a.b) "dolaylı etki" ismi verilmiştir. Yordayıcı değişkenin yordanan değişken üzerindeki "doğrudan etkisi" (c'), dolaylı etkilerin (a.b) kontrol edilmesi sonucunda toplam etkiden (c) çıkarılarak hesaplanabilmektedir (Gürbüz & Bayık, 2021). Çocukluk çağı travmalar ile DEHB belirtileri ilişkisinde dissosiyatif yaşantıların aracılık etkisi 1. model; çocukluk çağı travmaları ile DEHB belirtileri ilişkisinde çocuklardan beklentilere ilişkin tutumların, çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati tutumlarının, disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımına yönelik tutumların ve çocukların güçlenmesi ile bağımsızlığına yönelik tutumlar arasındaki aracı etkisi 2. model olarak hazırlanmıştır.

4.1.6.1. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Dissosiyatif Yaşantıların Aracılık Etkisine Ait Bulgular

Şekil 1. Çocukluk Çağı Travmaları ile DEHB Belirtileri Arasındaki İlişkide Dissosiyatif Yaşantıların Aracı Rolüne İlişkin Analizlerin Modellemesi (1.Model)



Tablo XLVI. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Dissosiyatif Yaşantıların Aracılık Etkisi Analizi Sonuçları

						% 95 Güven Aralığı		
Değişkenler Arası İlişki	**b**	**S.H.**	**ß**	**t**	**p**	**Alt Sınır**	**Üst Sınır**	**R^2**
Toplam Etki (c)	,2448	,0743	,2901*	3,2934	**,0013***	,0976	,3920	,0842
Çocukluk Çağı Travmaları → Dissosyatif Yaşantılar (a)	,3612	,0764	,3991**	4,7276	**,0000***	,2099	,5125	,1592
Çocukluk Çağı Travmaları → DEHB Belirtileri (c')	,1349	,0773	,1598	1,7441	,0838	-,0183	,2880	,1738
Dissosyatif Yaşantılar → DEHB Belirtileri (b)	,3044	,0854	,3265**	3,5631	**,0005***	,1352	,4736	,1738

Not: b: Standardize Edilmemiş Regresyon Katsayısı, S.H. Standart Hata, ß: Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı, t: Serbestlik derecesi, **p< ,001, *p<,05 n=120, Altsınır: %95 Güven Aralığı alt sınırı, Üst Sınır: %95 Güven Aralığı üstü Sınırı, k=5000 Bootstrap Örneklemi, $R^{2:}$ Varyans değeri

Tablo XLVI'da aracı değişkenin yer almadığı, yalnızca yordayıcı ve yordanan değişkenlerin bulunduğu ilk modelde, bağımsız değişkenin bağımlı değişkene etkisi (c yolu=toplam etki) üzerine gerçekleştirilen analiz sonuçları, çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeninin DEHB belirtileri bağımlı değişkenini pozitif yönde anlamlı olarak yordadığını göstermektedir (ß=,2901*; %95 GA [.0976 - .3920]; t=3,2934, p<.05). Varyans değerine göre; çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeni DEHB belirtileri değişkenini %8,4 (R^2 =,0842) oranında açıklamaktadır. Tablo XLVI'da yer alan bağımsız değişkenin aracı değişkene etkisi (a yolu) analizine göre, çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantıları pozitif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=,3991**; %95 GA [.2099 - .5125]; t=4,7276; p<.001). Varyans değerine göre, çocukluk çağı travmaları dissosiyatif yaşantıları %15,9 (R^2 =,1592) oranında açıklamaktadır. Aracı değişkenin bağımlı değişkene etkisi (b yolu) analizine göre, dissosiyatif yaşantılar DEHB belirtilerini pozitif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=,3265**; %95 GA [.1352 - .4736]; t=4,7276; p<.001). Aracı değişkenin yer aldığı modelde, bağımsız değişkenin bağımlı değişkene etkisi (c' yolu) analizine göre, çocukluk çağı travmaları DEHB belirtilerini anlamlı olarak yordamamaktadır (ß=,1598; %95 GA [-.0183 - .2880]; t=1,7441; p>.05). İlk modelde bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin anlamlı iken aracı değişkenin dâhil olduğu son modelde bu ilişki anlamsızlaşmıştır. Bu sonuç, ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının çocukların DEHB belirtileri üzerinde, dissosiyatif yaşantıların aracılığıyla dolaylı etkiye sahip olduğunu göstermiştir.

Tablo XLVII. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Dissosiyatif Yaşantıların Bootstrap Temelli Aracı Değişken Etkisi

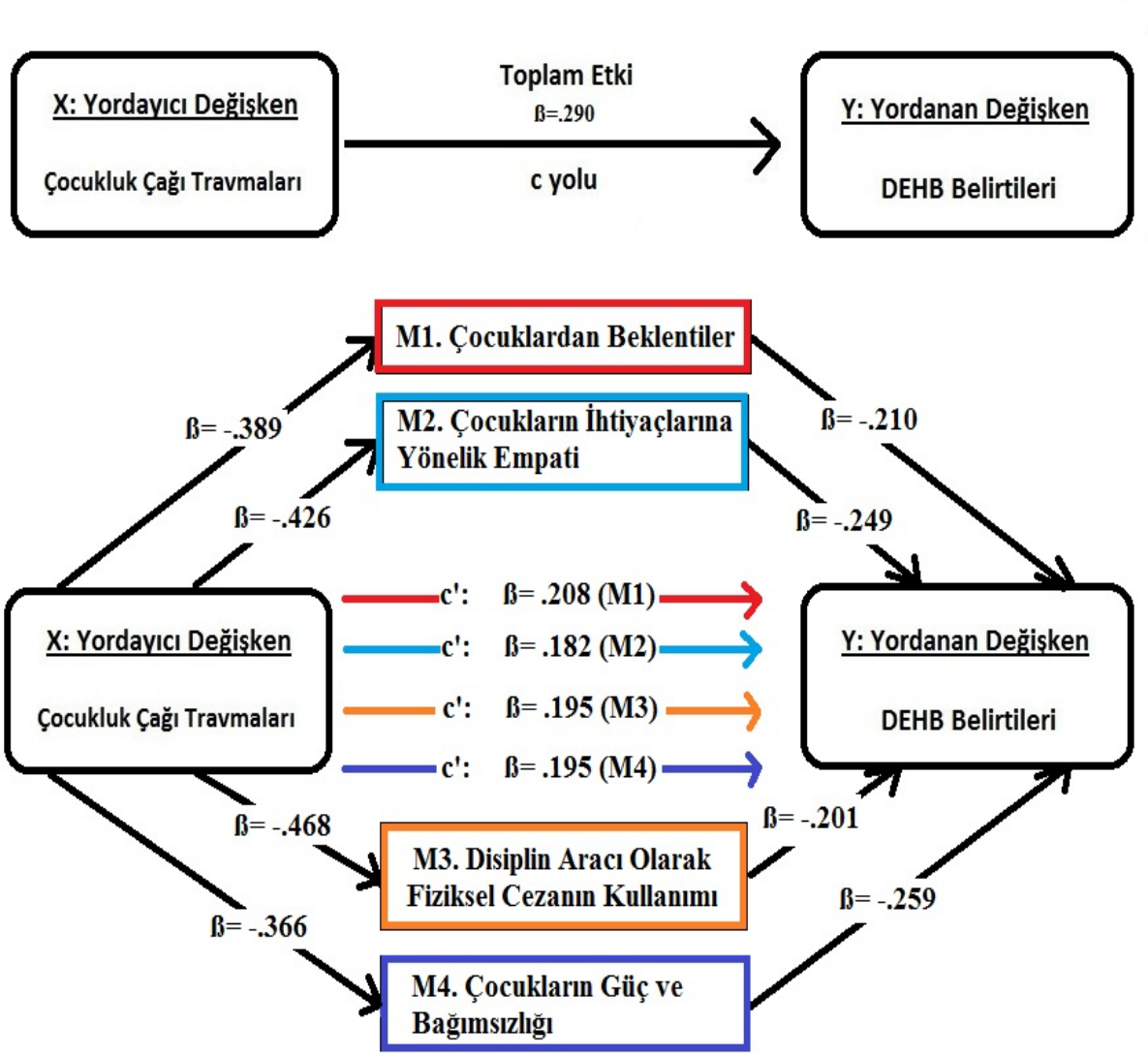
Dissosiyatif Yaşantıların Aracı Olduğu İlişki	Toplam Etki	Doğrudan Etki	Dolaylı Etki	BootSE	Bootstrap Güven Aralığı	
					BoLLCI	BoULCI
Çocukluk Çağı Travmaları – Çocukların DEHB Belirtileri	**,2901***	,1598	**,1303***	,0383	,0600	,2094

Not: BootSE. Bootstrap Standart Hata, BoLLCI: Bootstrap %95 Güven Aralığı Alt Sınırı, BoULCI: %95 Güven Aralığı Üst Sınırı, k=5000 Bootstrap Örneklemi, **p< ,001, *p<,05

Tablo XLVII'de katılımcıların dissosiyatif yaşantılar aracı değişkeninin Bootstrap temelli etki büyüklüğü değerleri görülmektedir. Çocukluk çağı travmaları ile DEHB belirtileri değişkenleri arasında ilk modelde .290 olan standardize etki katsayısı, aracı değişkenin modele dahil olmasından sonra .159 değerine düşerek anlamlılığını kaybetmektedir. Bu bulgu, ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının çocukların DEHB belirtileri üzerinde, dissosiyatif yaşantıların aracılığıyla dolaylı etkiye sahip olduğunu göstermiştir.

4.1.6.2. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasındaki İlişkide Ebeveynlik Tutumlarının Aracılık Etkisine İlişkin Bulgular

Şekil 2. Çocukluk Çağı Travmaları ile DEHB Belirtileri Arasındaki İlişkide Ebeveynlik Tutumlarının Aracılık Etkisine İlişkin Analizlerin Modellemesi (2.Model)



Tablo XLVIII. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocukların DEHB Belirtileri Arasında Çocuklardan Beklentilere Yönelik Ebeveyn Tutumlarının Aracılık Etkisi Analizi Sonuçları

						% 95 Güven Aralığı		
Değişkenler Arası İlişki	**b**	**S.H.**	**ß**	**t**	**p**	**Alt Sınır**	**Üst Sınır**	**R^2**
Toplam Etki (c)	,2448	,0743	,2901*	3,2934	**,0013**	,0976	,3920	,0842
Çocukluk Çağı Travmaları → Çocuklardan Beklentiler (a)	-,2638	,0575	-,3890**	-4,5865	**,0000**	-,3776	-,1499	,1513
Çocukluk Çağı Travmaları → DEHB Belirtileri (c')	,1757	,0794	,2082*	2,2136	**,0288**	,0185	,3328	,1219
Çocuklardan Beklentiler → DEHB Belirtileri (b)	-,2623	,1170	-,2107**	-2,2410	**,0269**	-,4940	-,0305	,1219

Not: b: Standardize Edilmemiş Regresyon Katsayısı, S.H. Standart Hata, ß: Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı, t: Serbestlik derecesi, **p< ,001, *p<,05 n=120, Altsınır: %95 Güven Aralığı alt sınırı, Üst Sınır: %95 Güven Aralığı üstü Sınırı, k=5000 Bootstrap Örneklemi, $R^{2:}$ Varyans değeri

Tablo XLVIII'de aracı değişkenin yer almadığı, yalnızca yordayıcı ve yordanan değişkenlerin bulunduğu ilk modelde, bağımsız değişkenin bağımlı değişkene etkisi (c yolu=toplam etki) üzerine gerçekleştirilen analiz sonuçları, çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeninin DEHB belirtileri bağımlı değişkenini pozitif yönde anlamlı olarak yordadığını göstermektedir (ß=,2901*; %95 GA [.0976 - .3920]; t=3,2934, p<.05). Varyans değerine göre; çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeni DEHB belirtileri değişkenini %8,4 (R^2 =,0842) oranında açıklamaktadır. Tablo L'de yer alan bağımsız değişkenin aracı değişkene etkisi (a yolu) analizine göre, çocukluk çağı travmaları, çocuklardan beklentilere yönelik tutumları negatif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=-,3890**; %95 GA [-.3776 -.1499]; t=4,5865; p<.001). Varyans değerine göre, çocukluk çağı travmaları çocuklardan beklentilere yönelik tutumları %15,1 (R^2 =,1513) oranında açıklamaktadır. Aracı değişkenin bağımlı değişkene etkisi (b yolu) analizine göre, ebeveynlerin çocuklardan beklentilere yönelik tutumları DEHB belirtilerini negatif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=-,2107**; %95 GA [-.4940 - .0305];

t=-2,2410; p<.001). Aracı değişkenin yer aldığı modelde, bağımsız değişkenin bağımlı değişkene etkisi (c' yolu) analizine göre, çocukluk çağı travmaları DEHB belirtilerini pozitif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=,2082*; %95 GA [.0185 - .3328]; t=2,2136; p<.05).

Tablo XLIX. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Çocuklardan Beklentilere Yönelik Ebeveyn Tutumlarının Bootstrap Temelli Aracı Değişken Etkisi

Çocuklardan Beklentilerin Aracılık İlişkisi	Toplam Etki	Doğrudan Etki	Dolaylı Etki	BootSE	Bootstrap Güven Aralığı	
					BoLLCI	BoULCI
Çocukluk Çağı Travmaları – Çocukların DEHB Belirtileri	**,2901***	**,2082***	**,0820***	,0451	,0030	,1805

Not: BootSE. Bootstrap Standart Hata, BoLLCI: Bootstrap %95 Güven Aralığı Alt Sınırı, BoULCI: %95 Güven Aralığı Üst Sınırı, k=5000 Bootstrap Örneklemi, **p< ,001, *p<,05

Tablo XLIX' da katılımcıların çocuklardan beklentilere yönelik ebeveynlik tutumları aracı değişkeninin Bootstrap temelli etki büyüklüğü değerleri görülmektedir. Çocukluk çağı travmaları ile DEHB belirtileri değişkenleri arasında ilk modelde .290 olan standardize edilmiş etki katsayısı, aracı değişkenin modele dahil olmasından sonra .208 değerine düşmüş fakat anlamlılığını kaybetmemiştir. Bu sonuçlar, ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının çocukların DEHB belirtileri üzerinde, çocuklardan beklentilerin aracılığıyla hem doğrudan hem de dolaylı etkiye sahip olduğunu göstermiştir.

4.1.6.3. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocukların DEHB Belirtileri Arasında Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati Tutumlarının Aracılık Etkisine Ait Bulgular

Tablo L. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati Tutumlarının Aracılık Etkisi Analizi Sonuçları

						% 95 Güven Aralığı		
Değişkenler Arası İlişki	**b**	**S.H.**	**ß**	**t**	**p**	**Alt Sınır**	**Üst Sınır**	**R^2**
Toplam Etki (c)	,2438	,0745	,2894*	3,2706	**,0014**	,0962	,3915	,0838
Çocukluk Çağı Travmaları → Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati (a)	-,3232	,0633	-,4269**	-5,1062	**,0000**	-,4486	-,1979	,1822
Çocukluk Çağı Travmaları → DEHB Belirtileri (c')	,1540	,0805	,1828	1,9143	,0580	-,0053	,3134	,1348
Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati → DEHB Belirtileri (b)	-,2778	,1063	-,2497*	-2,6146	**,0101**	-,4883	-,0674	,1348

Not: b: Standardize Edilmemiş Regresyon Katsayısı, S.H. Standart Hata, ß: Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı, t: Serbestlik derecesi, **p< ,001, *p<,05 n=120, Altsınır: %95 Güven Aralığı alt sınırı, Üst Sınır: %95 Güven Aralığı üstü Sınırı, k=5000 Bootstrap Örneklemi, $R^{2:}$ Varyans değeri

Tablo L'de aracı değişkenin yer almadığı, yalnızca yordayıcı ve yordanan değişkenlerin bulunduğu ilk modelde, bağımsız değişkenin bağımlı değişkene etkisi (c yolu=toplam etki) üzerine gerçekleştirilen analiz sonuçları, çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeninin DEHB belirtileri bağımlı değişkenini pozitif yönde anlamlı olarak yordadığını göstermektedir (ß=,2894*; %95 GA [.0962 - .3915]; t=3,2706, p<.05). Varyans değerine göre; çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeni DEHB belirtileri değişkenini %8,4 (R^2 =,0838) oranında açıklamaktadır. Tabloda yer alan bağımsız değişkenin aracı değişkene etkisi (a yolu) analizine göre, çocukluk çağı travmaları, çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati tutumları negatif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=-,4269**; %95 GA [-.4486 -.1979]; t=-5,1062; p<.001). Varyans değerine göre, çocukluk çağı travmaları çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati tutumları %18,2 (R^2 =,1822) oranında açıklamaktadır. Aracı değişkenin bağımlı değişkene

etkisi (b yolu) analizine göre, ebeveynlerin çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati tutumları DEHB belirtilerini negatif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=,2497**; %95 GA [-.4883 - -.0674]; t=-2,6146; p<.05). Aracı değişkenin yer aldığı modelde, bağımsız değişkenin bağımlı değişkene etkisi (c' yolu) analizine göre, çocukluk çağı travmaları DEHB belirtilerini pozitif yönde anlamlı olarak yordamamaktadır (ß=,1828; %95 GA [-.0580 - .3134]; t=1,9143; p>.05). İlk modelde bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin anlamlı iken aracı değişkenin dâhil olduğu son modelde bu ilişkinin anlamsızlaşması, çocukluk çağı travmalarının çocukların DEHB belirtileri üzerinde, çocuğun ihtiyaçlarına yönelik empati tutumları aracılığıyla dolaylı etkiye sahip olduğunu göstermiştir.

Tablo LI. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati Tutumlarının Bootstrap Temelli Aracı Değişken Etkisi

Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empatinin Aracılık İlişki	Toplam Etki	Doğrudan Etki	Dolaylı Etki	BootSE	Bootstrap Güven Aralığı	
					BoLLCI	BoULCI
Çocukluk Çağı Travmaları – Çocukların DEHB Belirtileri	,2894*	,1828	,1066*	,0509	,0157	,2156

Not: BootSE. Bootstrap Standart Hata, BoLLCI: Bootstrap %95 Güven Aralığı Alt Sınırı, BoULCI: %95 Güven Aralığı Üst Sınırı, k=5000 Bootstrap Örneklemi, **p< ,001, *p<,05

Tablo LI'de katılımcıların çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati tutumları aracı değişkeninin Bootstrap temelli etki büyüklüğü değerleri görülmektedir. Çocukluk çağı travmaları ile DEHB belirtileri değişkenleri arasında ilk modelde .290 olan standardize edilmiş etki katsayısı, aracı değişkenin modele dahil olmasından sonra .183 değerine düşerek anlamlılığını kaybetmiştir. Bu bulgu, çocukluk çağı travmalarının çocukların DEHB belirtileri üzerinde, çocuğun ihtiyaçlarına yönelik empati tutumları aracılığıyla dolaylı etkiye sahip olduğunu göstermiştir.

4.1.6.4. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocukların DEHB Belirtileri Arasında Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Ceza Kullanmaya İlişkin Tutumlarının Aracılık Etkisine Ait Bulgular

Tablo LII. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Ceza Kullanmaya İlişkin Tutumlarının Aracılık Etkisi Analizi Sonuçları

						% 95 Güven Aralığı		
Değişkenler Arası İlişki	**b**	**S.H.**	**ß**	**t**	**p**	**Alt Sınır**	**Üst Sınır**	**R^2**
Toplam Etki (c)	,2448	,0743	,2901*	3,2934	**,0013**	,0976	,3920	,0842
Çocukluk Çağı Travmaları → Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Ceza Kullanma (a)	-,4019	,0698	-,4685**	-5,7610	**,0000**	-,5400	-,2637	,2195
Çocukluk Çağı Travmaları → DEHB Belirtileri (c')	,1650	,0830	,1956*	1,9878	**,0492**	,0006	,3295	,1160
Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Ceza Kullanma→ DEHB Belirtileri (b)	-,1986	,0968	-,2018*	-2,0512	**,0425**	-,3903	-,0068	,1160

Not: b: Standardize Edilmemiş Regresyon Katsayısı, S.H. Standart Hata, ß: Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı, t: Serbestlik derecesi, **p< ,001, *p<,05 n=120, Altsınır: %95 Güven Aralığı alt sınırı, Üst Sınır: %95 Güven Aralığı üstü Sınırı, k=5000 Bootstrap Örneklemi, $R^{2:}$ Varyans değeri

Tablo LII'de aracı değişkenin yer almadığı, yalnızca yordayıcı ve yordanan değişkenlerin bulunduğu ilk modelde, bağımsız değişkeninin bağımlı değişkenine etkisi (c yolu=toplam etki) üzerine gerçekleştirilen analiz sonuçları, çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeninin DEHB belirtileri bağımlı değişkenini pozitif yönde anlamlı olarak yordadığını göstermektedir (ß=,2901*; %95 GA [.0976 - .3920]; t=3,2934, p<.05). Varyans değerine göre; çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeni DEHB belirtileri değişkenini %8,4 (R^2 =,0842) oranında açıklamaktadır. Tabloda yer alan bağımsız değişkenin aracı değişkene etkisi (a yolu) analizine göre, çocukluk çağı travmaları, ebeveynlerin disiplin aracı olarak fiziksel ceza kullanmaya ilişkin tutumlarını negatif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=-,4685**; %95

GA [-.5400 -.2637]; t= -5,7610; p<.001). Varyans değerine göre, çocukluk çağı travmaları disiplin aracı olarak fiziksel ceza kullanmaya yönelik ebeveynlik tutumlarını %22 (R^2 =,2195) oranında açıklamaktadır. Aracı değişkenin bağımlı değişkene etkisi (b yolu) analizine göre, ebeveynlerin disiplin aracı olarak fiziksel ceza kullanmaya ilişkin tutumları DEHB belirtilerini negatif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=-,2018*; %95 GA [-.3903 - -.0068]; t=-2,0512; p<.05). Aracı değişkenin yer aldığı modelde, bağımsız değişkenin bağımlı değişkene etkisi (c' yolu) analizine göre, çocukluk çağı travmaları DEHB belirtilerini pozitif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=,1956*; %95 GA [.0006 - .3295]; t=1,9878; p<.05).

Tablo LIII. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Ceza Kullanmaya İlişkin Tutumlarının Bootstrap Temelli Aracı Değişken Etkisi

Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Ceza Kullanmanın Aracılık İlişki	Toplam Etki	Doğrudan Etki	Dolaylı Etki	BootSE	Bootstrap Güven Aralığı	
					BoLLCI	BoULCI
Çocukluk Çağı Travmaları – Çocukların DEHB Belirtileri	,2901	,1956	,094*	,0475	,0047	,1927

Not: BootSE. Bootstrap Standart Hata, BoLLCI: Bootstrap %95 Güven Aralığı Alt Sınırı, BoULCI: %95 Güven Aralığı Üst Sınırı, k=5000 Bootstrap Örneklemi

Tablo LIII'de katılımcıların disiplin aracı olarak fiziksel ceza kullanmaya yönelik ebeveynlik tutumları aracı değişkeninin Bootstrap temelli etki büyüklüğü değerleri görülmektedir. Çocukluk çağı travmaları ile DEHB belirtileri değişkenleri arasında ilk modelde .290 olan standardize edilmiş etki katsayısı, aracı değişkenin modele dahil olmasından sonra .195 değerine düşmüş fakat anlamlılığını kaybetmemiştir. Bu sonuçlar, ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının çocukların DEHB belirtileri üzerinde, disiplin aracı olarak fiziksel ceza kullanmaya yönelik ebeveynlik tutumları aracılığıyla hem doğrudan hem de dolaylı etkiye sahip olduğunu göstermiştir.

4.1.6.5. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Çocukların Güç ve Bağımsızlığına İlişkin Tutumlarının Aracılık Etkisine Ait Bulgular

Tablo LIV. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Çocukların Güç ve Bağımsızlığına İlişkin Tutumlarının Aracılık Etkisi Analizi Sonuçları

						% 95 Güven Aralığı		
Değişkenler Arası İlişki	**b**	**S.H.**	**ß**	**t**	**p**	**Alt Sınır**	**Üst Sınır**	**R^2**
Toplam Etki (c)	,2448	,0743	,2901*	3,2934	**,0013**	,0976	,3920	,0842
Çocukluk Çağı Travmaları → Çocukların Güç ve Bağımsızlığı (a)	-,1118	,0262	-,3661**	-4,2735	**,0000**	-,1636	-,0600	,1340
Çocukluk Çağı Travmaları → DEHB Belirtileri (c')	,1646	,0776	,1951*	2,1207	**,0361**	,0109	,3184	,1426
Çocukların Güç ve Bağımsızlığı → DEHB Belirtileri (b)	-,7176	,2543	-,2596*	-2,8222	**,0056**	-1,2211	-,2140	,1426

Not: b: Standardize Edilmemiş Regresyon Katsayısı, S.H. Standart Hata, ß: Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı, t: Serbestlik derecesi, **p< ,001, *p<,05 n=120, Altsınır: %95 Güven Aralığı alt sınırı, Üst Sınır: %95 Güven Aralığı üstü Sınırı, k=5000 Bootstrap Örneklemi, $R^{2:}$ Varyans değeri

Tablo LIV'de aracı değişkenin yer almadığı, yalnızca yordayıcı ve yordanan değişkenlerin bulunduğu ilk modelde, bağımsız değişkeninin bağımlı değişkenine etkisi (c yolu=toplam etki) üzerine gerçekleştirilen analiz sonuçları, çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeninin DEHB belirtileri bağımlı değişkenini pozitif yönde anlamlı olarak yordadığını göstermektedir (ß=,2901*; %95 GA [.0976 - .3920]; t=3,2934, p<.05). Varyans değerine göre; çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeni DEHB belirtileri değişkenini %8,4 (R^2 =,0842) oranında açıklamaktadır. Tablo LIV'de yer alan bağımsız değişkenin aracı değişkene etkisi (a yolu) analizine göre, çocukluk çağı travmaları, çocukların güç ve bağımsızlığına yönelik ebeveynlik tutumlarını negatif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=-,3661**; %95 GA [-

.1636 -.0600]; t= -4,2735; p<.001). Varyans değerine göre, çocukluk çağı travmaları çocuklardan beklentilere yönelik tutumları %13,4 (R^2 =,1340) oranında açıklamaktadır. Aracı değişkenin bağımlı değişkene etkisi (b yolu) analizine göre, çocukların güç ve bağımsızlığına yönelik ebeveynlik tutumları DEHB belirtilerini negatif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=-,2596*; %95 GA [-1.2211 - -.2140]; t=-2,8222; p<.05). Aracı değişkenin yer aldığı modelde, bağımsız değişkenin bağımlı değişkene etkisi (c' yolu) analizine göre, çocukluk çağı travmaları DEHB belirtilerini pozitif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=,1951*; %95 GA [.0109 - .3184]; t=2,1207; p<.05).

Tablo LV. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Çocukların Güç ve Bağımsızlığına İlişkin Tutumların Bootstrap Temelli Aracı Değişken Etkisi

Çocukların Güç ve Bağımsızlığına İlişkin Tutumlar	Toplam Etki	Doğrudan Etki	Dolaylı Etki	BootSE	Bootstrap Güven Aralığı	
					BoLLCI	BoULCI
Çocukluk Çağı Travmaları – Çocukların DEHB Belirtileri	,2901*	,1951*	,095*	,0358	,0291	,1696

Not: BootSE. Bootstrap Standart Hata, BoLLCI: Bootstrap %95 Güven Aralığı Alt Sınırı, BoULCI: %95 Güven Aralığı Üst Sınırı, k=5000 Bootstrap Örneklemi, **p< ,001, *p<,05

Tablo LV'de katılımcıların çocukların güç ve bağımsızlığına yönelik tutumları aracı değişkeninin Bootstrap temelli etki büyüklüğü değerleri görülmektedir. Çocukluk çağı travmaları ile DEHB belirtileri değişkenleri arasında ilk modelde .290 olan standardize edilmiş etki katsayısı, aracı değişkenin modele dahil olmasından sonra .195 değerine düşmüş fakat anlamlılığını kaybetmemiştir. Bu sonuçlar, ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının çocukların DEHB belirtileri üzerinde, çocukların güç ve bağımsızlığına yönelik tutumların aracılığıyla hem doğrudan hem de dolaylı etkiye sahip olduğunu göstermiştir.

4.1.6.6. Tanılı Grubun Annelerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Dissosiyatif Yaşantıların ve Ebeveyn Tutumların Aracılık Etkisine Ait Bulgular

Tablo LVI. Tanılı Grubun Anneleri Üzerine Oluşturulan Aracılık Modelinde İncelenen Değişkenler Arasındaki Korelasyon Değerleri

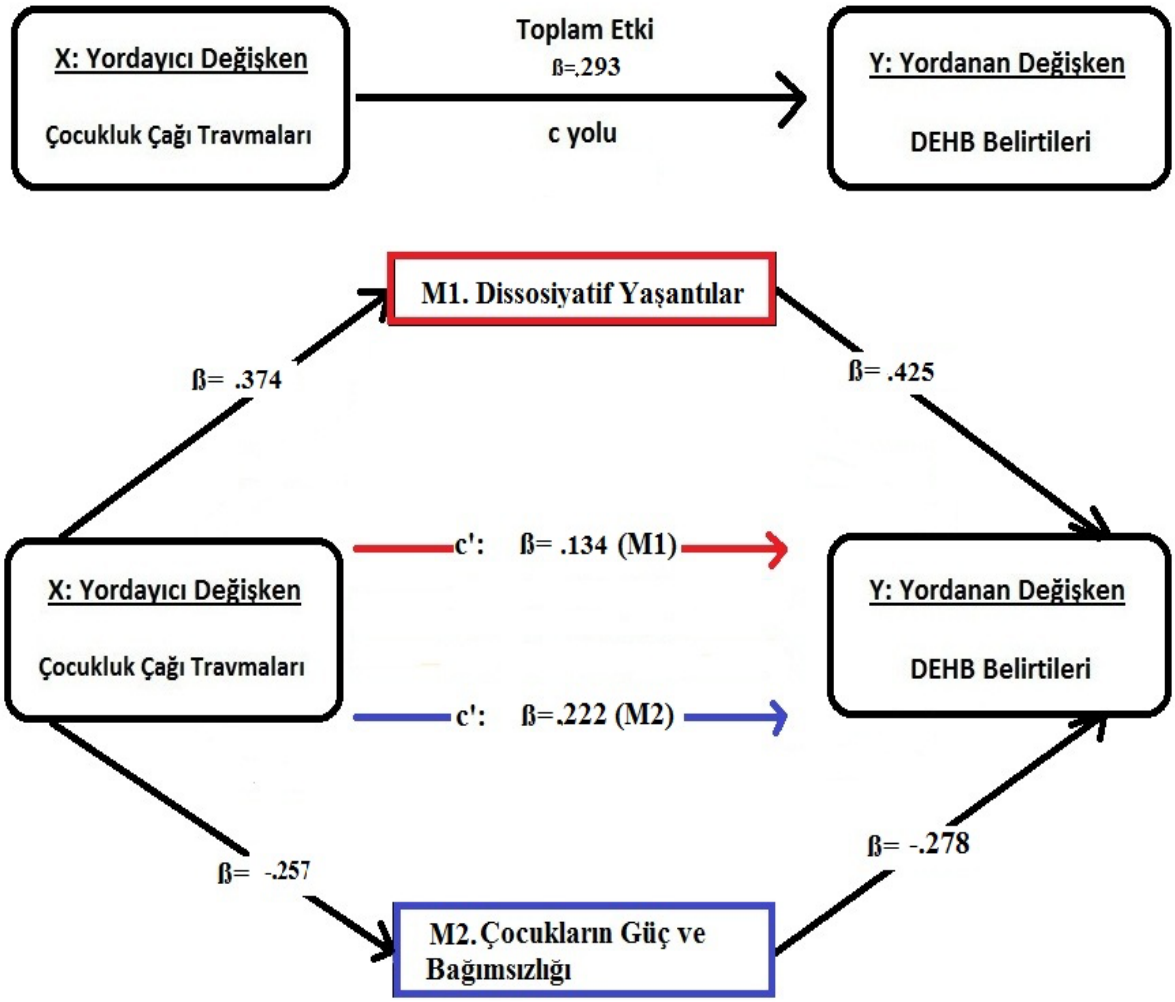
	1	2	3	4	5	6	7	8
1	1							
2	,374**	1						
3	-,337**	-,331**	1					
4	-,326*	-,342**	,843**	1				
5	-,476**	-,265*	,617**	,663**	1			
6	-0,197	-0,228	,695**	,790**	,588**	1		
7	-,257*	-,365**	,387**	,438**	,407**	0,189	1	
8	,293*	,476**	-0,114	-0,11	-0,081	0,112	-,335**	1

*Not: 1: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanı; 2: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puan Ortalaması; 3: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocuklardan Beklentiler Alt Ölçeği; 4: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati Alt Ölçeği; 5: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Cezanın Kullanımı Alt Ölçeği; 6: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Ebeveyn-Çocuk Rol Sorumlulukları Alt Ölçeği; 7: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocukların Güç ve Bağımsızlığı Alt Ölçeği; 8: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite İndeksi Alt Ölçeği. *p<.05, **p<.001*

Tablo LVI incelendiğinde tanılı grubun annelerinin çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantıları ($r = .374$, $p < .001$) ve çocuklarının DEHB belirtileri ($r = .293$, $p < .001$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki görülmektedir. Çocukluk çağı travmaları ile ebeveyn tutumlarından çocuklardan beklentilere ilişkin tutumlar ($r = -.337$, $p < .001$), çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati tutumları ($r = -.326$, $p < .001$), disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımına yönelik tutumlar ($r = -.476$, $p < .001$), çocukların güç ve bağımsızlığına yönelik tutumlar ($r = -.366$, $p < .001$) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Ebeveynlik tutumları ile DEHB belirtileri arasındaki ilişkilere bakıldığında, yalnızca çocukların güç ve bağımsızlığına yönelik tutumlar ($r = -.331$, $p < .001$) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuş diğer ebeveynlik tutumlarıyla anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Aracılık etkisine bakılmadan önce değişkenler arasında anlamlı ilişkinin var olması şartını sağlayan değişkenler

üzerinden aracılık analizine devam edilmektedir. Bu doğrultuda, ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının çocukların DEHB belirtileri üzerindeki etkisine ön şartı sağlayarak aracılık etkisi olabilecek dissosiyatif yaşantılar ve ebeveynli tutumlarından çocukların güç ve bağımsızlığı değişkenlerinin aracılık etkisi üzerine model oluşturulmuştur.

Şekil 3. Tanılı Grubun Annelerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasındaki İlişkide Dissosiyatif Yaşantıların ve Çocukların Güç ve Bağımsızlığına Yönelik Ebeveyn Tutumlarının Aracı Rolüne İlişkin Analizlerin Modellemesi (3.Model)



Tablo LVII. Tanılı Grubun Annelerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Dissosiyatif Yaşantıların Aracılık Etkisine Ait Analizi Sonuçları

						% 95 Güven Aralığı		
Değişkenler Arası İlişki	**b**	**S.H.**	**ß**	**t**	**p**	**Alt Sınır**	**Üst Sınır**	**R^2**
Toplam Etki (c)	,2443	,1045	,2934*	2,3372	**,0229**	,0351	,4536	,0861
Çocukluk Çağı Travmaları → Dissosyatif Yaşantılar (a)	,3913	,1273	,3743*	3,0744	**,0032**	,1365	,6460	,1401
Çocukluk Çağı Travmaları → DEHB Belirtileri (c')	,1117	,1036	,1341	1,0780	,2856	-,0958	,3191	,2418
Dissosyatif Yaşantılar → DEHB Belirtileri (b)	,3391	,0991	,4256**	3,4216	**,0012**	,1406	,5375	,1738

Not: b: Standardize Edilmemiş Regresyon Katsayısı, S.H. Standart Hata, ß: Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı, t: Serbestlik derecesi, **p< ,001, *p<,05 n=120, Altsınır: %95 Güven Aralığı alt sınırı, Üst Sınır: %95 Güven Aralığı üstü Sınırı, k=5000 Bootstrap Örneklemi, $R^{2:}$ Varyans değeri

Tablo LVII'de aracı değişkenin yer almadığı, yalnızca yordayıcı ve yordanan değişkenlerin bulunduğu ilk modelde, bağımsız değişkeninin bağımlı değişkenine etkisi (c yolu=toplam etki) üzerine gerçekleştirilen analiz sonuçları, çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeninin DEHB belirtileri bağımlı değişkenini pozitif yönde anlamlı olarak yordadığını göstermektedir (ß=,2934*; %95 GA [.0351 - .4536]; t=2,3372, p<.05). Varyans değerine göre; çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeni DEHB belirtileri değişkenini %8,6 (R^2 =,0861) oranında açıklamaktadır. Tabloda yer alan bağımsız değişkenin aracı değişkene etkisi (a yolu) analizine göre, çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantıları pozitif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=,3743*; %95 GA [.1365 - .6460]; t=3,0744; p<.05). Varyans değerine göre, çocukluk çağı travmaları dissosiyatif yaşantıları %14 (R^2 =,1401) oranında açıklamaktadır. Aracı değişkenin bağımlı değişkene etkisi (b yolu) analizine göre, dissosiyatif yaşantılar DEHB belirtilerini pozitif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=,4256**; %95 GA [.1406 - .5375];

t=3,4216; p<.05). Aracı değişkenin yer aldığı modelde, bağımsız değişkenin bağımlı değişkene etkisi (c' yolu) analizine göre, çocukluk çağı travmaları DEHB belirtilerini anlamlı olarak yordamamaktadır (ß=,1341; %95 GA [-.0958 - .3191]; t=1,0780; p>.05). İlk modelde bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin anlamlı iken aracı değişkenin dâhil olduğu son modelde bu ilişki anlamsızlaşmıştır. Bu sonuç, ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının çocukların DEHB belirtileri üzerinde, dissosiyatif yaşantıların aracılığıyla dolaylı etkiye sahip olduğunu göstermiştir.

Tablo LVIII. Tanılı Grubun Annelerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Dissosiyatif Yaşantıların Bootstrap Temelli Aracı Değişken Etkisi

Dissosiyatif Yaşantıların Aracı Olduğu İlişki	Toplam Etki	Doğrudan Etki	Dolaylı Etki	BootSE	Bootstrap Güven Aralığı	
					BoLLCI	BoULCI
Çocukluk Çağı Travmaları – Çocukların DEHB Belirtileri	,2934*	,1341	,1593*	,0576	,0587	,2833

Not: BootSE. Bootstrap Standart Hata, BoLLCI: Bootstrap %95 Güven Aralığı Alt Sınırı, BoULCI: %95 Güven Aralığı Üst Sınırı, k=5000 Bootstrap Örneklemi, **p< ,001, *p<,05

Tablo LVIII'de tanılı grubun annelerinin dissosiyatif yaşantılar aracı değişkeninin Bootstrap temelli etki büyüklüğü değerleri görülmektedir. Çocukluk çağı travmaları ile DEHB belirtileri değişkenleri arasında ilk modelde .293 olan standardize etki katsayısı, aracı değişkenin modele dahil olmasından sonra .134 değerine düşerek anlamlılığını kaybetmektedir. Bu bulgu, ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının çocukların DEHB belirtileri üzerinde, dissosiyatif yaşantıların aracılığıyla dolaylı etkiye sahip olduğunu göstermiştir.

Tablo LIX. Tanılı Grubun Annelerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Ebeveynlik Tutumlarından Çocukların Güç ve Bağımsızlığına Yönelik Tutumların Aracılık Etkisine Ait Analizi Sonuçları

						% 95 Güven Aralığı		
Değişkenler Arası İlişki	**b**	**S.H.**	**ß**	**t**	**p**	**Alt Sınır**	**Üst Sınır**	**R^2**
Toplam Etki (c)	,2443	,1045	,2934*	2,3372	**,023**	,0351	,4536	,0861
Çocukluk Çağı Travmaları → Çocukların Güç ve Bağımsızlığı (a)	-,0741	,0366	-,2569*	-2,025	**,047**	-,147	-,0008	,0660
Çocukluk Çağı Travmaları → DEHB Belirtileri (c')	,1849	,1047	,2221	1,7659	,083	-,025	,3947	,1580
Çocukların Güç ve Bağımsızlığı → DEHB Belirtileri (b)	-,8011	,3631	-,2775*	-3,206	**,031**	-1,53	-,074	,1580

Not: b: Standardize Edilmemiş Regresyon Katsayısı, S.H. Standart Hata, ß: Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı, t: Serbestlik derecesi, **p< ,001, *p<,05 n=120, Altsınır: %95 Güven Aralığı alt sınırı, Üst Sınır: %95 Güven Aralığı üstü Sınırı, k=5000 Bootstrap Örneklemi, $R^{2:}$ Varyans değeri

Tablo LIX'da aracı değişkenin yer almadığı, yalnızca yordayıcı ve yordanan değişkenlerin bulunduğu ilk modelde, bağımsız değişkeninin bağımlı değişkenine etkisi (c yolu=toplam etki) üzerine gerçekleştirilen analiz sonuçları, çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeninin DEHB belirtileri bağımlı değişkenini pozitif yönde anlamlı olarak yordadığını göstermektedir (ß=,2934*; %95 GA [.0351 - .4536]; t=2,3372, p<.05). Varyans değerine göre; çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeni DEHB belirtileri değişkenini %8,6 (R^2 =,0861) oranında açıklamaktadır. Tabloda yer alan bağımsız değişkenin aracı değişkene etkisi (a yolu) analizine göre, çocukluk çağı travmaları, çocukların güç ve bağımsızlığı tutumlarını negatif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=,2569*; %95 GA [-.1474 - .0008]; t=-2,025; p<.05). Varyans değerine göre, çocukluk çağı travmaları çocukların güç ve bağımsızlığı tutumlarını %6 (R^2 =,0660) oranında açıklamaktadır. Aracı değişkenin bağımlı değişkene etkisi (b yolu) analizine göre, çocukların güç ve bağımsızlığı tutumları DEHB belirtilerini pozitif yönde

anlamlı olarak yordamaktadır (ß=-,2775*; %95 GA [-.1,53 - .074]; t=-3,206; p<.05). Aracı değişkenin yer aldığı modelde, bağımsız değişkenin bağımlı değişkene etkisi (c' yolu) analizine göre, çocukluk çağı travmaları DEHB belirtilerini anlamlı olarak yordamamaktadır (ß=,2221; %95 GA [-.025 - .3947]; t=1,7659; p>.05). İlk modelde bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin anlamlı iken aracı değişkenin dâhil olduğu son modelde bu ilişki anlamsızlaşmıştır. Bu sonuç, ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının çocukların DEHB belirtileri üzerinde, çocukların güç ve bağımsızlığına yönelik tutumların aracılığıyla dolaylı etkiye sahip olduğunu göstermiştir.

Tablo LX. Tanılı Grubun Annelerinin Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Çocukların Güç ve Bağımsızlığına Yönelik Tutumların Bootstrap Temelli Aracı Değişken Etkisi

Çocukların Güç ve Bağımsızlığına Yönelik Tutumların Aracı Olduğu İlişki	Toplam Etki	Doğrudan Etki	Dolaylı Etki	BootSE	Bootstrap Güven Aralığı	
					BoLLCI	BoULCI
Çocukluk Çağı Travmaları – Çocukların DEHB Belirtileri	,2934*	,2221	,0713	,0490	-,0092	,1800

Not: BootSE. Bootstrap Standart Hata, BoLLCI: Bootstrap %95 Güven Aralığı Alt Sınırı, BoULCI: %95 Güven Aralığı Üst Sınırı, k=5000 Bootstrap Örneklemi, **p< ,001, *p<,05

Tablo LX'da tanılı grubun annelerinin çocukların güç ve bağımsızlığına yönelik tutumların aracı değişkeninin Bootstrap temelli etki büyüklüğü değerleri görülmektedir. Analiz sonuçları, çocukların güç ve bağımsızlığına yönelik ebeveynlik tutumlarının %95 güven aralığında 0 rakamını içerdiği için anlamlı düzeyde aracılık etkisine sahip olmadığını göstermiştir.

4.1.6.7. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Dissosiyatif Yaşantıların ve Ebeveyn Tutumlarının Aracılık Etkisine Ait Bulgulaır

Tablo LXI. Tanılı Grubun Babaları Örneklemi Üzerine Oluşturulan Aracılık Modelinde İncelenen Değişkenler Arasındaki Korelasyon Değerleri

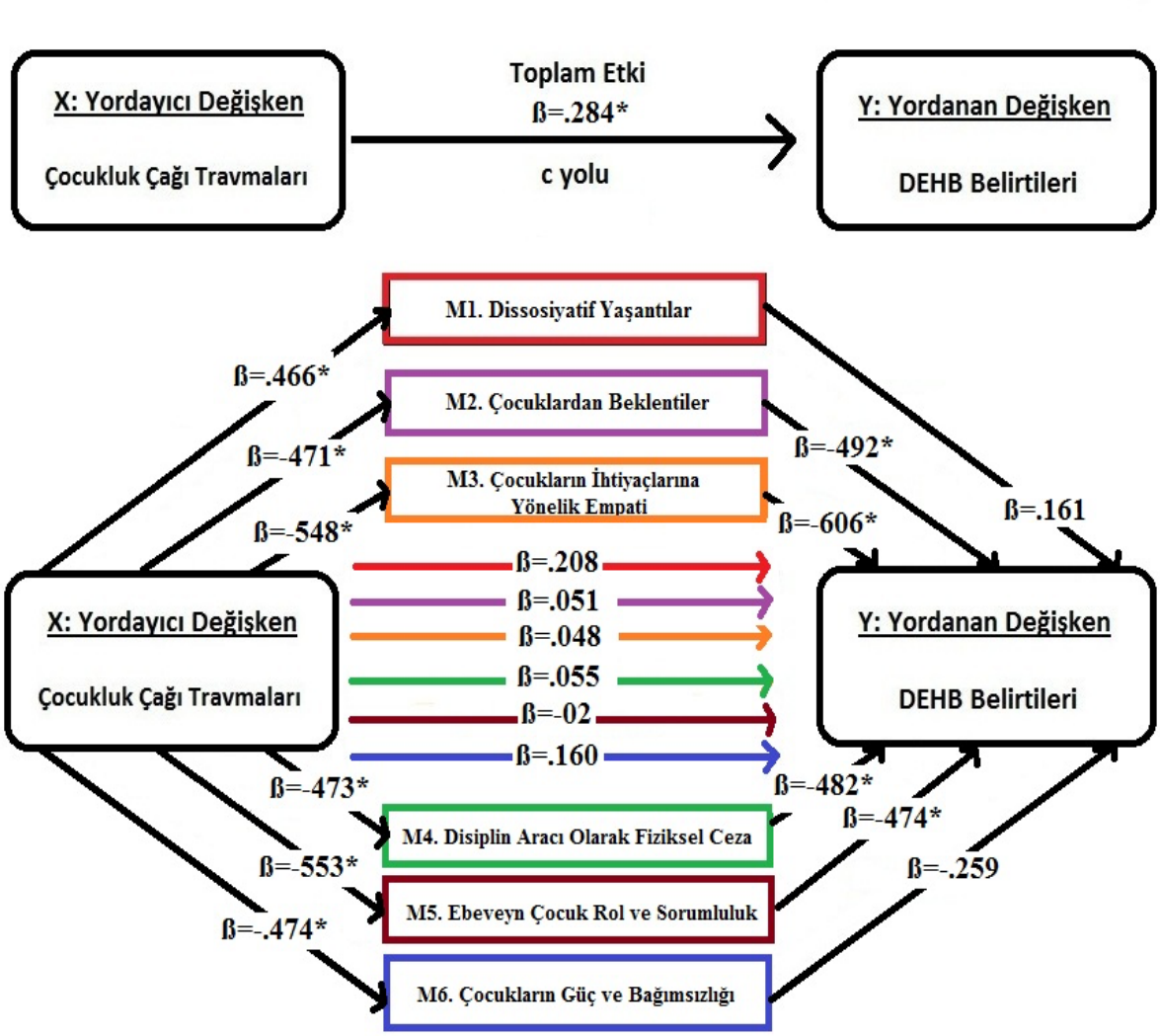
	1	2	3	4	5	6	7	8
1	1							
2	,466**	1						
3	-,471**	-,458**	1					
4	-,548**	-,429**	,837**	1				
5	-,473**	-,361**	,681**	,723**	1			
6	-,553**	-,333**	,722**	,836**	,606**	1		
7	-,475**	-,319*	,571**	,604**	,590**	,505**	1	
8	,284*	,259*	-,517**	-,580**	-,509**	-,486**	-,336**	1

*Not: 1: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanı; 2: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puan Ortalaması; 3: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocuklardan Beklentiler Alt Ölçeği; 4: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati Alt Ölçeği; 5: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Cezanın Kullanımı Alt Ölçeği; 6: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Ebeveyn-Çocuk Rol Sorumlulukları Alt Ölçeği; 7: Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanteri Çocukların Güç ve Bağımsızlığı Alt Ölçeği; 8: Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite İndeksi Alt Ölçeği. *p<.05, **p<.001*

Tablo LXI incelendiğinde tanılı grubun babalarının çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantıları (r = .466, p < .001) ve çocuklarının DEHB belirtileri (r = .284, p < .05) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki görülmektedir. Çocukluk çağı travmaları ile ebeveyn tutumlarından çocuklardan beklentilere ilişkin tutumlar (r = -.471, p < .001), çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati tutumları (r = -.548, p < .001), disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımına yönelik tutumlar (r = -.473, p < .001), ebeveyn-çocuk rol ve sorumluluğuna yönelik tutumlar (r=-,553, p<.001), çocukların güç ve bağımsızlığına yönelik tutumlar (r = -.475, p < .001) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Ebeveynlik tutumları ile DEHB belirtileri arasındaki ilişkilere bakıldığında, ebeveyn tutumlarından çocuklardan beklentilere ilişkin tutumlar (r = -.517, p < .001), çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati tutumları (r = -.580, p < .001), disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımına yönelik tutumlar (r = -.509, p

< .001), ebeveyn-çocuk rol ve sorumluluğuna yönelik tutumlar (r=-.486, p<.001), çocukların güç ve bağımsızlığına yönelik tutumlar (r = -.336, p < .001) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Aracılık etkisine bakılmadan önce değişkenler arasında anlamlı ilişkinin var olması şartını sağlayan değişkenler üzerinden aracılık analizine devam edilmektedir. Bu doğrultuda, tüm değişkenlerin istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiya sahip olduğu görülmüş ve aracılık etkisi üzerine model oluşturulmuştur.

Şekil 4. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasındaki İlişkide Dissosiyatif Yaşantıların ve Ebeveyn Tutumlarının Aracı Rolüne İlişkin Analizlerin Modellemesi (4.Model)



Tablo LXII. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Dissosiyatif Yaşantıların Aracılık Etkisine Ait Analizi Sonuçları

						% 95 Güven Aralığı		
Değişkenler Arası İlişki	**b**	**S.H.**	**ß**	**t**	**p**	**Alt Sınır**	**Üst Sınır**	**R^2**
Toplam Etki (c)	,2417	,1071	,2841*	2,2556	**,0278**	,0273	,4562	,0807
Çocukluk Çağı Travmaları → Dissosyatif Yaşantılar (a)	,3193	,0795	,4663*	4,0148	**,0002**	,1601	,4785	,2175
Çocukluk Çağı Travmaları → DEHB Belirtileri (c')	,1776	,1208	,2087	1,4700	,0563	-,0643	,4194	,1012
Dissosyatif Yaşantılar → DEHB Belirtileri (b)	,2010	,1764	,1617	1,1393	,2594	-,1523	,5542	,1012

Not: b: Standardize Edilmemiş Regresyon Katsayısı, S.H. Standart Hata, ß: Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı, t: Serbestlik derecesi, **p< ,001, *p<,05 n=120, Altsınır: %95 Güven Aralığı alt sınırı, Üst Sınır: %95 Güven Aralığı üstü Sınırı, k=5000 Bootstrap Örneklemi, $R^{2:}$ Varyans değeri

Tablo LXII incelendiğinde, çocukluk çağı travmalarının hem aracı değişkeni hem de bağımlı değişkeni istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yordadığı görülmektedir. Aracı değişkenin bağımlı değişkene etkisi (b yolu) analizine göre, dissosiyatif yaşantılar DEHB belirtilerini istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordayamadığı görülmektedir (ß=-,1617*; %95 GA [-.1523 - .5542]; t=1,1393; p>.05). Bu durum, aracı değişkenin bağımlı değişkeni istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordaması gerekliliğini karşılamadığını göstermektedir. Bu sonuçlar, tanılı grubun babaları örnekleminde çocukluk çağı travmaları ile çocukların DEHB belirtileri arasında dissosiyatif yaşantıların aracılık etkisinin istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olmadığını göstermiştir.

Tablo LXIII. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Çocuklardan Beklentilere Yönelik Tutumların Aracılık Etkisine Ait Analizi Sonuçları

						% 95 Güven Aralığı		
Değişkenler Arası İlişki	**b**	**S.H.**	**ß**	**t**	**p**	**Alt Sınır**	**Üst Sınır**	**R^2**
Toplam Etki (c)	,2417	,1071	,2841*	2,2556	**,**0278	,0273	,4562	,0807
Çocukluk Çağı Travmaları → Çocuklardan Beklentiler (a)	-,3196	,0785	-,4712*	-4,069	**,0001**	-,4768	-,1624	,2221
Çocukluk Çağı Travmaları → DEHB Belirtileri (c')	,0441	,1092	,0518	,4037	,6879	-,1746	,2627	,2697
Çocuklardan Beklentiler → DEHB Belirtileri (b)	-,6185	,1610	-,4929*	-3,8409	**,0003**	-,9409	-,2960	,2697

Not: b: Standardize Edilmemiş Regresyon Katsayısı, S.H. Standart Hata, ß: Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı, t: Serbestlik derecesi, **p< ,001, *p<,05 n=120, Altsınır: %95 Güven Aralığı alt sınırı, Üst Sınır: %95 Güven Aralığı üstü Sınırı, k=5000 Bootstrap Örneklemi, $R^{2:}$ Varyans değeri

Tablo LXIII incelendiğinde, aracı değişkenin yer almadığı, yalnızca yordayıcı ve yordanan değişkenlerin bulunduğu ilk modelde, bağımsız değişkeninin bağımlı değişkenine etkisi (c yolu=toplam etki) üzerine gerçekleştirilen analiz sonuçları, çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeninin DEHB belirtileri bağımlı değişkenini pozitif yönde anlamlı olarak yordadığını göstermektedir (ß=,2841*; %95 GA [.0273 - .4562]; t=2,2556, p<.05). Varyans değerine göre; çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeni DEHB belirtileri değişkenini %8 (R^2 =,0807) oranında açıklamaktadır. Tabloda yer alan bağımsız değişkenin aracı değişkene etkisi (a yolu) analizine göre, çocukluk çağı travmaları, çocuklardan beklentilere yönelik tutumları negatif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=-,4712*; %95 GA [-.4768 - -.1624]; t=-4,069; p<.05). Varyans değerine göre, çocukluk çağı travmaları çocukların güç ve bağımsızlığı tutumlarını %22 (R^2 =,2221) oranında açıklamaktadır. Aracı değişkenin bağımlı değişkene etkisi (b yolu) analizine göre, çocuklardan beklentilere yönelik tutumları DEHB

belirtilerini negatif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=-,4929; %95 GA [-.9409 - .2960]; t=-3,8409; p<.05).

Tablo LXIV. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Çocuklardan Beklentilere Yönelik Tutumların Bootstrap Temelli Aracı Değişken Etkisi

Çocuklardan Beklentilere Yönelik Tutumların Aracı Olduğu İlişki	Toplam Etki	Doğrudan Etki	Dolaylı Etki	BootSE	Bootstrap Güven Aralığı	
					BoLLCI	BoULCI
Çocukluk Çağı Travmaları – Çocukların DEHB Belirtileri	,2841*	,0518	,2323	,0749	,0988	,3928

Not: BootSE. Bootstrap Standart Hata, BoLLCI: Bootstrap %95 Güven Aralığı Alt Sınırı, BoULCI: %95 Güven Aralığı Üst Sınırı, k=5000 Bootstrap Örneklemi, **p< ,001, *p<,05

Aracı değişkenin yer aldığı modelde, bağımsız değişkenin bağımlı değişkene etkisi (c' yolu) analizine göre, çocukluk çağı travmaları DEHB belirtilerini anlamlı olarak yordamamaktadır (ß=,0518; %95 GA [-.1746 - .2627]; t=,4037; p>.05). İlk modelde bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin anlamlı iken aracı değişkenin dâhil olduğu son modelde bu ilişki anlamsızlaşmıştır. Bu sonuç, tanılı grubun babalarının çocukluk çağı travmalarının çocukların DEHB belirtileri üzerinde, çocuklardan beklentilere yönelik tutumların aracılığıyla dolaylı etkiye sahip olduğunu göstermiştir (Bkz. Tablo LXIV).

Tablo LXV. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati Tutumlarının Aracılık Etkisine Ait Analizi Sonuçları

						% 95 Güven Aralığı		
Değişkenler Arası İlişki	**b**	**S.H.**	**ß**	**t**	**p**	**Alt Sınır**	**Üst Sınır**	**R^2**
Toplam Etki (c)	,2417	,1071	,2841*	2,2556	,0278	,0273	,4562	,0807
Çocukluk Çağı Travmaları → Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati Tutumları(a)	-,4144	,0830	-,5482*	-4,9921	**,0000**	-,5805	-,2482	,3005
Çocukluk Çağı Travmaları → DEHB Belirtileri (c')	,0410	,1097	-,0482	-,3737	,7100	-,2606	,1786	,3376
Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati Tutumları → DEHB Belirtileri (b)	-,6823	,1451	-,6061*	-4,7023	**,0000**	-,9728	-,3917	,3376

Not: b: Standardize Edilmemiş Regresyon Katsayısı, S.H. Standart Hata, ß: Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı, t: Serbestlik derecesi, **p< ,001, *p<,05 n=120, Altsınır: %95 Güven Aralığı alt sınırı, Üst Sınır: %95 Güven Aralığı üstü Sınırı, k=5000 Bootstrap Örneklemi, $R^{2:}$ Varyans değeri

Tablo LXV incelendiğinde, aracı değişkenin yer almadığı, yalnızca yordayıcı ve yordanan değişkenlerin bulunduğu ilk modelde, bağımsız değişkeninin bağımlı değişkenine etkisi (c yolu=toplam etki) üzerine gerçekleştirilen analiz sonuçları, çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeninin DEHB belirtileri bağımlı değişkenini pozitif yönde anlamlı olarak yordadığını göstermektedir (ß=,2841*; %95 GA [.0273 - .4562]; t=2,2556, p<.05). Varyans değerine göre; çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeni DEHB belirtileri değişkenini %8 (R^2 =,0807) oranında açıklamaktadır. Tabloda yer alan bağımsız değişkenin aracı değişkene etkisi (a yolu) analizine göre, çocukluk çağı travmaları, çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati tutumlarını negatif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=-,5482*; %95 GA [-.5805 - -.2482]; t=-4,9921; p<.001). Varyans değerine göre, çocukluk çağı travmaları çocukların güç ve bağımsızlığı tutumlarını %30 (R^2 =,3005) oranında açıklamaktadır. Aracı değişkenin bağımlı değişkene etkisi (b yolu) analizine göre, çocuklardan beklentilere yönelik tutumları DEHB belirtilerini negatif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=-,6061; %95 GA [-.9728 - .3917]; t=-4,7023; p<.001).

Tablo LXVI. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati Tutumlarının Bootstrap Temelli Aracı Değişken Etkisi

Çocukların İhtiyaçlarına Yönelik Empati Tutumlarının Aracı Olduğu İlişki	Toplam Etki	Doğrudan Etki	Dolaylı Etki	BootSE	Bootstrap Güven Aralığı	
					BoLLCI	BoULCI
Çocukluk Çağı Travmaları – Çocukların DEHB Belirtileri	,2841*	-,0482	,3323	,1080	,1540	,5788

Not: BootSE. Bootstrap Standart Hata, BoLLCI: Bootstrap %95 Güven Aralığı Alt Sınırı, BoULCI: %95 Güven Aralığı Üst Sınırı, k=5000 Bootstrap Örneklemi, **p< ,001, *p<,05

Aracı değişkenin yer aldığı modelde, bağımsız değişkenin bağımlı değişkene etkisi (c' yolu) analizine göre, çocukluk çağı travmaları DEHB belirtilerini anlamlı olarak yordamamaktadır (ß=,0482; %95 GA [-.2606 - .1786]; t=,3737; p>.05). İlk modelde bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin anlamlı iken aracı değişkenin dâhil olduğu son modelde bu ilişki anlamsızlaşmıştır. Bu sonuç, tanılı grubun babalarının çocukluk çağı travmalarının çocukların DEHB belirtileri üzerinde, çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati tutumlarının aracılığıyla dolaylı etkiye sahip olduğunu göstermiştir (Bkz. Tablo LXVI).

Tablo LXVII. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Cezanın Kullanımına Yönelik Tutumların Aracılık Etkisine Ait Analizi Sonuçları

						% 95 Güven Aralığı		
Değişkenler Arası İlişki	b	S.H.	ß	t	p	Alt Sınır	Üst Sınır	R^2
Toplam Etki (c)	,2417	,1071	,2841*	2,2556	,0278	,0273	,4562	,0807
Çocukluk Çağı Travmaları → Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Cezanın Kullanımı(a)	-,4301	,1051	-,4732*	-4,0910	**,0001**	-,6405	-,2196	,2239
Çocukluk Çağı Travmaları → DEHB Belirtileri (c')	,0474	,1099	-,0557	,4307	,6683	-,1728	,2675	,2616
Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Cezanın Kullanımı → DEHB Belirtileri (b)	-,4519	,1210	-,4827*	-3,7363	**,0004**	-,6941	-,2097	,2616

Not: b: Standardize Edilmemiş Regresyon Katsayısı, S.H. Standart Hata, ß: Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı, t: Serbestlik derecesi, **p< ,001, *p<,05 n=120, Altsınır: %95 Güven Aralığı alt sınırı, Üst Sınır: %95 Güven Aralığı üstü Sınırı, k=5000 Bootstrap Örneklemi, $R^{2:}$ Varyans değeri

Tablo LXVII incelendiğinde, aracı değişkenin yer almadığı, yalnızca yordayıcı ve yordanan değişkenlerin bulunduğu ilk modelde, bağımsız değişkeninin bağımlı değişkenine etkisi (c yolu=toplam etki) üzerine gerçekleştirilen analiz sonuçları, çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeninin DEHB belirtileri bağımlı değişkenini pozitif yönde anlamlı olarak yordadığını göstermektedir (ß=,2841*; %95 GA [.0273 - .4562]; t=2,2556, p<.05). Varyans değerine göre; çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeni DEHB belirtileri değişkenini %8 (R^2 =,0807) oranında açıklamaktadır. Tabloda yer alan bağımsız değişkenin aracı değişkene etkisi (a yolu) analizine göre, çocukluk çağı travmaları, çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati tutumlarını negatif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=-,4732*; %95 GA [-.6405 - -.2196]; t=-4,0910; p<.001). Varyans değerine göre, çocukluk çağı travmaları çocukların güç ve bağımsızlığı tutumlarını %22 (R^2 =,2239) oranında açıklamaktadır. Aracı değişkenin bağımlı değişkene etkisi (b yolu) analizine göre, çocuklardan beklentilere yönelik tutumları DEHB belirtilerini negatif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=-,4827; %95 GA [-.6941 - -.2097]; t=-3,7363; p<.001).

Tablo LXVIII. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Cezanın Kullanımına Yönelik Tutumların Bootstrap Temelli Aracı Değişken Etkisi

Disiplin Aracı Olarak Fiziksel Cezanın Kullanımına Yönelik Tutumların Aracı Olduğu İlişki	Toplam Etki	Doğrudan Etki	Dolaylı Etki	BootSE	Bootstrap Güven Aralığı	
					BoLLCI	BoULCI
Çocukluk Çağı Travmaları – Çocukların DEHB Belirtileri	,2841*	-,0557	,2284	,0769	,0936	,3968

Not: BootSE. Bootstrap Standart Hata, BoLLCI: Bootstrap %95 Güven Aralığı Alt Sınırı, BoULCI: %95 Güven Aralığı Üst Sınırı, k=5000 Bootstrap Örneklemi, **p< ,001, *p<,05

Aracı değişkenin yer aldığı modelde, bağımsız değişkenin bağımlı değişkene etkisi (c' yolu) analizine göre, çocukluk çağı travmaları DEHB belirtilerini anlamlı olarak

yordamamaktadır (ß=-,0557; %95 GA [-.1728 - .2675]; t=,4307; p>.05). İlk modelde bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin anlamlı iken aracı değişkenin dâhil olduğu son modelde bu ilişki anlamsızlaşmıştır. Bu sonuç, tanılı grubun babalarının çocukluk çağı travmalarının çocukların DEHB belirtileri üzerinde, disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımına yönelik tutumların aracılığıyla dolaylı etkiye sahip olduğunu göstermiştir (Bkz. Tablo LXVIII).

Tablo LXIX. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Ebeveyn-Çocuk Rol ve Sorumluluklarına Yönelik Tutumların Aracılık Etkisine Ait Analizi Sonuçları

						% 95 Güven Aralığı		
Değişkenler Arası İlişki	**b**	**S.H.**	**ß**	**t**	**p**	**Alt Sınır**	**Üst Sınır**	**R^2**
Toplam Etki (c)	,2417	,1071	,2841*	2,2556	,0278	,0273	,4562	,0807
Çocukluk Çağı Travmaları → Ebeveyn-Çocuk Rol ve Sorumluluklar (a)	-,2932	,0580	-,5531*	-5,0561	**,0000**	-,4093	-,1771	,3059
Çocukluk Çağı Travmaları → DEHB Belirtileri (c')	,0185	,1182	,0218	,1569	,8759	-,2181	,2552	,2368
Ebeveyn-Çocuk Rol ve Sorumluluklar → DEHB Belirtileri (b)	-,7611	,2229	-,4742*	-3,4144	**,0012**	-1,2075	-,3147	,2368

Not: b: Standardize Edilmemiş Regresyon Katsayısı, S.H. Standart Hata, ß: Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı, t: Serbestlik derecesi, **p< ,001, *p<,05 n=120, Altsınır: %95 Güven Aralığı alt sınırı, Üst Sınır: %95 Güven Aralığı üstü Sınırı, k=5000 Bootstrap Örneklemi, $R^{2:}$ Varyans değeri

Tablo LXIX incelendiğinde, aracı değişkenin yer almadığı, yalnızca yordayıcı ve yordanan değişkenlerin bulunduğu ilk modelde, bağımsız değişkeninin bağımlı değişkenine etkisi (c yolu=toplam etki) üzerine gerçekleştirilen analiz sonuçları, çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeninin DEHB belirtileri bağımlı değişkenini pozitif yönde anlamlı olarak yordadığını göstermektedir (ß=,2841*; %95 GA [.0273 - .4562]; t=2,2556, p<.05). Varyans değerine göre; çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeni DEHB belirtileri değişkenini %8 (R^2 =,0807) oranında açıklamaktadır. Tabloda yer alan bağımsız değişkenin aracı değişkene

etkisi (a yolu) analizine göre, çocukluk çağı travmaları, çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati tutumlarını negatif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=-,5531*; %95 GA [-.4093 - -.1771]; t=-5,0561; p<.001). Varyans değerine göre, çocukluk çağı travmaları çocukların güç ve bağımsızlığı tutumlarını %30 (R^2 =,3059) oranında açıklamaktadır. Aracı değişkenin bağımlı değişkene etkisi (b yolu) analizine göre, çocuklardan beklentilere yönelik tutumları DEHB belirtilerini negatif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=-,4742; %95 GA [-1.2075 - -.3147]; t=-3,4144; p<.05).

Tablo LXX. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Ebeveyn-Çocuk Rol ve Sorumluluklarına Yönelik Tutumların Bootstrap Temelli Aracı Değişken Etkisi

Ebeveyn-Çocuk Rol ve Sorumluluklarına Yönelik Tutumların Aracı Olduğu İlişki	Toplam Etki	Doğrudan Etki	Dolaylı Etki	BootSE	Bootstrap Güven Aralığı	
					BoLLCI	BoULCI
Çocukluk Çağı Travmaları – Çocukların DEHB Belirtileri	,2841*	,0218	,2623	,1021	,0935	,4906

Not: BootSE. Bootstrap Standart Hata, BoLLCI: Bootstrap %95 Güven Aralığı Alt Sınırı, BoULCI: %95 Güven Aralığı Üst Sınırı, k=5000 Bootstrap Örneklemi, **p< ,001, *p<,05

Aracı değişkenin yer aldığı modelde, bağımsız değişkenin bağımlı değişkene etkisi (c' yolu) analizine göre, çocukluk çağı travmaları DEHB belirtilerini anlamlı olarak yordamamaktadır (ß=,0218; %95 GA [-.2181 - .2552]; t=,1569; p>.05). İlk modelde bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin anlamlı iken aracı değişkenin dâhil olduğu son modelde bu ilişki anlamsızlaşmıştır. Bu sonuç, tanılı grubun babalarının çocukluk çağı travmalarının çocukların DEHB belirtileri üzerinde, ebeveyn-çocuk rol ve sorumluluklarına yönelik tutumların aracılığıyla dolaylı etkiye sahip olduğunu göstermiştir (Bkz. Tablo LXX).

Tablo LXXI. Tanılı Grubun Babalarının Çocukluk Çağı Travmaları ile Çocuklarının DEHB Belirtileri Arasında Çocukların Güç ve Bağımsızlığına Yönelik Tutumların Aracılık Etkisine Ait Analizi Sonuçları

						% 95 Güven Aralığı		
Değişkenler Arası İlişki	**b**	**S.H.**	**ß**	**t**	**p**	**Alt Sınır**	**Üst Sınır**	**R^2**
Toplam Etki (c)	,2417	,1071	,2841*	2,2556	,0278	,0273	,4562	,0807
Çocukluk Çağı Travmaları → Çocukların Güç ve Bağımsızlığına Yönelik Tutumların (a)	-,1530	,0373	-,4747*	-4,1074	**,0001**	-,2276	-,0784	,2253
Çocukluk Çağı Travmaları → DEHB Belirtileri (c')	,1368	,1192	,1608	1,1473	,2560	-,1020	,3755	,1330
Çocukların Güç ve Bağımsızlığına Yönelik Tutumların → DEHB Belirtileri (b)	-,6858	,3699	-,2598	-1,8540	,0689	-1,4265	,0549	,1330

Not: b: Standardize Edilmemiş Regresyon Katsayısı, S.H. Standart Hata, ß: Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı, t: Serbestlik derecesi, **p< ,001, *p<,05 n=120, Altsınır: %95 Güven Aralığı alt sınırı, Üst Sınır: %95 Güven Aralığı üstü Sınırı, k=5000 Bootstrap Örneklemi, $R^{2:}$ Varyans değeri

Tablo LXXI incelendiğinde, çocukluk çağı travmalarının hem aracı değişkeni hem de bağımlı değişkeni istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yordadığı görülmektedir. Aracı değişkenin bağımlı değişkene etkisi (b yolu) analizine göre, çocukların güç ve bağımsızlığına yönelik tutumların DEHB belirtilerini istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordayamadığı görülmektedir (ß=-,2598; %95 GA [-1.4265 - .0549]; t=-1,8540; p>.05). Bu durum, aracı değişkenin bağımlı değişkeni istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordaması gerekliliğini karşılamadığını göstermektedir. Bu sonuçlar, tanılı grubun babaları örnekleminde çocukluk çağı travmaları ile çocukların DEHB belirtileri arasında çocukların güç ve bağımsızlıklarına yönelik tutumların aracılık etkisinin olmadığını göstermiştir.

4.2. Nitel Verilerden Elde Edilen Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde nitel veriler analiz edilmiştir. Analiz öncesinde yazıya dökülmüş olan görüşme belgeleri DEHB tanılı çocukları olan ebeveynlerle yapılan görüşmeler (tanılı grubun ebeveynleri) ve tanısız grubun ebeveynleriyle yapılan görüşmeler şeklinde 2 ana

grup, anne grupları ve baba grupları ile toplam 4 ebeveyn grubu oluşturulmuştur. MAXQDA 2020 Nitel Veri Analizi programı ile yapılan içerik analizi neticesinde 9 farklı tema oluşturulmuştur ve bu temalara ilişkin bulgular ayrı başlıklar halinde incelenmiştir. Analiz sonucunda 9857 adet kodlama yapılmıştır. Yapılan kodlamaların ebeveyn gruplarına dağılımı Tablo LXXII'de ve temalara dağılımı ise Tablo LXXIII'de gösterilmiştir. Analiz neticesinde elde edilen bulgular raporlanırken temalara ait kategorilere ve alt kategorilere de yer verilmiştir. Nitel bulguların daha anlaşılır olabilmesi ve okuyucunun çalışmanın özünü daha iyi kavrayabilmesi için bazı kısımlarda görüşmelerden kesitlere yer verilmiştir. Görüşmelerden alınan kısımlarda etik ilkeler dikkate alınarak katılımcıların isimleri kullanılmamış, isimler yerine (Tanılı 1.A= Tanılı grubun ebeveynlerinden 1 numaralı anne katılımcı) kod isimler verilmiştir. Benzer isim kodlaması tüm katılımcılar için gerçekleştirilmiş ve bu şekilde nitel veriler raporlanmıştır.

Tablo LXXII. Ebeveyn Gruplarına Ait Kodlama Bilgileri

Ana Gruplar	Ebeveyn Grubu	Kodlama Sayısı	Toplam Kodlama
Tanılı Grubun Ebeveynleri	Anneler	4253	6654
	Babalar	2401	
Tanısız Grubun Ebeveynleri	Anneler	1884	3203
	Babalar	1319	

Ebeveyn gruplarına ait kodlama sayıları incelendiğinde tanılı gruba ait kodlamaların tanısız gruba ait kodlamalardan fazla olduğu görülmektedir. Tablo LXXIII alt gruplar özelinde incelendiğinde ise her iki ana grupta da anne gruplarının baba gruplarından daha fazla kodlamaya sahip olduğu görülmüştür. Temalara ait kodlama miktarları incelendiğinde en çok kodlama yapılan temanın "*disfonksiyonel aile özellikleri*" teması olduğu, en az kodlama yapılan temanın ise "*hamilelik süreci*" teması olduğu görülmektedir. Tablo LXXIV' de temalara ve temalara ait kodlama bilgilerine yer verilmiştir.

Tablo LXXIII. Temalara Ait Kodlama Bilgileri

Temalar	Kodlama Sayısı
Çocukların Zorlayıcı Özellikleri	755
Çocukların Olumlu Özellikleri	419
Ebeveynlerin Zorlayıcı/Travmatik Deneyimler	1100
Ebeveynlerin Pozitif Çocukluk Deneyimleri	437
Fonksiyonel Aile Özellikleri	2200
Disfonksiyonel Aile Özellikleri	2981
Çocuğa İlişkin Ebeveynlerin Hissettiği Olumsuz Duygular	616
Çocuk Büyütme Süreci	1002
Hamilelik Süreci	309

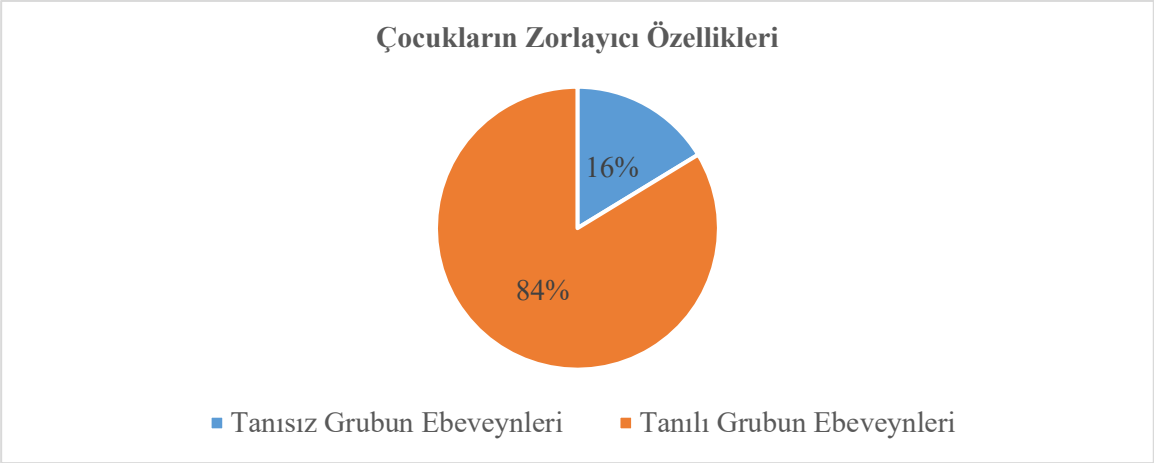
4.2.1. Çocukların Zorlayıcı Özellikleri Temasına Ait Bulgular

Bu tema altında ebeveynlerin çocuklarını büyütürken yaşadıkları zorluklara ve çocuklarında deneyimledkleri zorlayıcı özelliklere ilişkin faktörler incelenmiştir. Bu tema altında "*çocuğun ebeveynleriyle olumsuz ilişkisi*", "*çocuğun davranış sorunları*", "*çocuğun yaşadığı fiziksel hastalıkları*", "*çocuğun büyüme sürecinde hissettiği olumsuz duygular*" ve "*çocuğun sorunlu anne sütü emme davranışı*" isimlerinde 5 farklı kategori oluşturulmuştur. Toplam 755 kodlamanın yapıldığı bu tema içerisindeki kategorilerden "*çocuğun davranış sorunları kategorisi*" 525 kez kodlanarak en çok kodlanan kategori olmuştur. Kategorilere ve kodlara ait kodlama bilgileri tablo LXXIV'de gösterilmektedir.

Tablo LXXIV. Ebeveynler Tarafından Bildirilen "Çocukların Zorlayıcı Özellikleri" Temasına Ait Kategoriler ve Kodlamalar

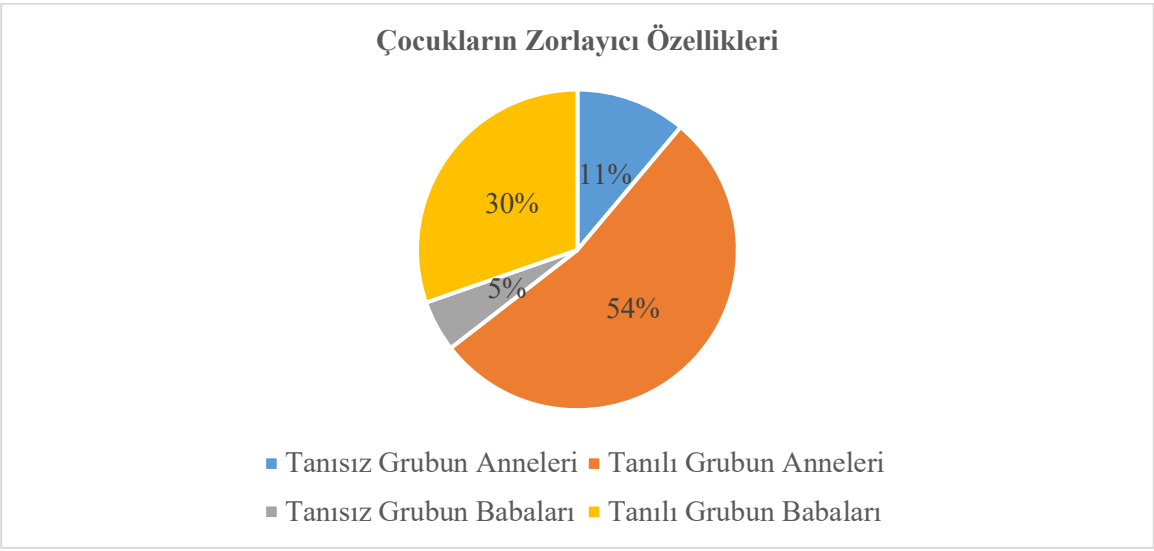
Kategoriler	Kodlamalar	Miktar
Çocuğun Ebeveynleriyle Olumsuz İlişkisi (12)	Babayla uyumsuzluk ve çatışma	8
	Anneyle uyumsuzluk ve çatışma	2
	Üst ebeveynlerle sorunlu ilişki	2
Çocuğun davranış sorunları (525)	Gerileme davranışları	3
	Sorumluluklarını yerine getirmeme	7
	Ağlayan bir bebek/çocuk	27
	Ürkeklik ve çekingenlik	13
	Sınırsız İstekçi davranışlar	2
	Sorunlu cep telefonu ve internet kullanımı	19
	Ders çalışma sorunları	4
	Okuma	1
	Yazma	1
	Öğrenme sorunları	18
	Matematik öğrenme sorunu	1
	Gelişim sorunları	6
	Konuşma/iletişim sorunları	21
	Uyum Sorunları	47
	Okula veya Kreşe uyum sorunları	17
	Problemli Tuvalet alışkanlığı	12
	Uyku sorunları	36
	Yemek yeme sorunları	47
	Dikkat ve odaklanma sorunu	20
	Sakarlık/dağınıklık	8
	Hareketlilik/Dürtüsellik	102
	Anne karnında hareketli bebek	4
	Karşı Gelme- İnatlaşma-Agresyon	118
Çocuğun Yaşadığı Fiziksel Hastalıkları (130)	6 parmaklı olması	1
	Alerjik hastalıklar	4
	Kalp hastalığı	2
	Limon kafa hastalığı	4
	Çocuğun ev içi kaza yaşaması	3
	DEHB Tanısı	12
	Çocuğun ölüm tehlikesi yaşaması	13
	Çocuğun küvezde kalması	1
	Bebeklikte Sarılık	1
	Gazlı/Kolik Bebeklik	8
Çocuğun büyüme sürecinde hissettiği olumsuz duygular (48)	Çocuğun öfke duyması	10
	Çocuğun çaresizlik hissetmesi	3
	Çocuğun üzgün hissetmesi	7
	Ebeveynlerine özlem duyması	6
	Çocuğun kaygı duyguları	5
	Çocuğun içe çekilme duyguları	8
	Çocuğun korku duyguları	7
Çocuğun Sorunlu Anne Sütü Emme Davranışı (40)	Uzun süreli anne sütü emme	4
	Hiç ya da kısa süreli anne sütü emme	31

Şekil 5. Ebeveynlerin Bildirdiği "*Çocukların Zorlayıcı Özellikleri*" Temasına Ait Kodlamaların Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Yüzdelik Dağılımı



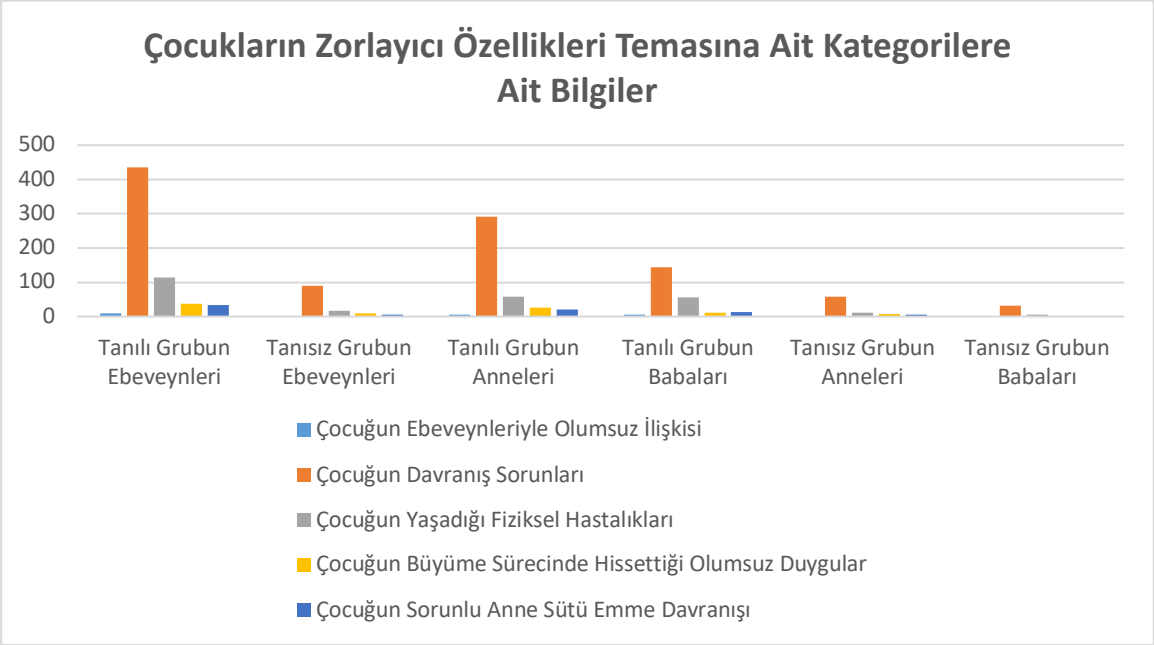
Şekil 5' deki grafikte çocukların zorlayıcı özellikleri temasına ait kodlamaların temel ebeveyn gruplarına göre dağılımı oransal olarak gösterilmiştir. Tema içerisinde yapılan 755 kodlamanın %84'ü (634) tanılı grubun ebeveynlerine aitken, %16'sı (121) tanısız grubun ebeveynlerine aittir. Bu temadaki kodlama miktarlarında iki grup arasındaki farkın oldukça belirgin olduğu görülmektedir.

Şekil 6. Ebeveynlerin Bildirdiği "*Çocukların Zorlayıcı Özellikleri*" Temasına Ait Kodlamaların Ebeveyn Gruplarına Göre Yüzdelik Dağılımı



Şekil 6'daki grafikte ebeveynlerin ifadeleri doğrultusunda oluşturulan "*çocukların zorlayıcı özellikleri*" temasına ait kodlamaların ebeveyn gruplarına göre dağılımı oransal olarak gösterilmiştir. Tema içerisinde yapılan 755 adet kodlamanın %54'ü (378) DEHB tanılı çocuğu olan annelere, %30'u (226) DEHB tanılı çocuğu olan babalara, %11'i (83) tanısız çocukların annelerine ve %5'i (38) de tanısız çocukların babalarına aittir. Bu temadaki kodlama miktarları incelendiğinde, kodlamanın yarısından fazlasının DEHB tanılı çocukların anneleriyle yapılan görüşmelerde yapıldığı görülmektedir.

Şekil 7. Ebeveynlerin Bildirdiği "*Çocukların Zorlayıcı Özellikleri*" Temasına Ait Kategorilerin Ebeveyn Gruplarına Göre Yüzdelik Dağılımı



Şekil 7' de çocukların zorlayıcı özellikleri temasına ait kategorilere ve bu kategoriler üzerine yapılan kodlama miktarlarının ebeveyn gruplarına göre dağılımları gösterilmiştir. Grafikler incelendiğinde temaya ait kategorilerden "*çocuğun davranış sorunları"* kategorisi tüm gruplarda en çok kodlanan kategori olmuştur.

4.2.1.1. Ebeveynlerin Bildirdiği "*Çocukların Davranış Sorunları*" Kategorisine Ait Bulgular

Ebeveynlerin bildirdiği "*çocukların davranış sorunları*" kategorisi tema içerisinde en çok kodlanan kategori olmuştur. Tanılı grubun ebeveynlerinde bu kategorinin dikkat çekici düzeyde yüksek olduğu Şekil 8'deki grafikte görülmektedir. Tanılı grubun anneleri ve babaları çocuklarının yoğun davranış sorunu gösterdikleri yönünde ifadeleri fazlaca dile getirmişlerdir. Bu davranış sorunlarının içerisinde ise "*karşı gelme-inatlaşma*" kodu ile *"hareketlilik"* kodu en çok kodlanan kod türü olmuştur. Davranış sorunları olarak kodlanan ifadeler şekil 8'de gösterilmektedir.

Şekil 8. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Çocukların Davranış Sorunları*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlanma Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grupun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Çocuğun Davranış Sorunları		15
Gerileme davranışları		3
Sorumluluklarını yerine getirmeme		7
Ağlayan bir bebek/çocuk	8	19
Ürkeklik ve çekingenlik	12	1
Sınırsız İstekçi davranşlar	1	1
Sorunlu cep telefonu ve internet kullanımı	6	13
Ders çalışma sorunları		2
Okuma	1	
Yazma		1
Öğrenme sorunları		17
Matematik öğrenme sorunu		1
Gelişim sorunları		6
Konuşma/iletişim sorunları		21
Uyum Sorunları	4	26
Okula veya Kreşe uyum sorunları	2	15
Problemli Tuvalet alışkanlığı	1	11
Uyku sorunları	14	22
Yemek yeme sorunları	11	36
Dikkat ve odaklanma sorunu		20
Sakarlık/dağınıklık		8
Hareketlilik/Dürtüsellik	11	87
Anne karnında hareketli bebek		4
Karşı Gelme- İnatlaşma-Agresyon	18	100

Davranış sorunları kategorisinden karşı gelme/inatlaşma/agresyon kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 100 kere kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 18 kere kodlanmıştır. Benzer şekilde hareketlilik kodu tanılı grupta 87 kere kodlanırken tanısız grupta 11 kere kodlanmıştır. Tanılı grubun bu iki davranış sorunu kategorisinde tanısız gruba kıyasla fazla kodlanması öngörülebilen bir bulgudur. Bu bulgulara ek olarak yemek yeme sorunları (36), uyum sorunları (26), uyku sorunları (22), dikkat ve odaklanma sorunları (20) gibi sorun alanları da tanısız gruba kıyasla tanılı grupta daha fazla ifade edilmiştir. Dikkat çekici başka bir bulgu ise tanısız grupta ürkeklik ve çekingenlik sorununun tanılı gruba kıyasla fazla kodlanmasıdır. Davranış sorunları kategorisi genel anlamda incelendiğinde tanılı grubun ebeveynlerinin tanısız grup ebeveynlere kıyasla oldukça yoğun düzeyde çocuklarının davranış sorunlarını bildirdiği görülmektedir. Yoğun olarak kodlanan karşı gelme/inatlaşma/agresyon davranışına ilişkin (Tanılı 15.B) isimli katılımcının ifadesi örnek olarak gösterilebilir:

A…. son dönemlerde bu vurma, bağırma, çağırma, söz dinlememe evet çok fazla şu an. Sözümüzü dinlemiyor. Özellikle annesine karşı çok tepkili. Annesine karşı çok saygısız. Bu çok ciddi bir anlamda rahatsız ediyor beni. Bana karşı da saygısız mı? Ben bir yere kadar müsaade ediyorum ama bir yerden sonra tabii ki müsaade etmiyorum buna. Ama annesine karşı çok ciddi anlamda saygısız oldu yani (Tanılı 15.B).

Bir baba katılımcı tarafından iletilen sözler, çocuğun vurma, bağırma gibi şiddet davranışları sergilediğini ve bu davranışlarla birlikte hem babasının hem de annesinin sözlerini ve kurallarını dinlemeyerek karşı geldiğini göstermektedir. Yoğun olarak kodlanan diğer bir sorunlu davranış da çocuğun aşırı hareketliliğidir. Bir tanılı çocuğun annesinin ilettiği ifadeler hareketliliğe ilişkin bir örnek olarak gösterilebilir. Annenin çocuğun aşırı hareketliliğinden yakınmasını içeren bu ifadeler çocuğunun hareketliliğinin artık çocuğuyla iletişim kurabilmesini engelleme düzeyine getirmiştir.

Çocuk konuşurken bile odayı tavaf ediyor böyle bir karşımda durur musun dediğim çok olmuştur yani. 'Ya bir karşımda durur musun anlamıyorum seni' hani gezerek konuşuyordu böyle duramıyorum derdi (Tanılı 6.A).

4.2.1.2. Çocukların Yaşadığı Fiziksel Hastalıklar Kategorisine Ait Bulgular

Çocuğun olumsuz ve zorlayıcı özellikleri teması altında en çok kodlanan ikinci kategori ise "*çocukların yaşadığı fiziksel hastalıklar*" kategorisi olmuştur. Bu kategori içerisinde kodlanan ifadeler Şekil 9' da gösterilmektedir.

Şekil 9. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Çocukların Yaşadığı Fiziksel Hastalıklar*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlanma Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grupun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Çocuğun Yaşadığı Fiziksel Hastalıkları	9	72
6 parmaklı olması	1	
Alerjik hastalıklar	2	2
Kalp hastalığı		2
Limon kafa hastalığı		4
Çocuğun ev içi kaza yaşaması		3
DEHB Tanısı		12
Çocuğun ölüm tehlikesi yaşaması		13
Çocuğun küvezde kalması		1
Bebekta Sarılık	1	
Gazlı/Kolik Bebeklik	3	5

Bu kategori içerisinde çocukların genel olarak fiziksel hastalıklar yaşaması tanılı grupta (72) oldukça fazla kodlanmıştır. DEHB tanısının tanılı grupta fazla kodlanması beklenen bir bulgu iken *"çocuğun ölüm tehlikesi yaşaması"* kodu hastalıklardan sonra en çok kodlanan ifade olması sebebiyle dikkat çekicidir. (Tanılı 1.B) isimli katılımcının çocuğun ölüm tehlikesi yaşamasıyla ilgili ifadesi şu şekildedir:

Gece vakti uyuyorduk hocam. Çocuğu doktora götürmüştük yine. Eşim ile çocuk ayrı odada yatıyordu ben ayrı odada yatıyordum. Gece saat 3.30 civarıydı. Annem kalkın çocuk nefes alamıyor dedi. Biz kalktık baktık ki çocuğun eli yüzü şişmiş. Tabi hemen acile götürdük.

Doktor çocuğu kim fark etti dedi. Biz de dedik annem diye. Çocuk 1 saat daha geç kalsaydı çocuğu kaybederdik dedi (Tanılı 1.B).

(Tanılı 4.B) isimli katılımcının aynı koda ait ifadesi ise şöyledir:

Aslında B….. benim için mucize. Herkes ölmesini beklerken gayet sağlıklı bir şekilde dünyaya geldi.

Katılımcıların örnek ifadelerinden de anlaşılacağı üzere, çocuklarının doğum öncesi ya da doğum sonrası büyüme döneminde fiziksel sağlıklarının bozulması ve bu durumun çocuğun kaybına sebep olabilme ihtimali ebeveynleri derinden etkilemiştir. Katılımcı ebeveynler görüşme sırasında bu zorlu anıları oldukça güç ifade etmişlerdir.

4.2.1.3. Çocuğun Büyüme Sürecinde Hissettiği Olumsuz Duygular Kategorisine Ait Bulgular

Ebeveynlerin ifadelerine göre oluşturulan "*çocuğun olumsuz ve zorlayıcı özellikleri*" teması altında en çok kodlanan üçüncü kategori "*çocuğun büyüme sürecinde hissettiği olumsuz duygular*" kategorisi olmuştur. Bu kategori içerisinde kodlanan ifadeler Şekil 10'da gösterilmektedir.

Şekil 10. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Çocuğun Büyüme Sürecinde Hissettiği Olumsuz Duygular*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlanma Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grupun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Çocuğun büyüme sürecinde hissettiği olumsu		2
Çocuğun öfke duyması	4	6
Çocuğun çaresizlik hissetmesi		3
Çocuğun üzgün hissetmesi		7
Ebeveynlerine özlem duyması		6
Çocuğun kaygı duyguları	2	3
Çocuğun içe çekilme duyguları	2	6
Çocuğun korku duyguları	2	5

Çocuğun büyüme sürecinde hissettiği olumsuz duygular kategorisi içerisindeki kod türleri tanılı grubun ebeveynleri tarafından (38) tanısız grubun ebeveynlerine (10) kıyasla daha fazla kodlanmıştır. Tanılı grubun ebeveynlerinde "*çocuğun üzgün hissetmesi*", "*çocuğun ebeveynlerine özlem duyması*", "*çocuğun öfkelenmesi*" ve "*çocuğun içe çekilme*" duyguları en çok kodlanan ifadeler olmuştur. Bu zorlayıcı duygulardan "*çocuğun üzgün hissetmesi*" ve "*çocuğun ebeveynlerine özlem duyması*" duygularının tanılı grubun ebeveynleri tarafından en fazla ifade edilen duygular olurken tanısız grubun ebeveynleriyle yapılan görüşmelerde bu kategorilerin kodlanmaması iki grup arasındaki önemli farklılardan bir tanesidir. Bir baba katılımcının çocuğun üzgün hissetmesiyle ilgili ifadesi şu şekildedir:

İlacın etkisi geçiyor o zaman çocuk bambaşka oluyor. O zaman diyor ki ya ben böyle olmak istemiyorum, içimde canavar mı var benim. Ben kötü bir çocuk değilim diyerek üzülüyor bu sefer. Bu sefer de siz üzülüyorsunuz çocuğu böyle görünce. Çünkü çocuk olanların farkında. Biz zaten farkındayız, kendini kontrol edemiyor. Bu sefer onun bunu anlıyor olması onu daha çok üzüyor (Tanılı 3.B).

Çocuğun ebeveynine özlem duyması kodu ile ilgili örnek bir kesit olarak (Tanılı 2.B)'nin sözleri gösterilebilir:

Valla aslında pek bana karşı çocuğun bir şey yok ama. Evde de yoktu, geliyordu fırına annesiyle beraber, bazen benim yanımda oturuyordu. Beni çok özlüyordu sadece, çok özlem vardı. Şimdi bir fabrikaya başladık, iyiyiz.

Çocuğun öfke duygusu kodu ile ilgili örnek bir kesit olarak ise (Tanılı 15.A)'nın ifadeleri gösterilebilir:

O istiyor şunu al bana. Artık almayınca ağlıyor. Öyle böyle bağırmak değil. Çok çığlık atıyor ve apartman inliyor. Ben izin vermeyince beni suçluyor. Ben şu an kötü anneyim zaten.

4.2.1.4. Çocuğun Sorunlu Anne Sütü Emme Davranışı Kategorisine Ait Bulgular

Çocuğun olumsuz ve zorlayıcı özellikleri teması altındaki dördüncü *kategori "Çocuğun sorunlu anne sütü emme davranışı"* kategorisi olmuştur. Bu kategori içerisinde *"hiç ya da kısa süreli anne sütü emme davranışı"* ve *" uzun süreli anne sütü emme davranışı"* olmak üzere iki başlık altında kodlamalar yapılmıştır. Kodlanan ifadeler Şekil 11'de gösterilmektedir.

Şekil 11. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Çocuğun Sorunlu Anne Sütü Emme Davranışı*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlanma Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grupun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Çocuğun Sorunlu Anne Sütü Emme Davranış	3	2
Uzun süreli anne sütü emme		4
Hiç ya da Kısa süreli anne sütü emme	3	28

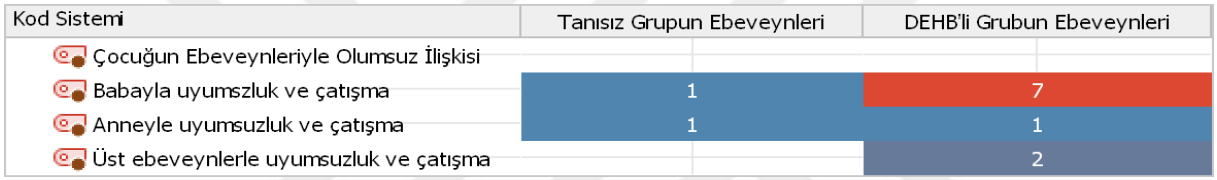
Çocuğun sorunlu anne sütü emme davranışı kategorisi içerisindeki kod türleri tanılı grubun ebeveynler tarafından (34) tanısız grubun ebeveynlerine (6) kıyasla daha fazla kodlanmıştır. Tanılı grupta *"hiç ya da kısa süreli anne sütü emme"* davranışı dikkat çekici düzeyde fazla kodlanmıştır. Hiç ya da kısa süreli anne sütü emme davranışı kodlamaları tanılı gruptaki 6 farklı çocuk için kodlanmış, tanısız grupta ise 1 çocuk için kodlanmıştır. Bir başka ifade ile tanılı gruptaki 15 çocuğun 6'sı annesini ya çok az bir süre emmiş ya da hiç emmemişken, tanısız gruptaki 15 çocuğun yalnızca 1 tanesi annesini ya çok az emmiş ya da hiç emmemiştir. Çalışmamızda (Tanılı 6.A) isimli katılımcının çocuğun hiç ya da çok az anne sütü emmesiyle ilgili ifadesi şu şekildedir:

Anne sütü almadı E….. yani 3 ay kadar emdi almadı kendisi reddetti. Belki benim stresim yansıdı bilmiyorum. Süt vardı çocuk bir gecede reddetti çok uğraştım olmadı yani. O gece bitti ve ben günlerce karanlıkta mı denemedim, yürürken mi denemedim, gezerken mi denemedim her yerde hiç çekinmedim insan içi demedim ama yok, beni suçladılar. İşte uyuyorsun vermiyorsun. Tek çocuk olduğu için hani ilkler böyle sıkıntılarla *geçiyor.*

4.2.1.5. Çocuğun Ebeveynleriyle Olumsuz İlişkisi Kategorisine Ait Bulgular

Çocuğun olumsuz ve zorlayıcı özellikleri teması altındaki beşinci ve son kategori "*Çocuğun Ebeveynleriyle Olumsuz İlişkisi*" kategorisi olmuştur. Bu kategori içerisinde *"babayla uyumsuzluk ve çatışma", "anneyle uyumsuzluk ve çatışma" ve "üst kuşak ebeveynlerle uyumsuzluk ve çatışma"* olmak üzere üç başlık altında kodlamalar yapılmıştır. Kodlanan ifadeler Şekil 12'de gösterilmektedir.

Şekil 12. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Çocuğun Ebeveynleriyle Olumsuz İlişkisi*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlanma Yoğunluğu



Çocuğun ebeveynleriyle olumsuz ilişkisi kategorisi içerisindeki kod türleri tanılı grubun ebeveynleri tarafından (10) tanısız grubun ebeveynlerine (2) kıyasla daha fazla kodlanmıştır. Tanılı grupta "babayla uyumsuzluk ve çatışma" durumu diğer gruba ve kod türlerine göre fazla kodlanmıştır. (Tanılı 3.B) isimli katılımcının babayla uyumsuzluk ve çatışma kodu ilgili ifadesi şu şekildedir:

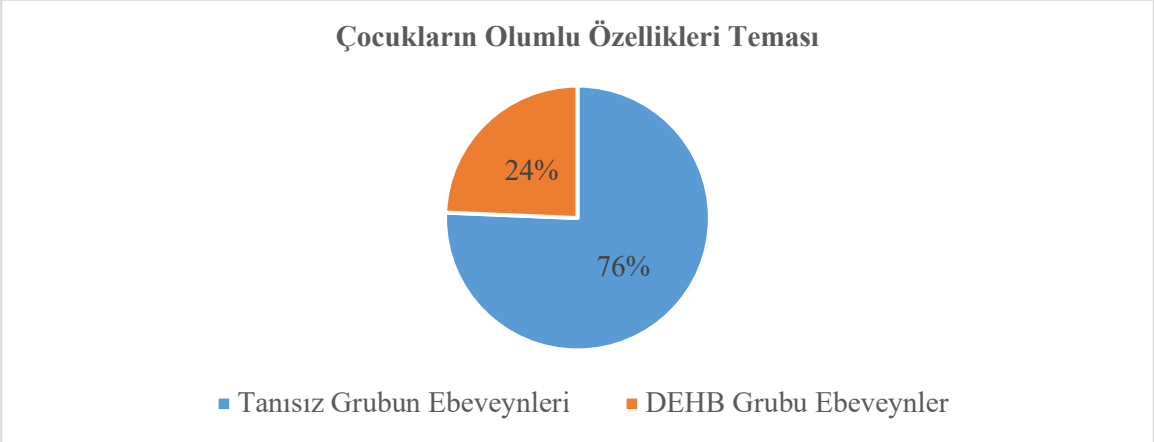
Ben diyorum ki, sözümü dinlemiyor mu, dinlemiyorsa o an yapması gerekeni yapmam lazım ona. Sözümü dinleteceğim ona, yapmazsam orada kazanım elde edemeyiz. Ne yapacağım, klasik yöntemler ya da gözüme görünme git yat.

4.2.2. Ebeveynlerine Göre "*Çocukların Olumlu Özellikleri*" Temasına Ait Bulgular

Bu tema altında ebeveynlerin çocuklarını büyütme sürecinde gözlemledikleri çocuklarına ait olumlu özelliklere ilişkin faktörler incelenmiştir. Bu tema *altında "çocuğun uyumlu davranışları", "çocuğun ebeveynleriyle olumlu ilişkisi", "çocuğun sakin olması",*

"çocuğun iyi iletişim becerilerine sahip olması" ve *"çocuğun iyi beslenmesi"* isimli kod türleri oluştulan kodlamalar arasında en çok kodlanan kod türleri olmuştur. Toplam 419 kodlamanın yapıldığı bu tema içerisindeki kodların gruplara ait dağılımını gösteren grafik şekil 13'de gösterilmektedir.

Şekil 13. "*Çocukların Olumlu Özellikleri*" Temasına Ait Kodlamaların Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Yüzdelik Dağılımı



Şekil 13'de ise çocukların olumlu özellikleri temasına ait kodlamaların tanılı ve tanısız gruplara göre yüzdelik dağılımı gösterilmektedir. Bu temaya ait kodlamanın %24'ü (102) tanılı grubun ebeveynlerine aitken, %76'sı (319) tanısız grubun ebeveynlerine aittir. Bu sonuçlar, tanısız grubun ebeveynlerinin çocuklarının olumlu özelliklerini tanılı grubun ebeveynlerine kıyasla çok daha fazla ifade ettiğini göstermektedir. Bu temaya ait kod türlerini gösteren tablo ise şekil 14'de gösterilmektedir.

Şekil 14. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Çocukların Olumlu Özellikleri*" Temasına Ait İfadelerinin Kodlanma Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grupun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Çocukların Olumlu Özellikleri	6	4
Şefkatli ve duygusal		1
Sağlıklı bir bebeklik ve çocukluk	10	3
Yüksek yaratıcılık becerileri	8	
Sorumluluk sahibi	12	2
Parayı iyi idare etmek	2	
Normal Hareketlilik	9	1
Sakin bir çocuk	34	2
Anne sütü emme_Normal süre	14	6
Yüksek Akademik Başarı	5	1
Çocuğun problemli davranışlarının ortadan k	11	1
İyi iletişim becerilerine sahip olmak	25	8
Zamanında tuvalet alışkanlığı kazanması	5	1
Duygularının farkında	3	3
Çevreye ve dünyaya karşı duyarlı	4	
Çocuğun yüksek sorun çözebilme becerisine	2	2
Kitap okumaya ilgi		1
Öğrenmeye ilgi/İyi öğrenme becerisi	21	3
Normal ve iyi dikkat düzeyi	14	2
Zamanında tuvalet alışkanlığı kazanma	11	6
İyi beslenme	20	13
İyi uyku uyuma	10	15
Uyumlu davranışlar	62	15
Okula veya kreşe iyi uyum	4	
Çocuğun ebeveynleriyle olumlu ilişkisi	4	3
Üst ebeveynlerle uyumlu ilişki		
Anneyle uyumlu ilişki	11	3
Babayla uyumlu ilişki	10	6

Şekil 14'deki tablo incelendiğinde, çocukların olumlu özelliklerini tanısız grubun ebeveynlerinin tanılı grubun ebeveynlerine kıyasla daha fazla ifade ettiği görülmektedir. Çocukların uyumlu davranışlara sahip olması (62), sakin olması (34), iyi iletişim becerilerine sahip olması (25), öğrenmeye karşı ilgili olması (21) ve iyi beslenmesi (20) gibi özellikler tanısız grubun ebeveynleri tarafından en çok ifade edilerek kodlanan özellikler olmuştur. Tanılı grupta ise iyi uyku uyuma (15), uyumlu davranışlar (15) ve iyi beslenme (13) gibi özellikler en çok kodlanan özellikler olmuştur fakat kodlanma sıklıkları tanısız gruba kıyasla oldukça düşüktür.

Çocuğun uyumlu olması özelliğine ait ebeveynlerin dile getirdiği ifadelere örnek olarak (Tanısız 13.B) isimli ebeveynin sözleri gösterilebilir:

Ö… çok sessiz ve sakin bir çocuktu. Yani bizi hiç o konuda yormadı. Ö…'nün daha önceden bir abisi de var. Ben abisiyle kıyasladığım zaman Ö…'nün daha sessiz ve daha uyumlu bir çocuk olduğunu görüyorum. Tabii ki bunda kardeş olarak ikinci çocuk olmasında etkili olmuş olabileceğini kendim düşünüyorum, bilemiyorum. Ama gayet bizi yormadan çocukluğu iyiydi. Öyle bir ağlaması falan yoktu. Yemeklerini verdiğimiz zaman yerdi. Herhangi bir sıkıntı çıkarmazdı.

Çocuğun sakin olması özelliğine ait ebeveynlerin dile getirdiği ifadelere örnek olarak (Tanısız 6.B) isimli ebeveynin sözleri gösterilebilir:

Çocuğun kendisinde de vardı bu. Biz onun üstüne katarak ilerledik yani. Bazı çocuklar oradan oraya zıplar vs. hiperaktivite gibi. U…. ama çocukluğundan beri böyle. O öyle olduğu için biz çok üzerine baskı yapmadık. Konuşaraktan geldik yani. Çocuğun kendi şeyinde de vardı yani. Yapısında da var. Geninde de var yani. O mazlum oluşu. Biz aman aman şey yaptık dersek olmaz yani.

Çocuğun iyi iletişim becerilerine sahip olması özelliğine ait ebeveynlerin dile getirdiği ifadelere örnek olarak (Tanısız 5.A) isimli ebeveynin sözleri gösterilebilir:

Öperek iyi geceler diler. Eline sağlık deyip yemekten kalkar. Çok güzel deyip seni mutlu etmeye daha doğrusu annesini babasını mutlu etmeye çalışır. Sorumluluklarının çok fazla bilincinde olan çocuk.

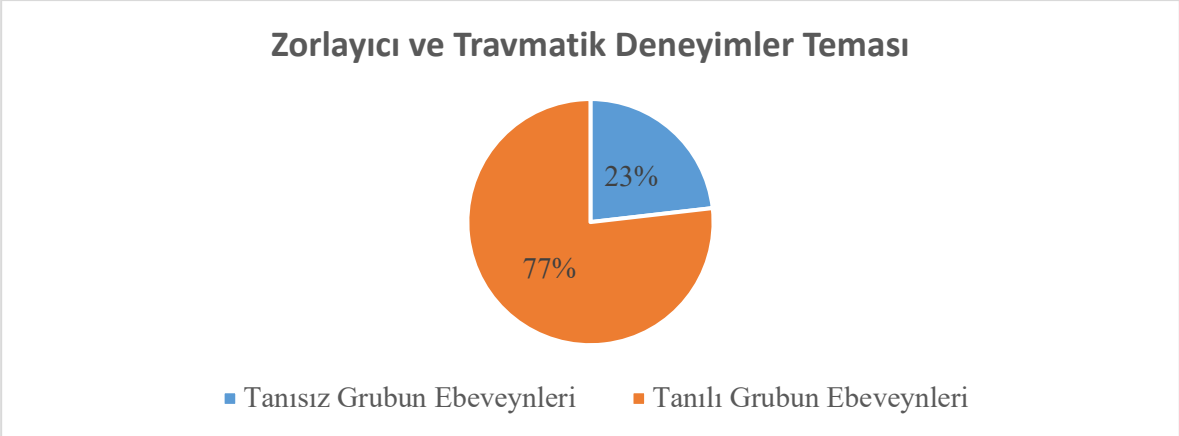
Çocuğun ebeveynleriyle olumlu ilişkilere sahip olması özelliğine ait ebeveynlerin dile getirdiği ifadelere örnek olarak (Tanısız 13.B) isimli ebeveynin sözleri gösterilebilir:

Çocuklarım, özellikle Ö… beni çok severler yani her zaman anne babalarıyla ya, anneleri de çok severler. Beni de çok severler. Herhangi bir sıkıntı yaşamadık. İyi bir ilişkimiz var.

4.2.3. Zorlayıcı ve Travmatik Deneyimler Temasına Ait Bulgular

Bu tema altında ebeveynlerin hayatlarında karşılaştıkları zorlayıcı ve tramatik deneyimlere ilişkin faktörler incelenmiştir. Bu tema altında "*ebeveynlerin yetişkinlikte yaşadığı zorlayıcı ve travmatik deneyimler*" ve "*ebeveynlerin çocukluk çağı travmatik deneyimleri*" şeklinde iki temel kategori oluşturulmuştur. Bu kategoriler anneler ve babalar özelinde ayrı ayrı ele alınmıştır. Bu kategorilere ek olarak "*daha önce bir çocuk kaybı/düşük yaşamak*", "*çocuk sahibi olamama deneyimi*", "*daha önceki çocukların sağlık sorunları*" ve "*üst kuşağın travmaları*" isimlerinde kodlamalar oluşturulmuştur. Toplamda 1100 kodlamanın yapıldığı bu tema içerisindeki kodların gruplara ait dağılımını gösteren grafik şekil 15'de gösterilmektedir.

Şekil 15. "*Zorlayıcı ve Travmatik Deneyimler*" Temasına Ait Kodlamaların Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Yüzdelik Dağılımı



Şekil 15'de zorlayıcı ve travmatik deneyimler temasına ait kodlamaların tanılı ve tanısız gruplarına göre yüzdelik dağılımı gösterilmektedir. Bu temaya ait kodlamanın %23'ü (253) tanısız grubun ebeveynlerine aitken, %77'si (847) tanılı grubun ebeveynlerine aittir. Bu

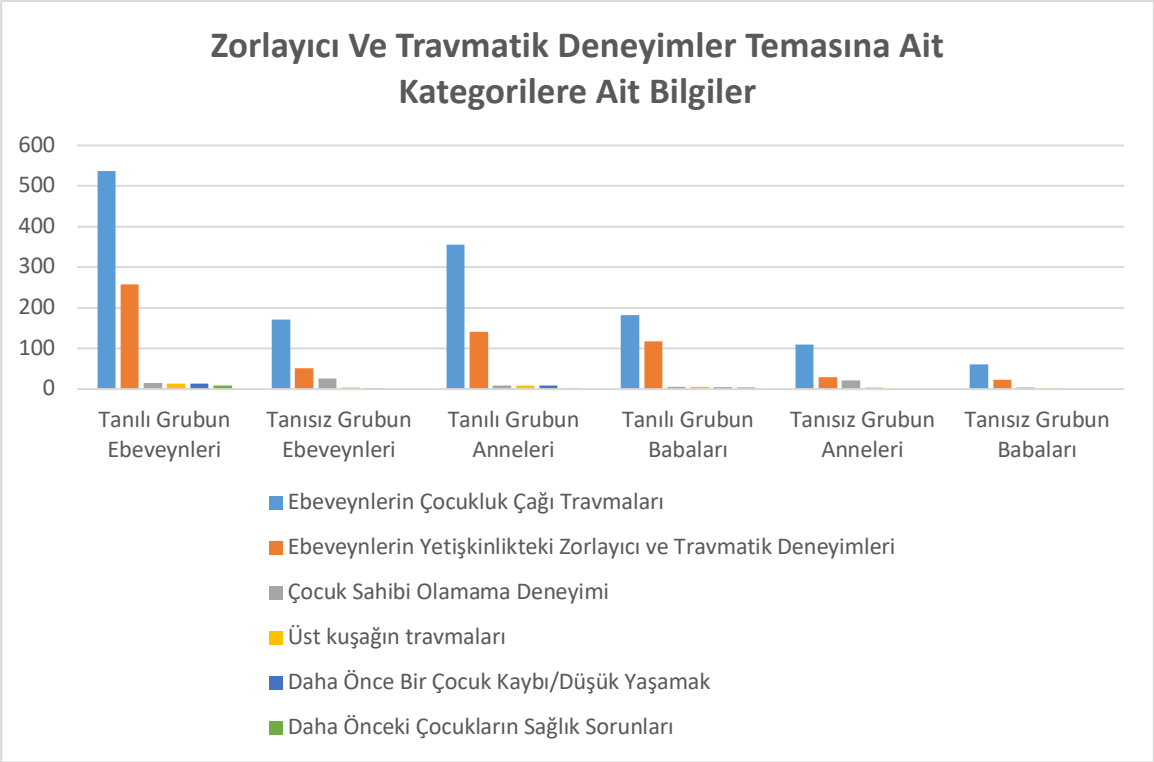
sonuçlar, tanılı grubun ebeveynlerinin yaşadıkları zorlayıcı ve travmatik deneyimleri tanısız grubun ebeveynlerine göre çok daha fazla ifade ettiğini göstermektedir. Bu tema altında yapılan 1100 kodlamanın 708'i ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları kategorisine, 310'u ebeveynlerin yetişkinlikte yaşadığı zorlayıcı ve travmatik deneyimler kategorisine, 15'i üst kuşağın travmaları kategorisine ve 67'i de diğer kodlamalara aittir. Kategorilere ve kodlara ait kodlama bilgileri Tablo LXXV'de gösterilmektedir.

Tablo LXXV. Zorlayıcı ve Travmatik Deneyimler Temasına Ait Kategoriler ve Kodlamalar

Kategoriler	Kodlamalar	Miktar
Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmaları (708)	Babanın Yaşadığı Çocukluk Travmaları ve Zorluklar	246
	Annenin Yaşadığı Çocukluk Travmaları ve Zorluklar	462
Ebeveynlerin Yetişkinlikteki Zorlayıcı ve Travmatik Deneyimleri (310)	Babanın Yetişkinlikteki Zorlayıcı ve Travmatik Deneyimleri	149
	Annenin Yetişkinlikteki Zorlayıcı ve Travmatik Deneyimleri	161
Üst Kuşağın Travmaları (15)	Üst Kuşağın Zor Çocuk Sahibi Olması	4
	Babanın Ailesinin Travmaları	1
	Annenin Ailesinin Travmaları	8
Diğer (67)	Çocuk Sahibi Olamama Deneyimi	15
	Daha Önceki Çocukların Sağlık Sorunları	13
	Daha Önce Bir Çocuk Kaybı/Düşük Yaşamak	34

Zorlayıcı ve travmatik deneyimler temasına ait kategoriler ve kategorilerin içeriğinde oluşturulmuş olan alt kategoriler ve kodlamalarla ilgili analiz bulguları özel kategori başlıkları altında tek tek ele alınarak incelenecektir. Kategori başlıklarına geçilmeden önce Şekil 16'de kategorilere ait kodlama miktarlarını tanılı ve tanısız grupların ebeveynlerine göre dağılımlarını gösteren grafik gösterilmiştir.

Şekil 16. "*Zorlayıcı ve Travmatik Deneyimler*" Temasına Ait Kategorilerin Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Yüzdelik Dağılımı



4.2.3.1. Babaların Çocukluk Çağı Travmaları Kategorisine Ait Bulgular

Tablo LXXV'de görüldüğü üzere, ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları (708) en çok kodlanan kategori olmuştur. Bu kategori içerisinde ise annelerin yaşadığı çocukluk travmaları ve zorluklar kodlaması (462) en çok kodlanan kod grubu olmuştur. Babaların yaşadığı çocukluk travmaları ve zorluklar kodlaması (246) ise en çok kodlanan ikinci kod grubu olmuştur. Kategori içerisinde annelere ait çocukluk çağı travmaları ve babalara ait çocukluk çağı travmaları şeklinde iki farklı alt kategori oluşturularak kodlamalar yapılmıştır. İlk olarak babalara ait çocukluk çağı travmaları alt kategorisi incelenmiştir. Şekil 17'de tanılı ve tanısız baba gruplarının çocukluk çağı travmalarına ilişki bulgulara yer verilmiştir.

Şekil 17. Tanılı ve Tanısız Grupların Babalarının "*Çocukluk Çağı Travmaları*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlanma Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grupun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Babanın yaşadığı çocukluk travmaları ve zorluklar	2	6
Aile üyelerinin hastalığı		6
Psikolojik hastalıklar		5
Akran zorbalığına maruz kalmak		3
Üst ebeveynlerin çocuk sahibi olmakta zorlanmaları		1
Aile üyelerinin kaza yaşaması_Babanın çocukluğu		5
Eşini aldatan baba	2	1
2. anneli ev / Kuma	8	
Alkol kullanan baba		3
Otoriter tutumla büyümek_Babanın çocukluğu		8
Çocuklukta bir Yakının kaybı_Babanın çocukluğu	1	8
Babayı kaybetme		4
Anneyi kaybetme		6
Çocuklukta hastalıklar yaşamak_Babanın Çocukluğu	2	7
Koruyucu tutumla büyümek_Babanın çocukluğu	1	6
Babanın annesiyle sorunlu ilişkisi		4
Babanın babasıyla sorunlu ilişkisi	12	17
Ekonomik zorluklar_Babanın çocukluğunda	14	10
Babanın çocuklukta evinin yanması	2	
Göç_Babanın çocukluğu	1	5
İhmal_Babanın çocukluğu	30	38
Aile içi şiddet_Babanın çocukluğu	1	14
Kardeşin şiddet görmesine tanık olmak		3
Üst ebeveynlerin şiddeti		2
Kardeşlerinden şiddet görmek_Babanın kendisi	2	
Deprem-Enkaz altında kalmak		4

Babaların çocukluk çağı travmatik deneyimlerine ilişkin bilgilere ait Şekil 17'deki tablo incelendiğinde her iki baba grubu için de çocuklukta ihmale maruz kalmak en çok kodlanan kod türü olmuştur. İhmal davranışına maruz kalma, tanısız grubun babalarına kıyasla (30) tanılı grubun babalarında (38) daha fazla kodlanmıştır. Benzer durum katılımcı babanın çocukluğunda kendi babasıyla sorunlu bir ilişkiye sahip olma kod türü için de geçerlidir. Bu kod türü tanılı grubun babalarında (17) tanısız grubun babalarına kıyasla (12) daha fazla kodlanmıştır. Şekil 15'deki tabloda belirtilen bulgulara ek olarak birçok farklı ve önemli bulgu yer almaktadır. Tanılı grubun babalarının deneyimlediği fakat tanısız grubun babalarının hiç deneyimlemediği birçok travmatik deneyimin varlığı dikkat çekmektedir. Tanılı grubun

babalarının çocukluğunda ebeveyn kayıplarının olması, aile üyelerinin kazalar, fiziksel ve psikolojik hastalıklar yaşaması gibi oldukça zorlayıcı deneyimlerin var olduğu görülmektedir. Bu deneyimlere ek olarak tanılı grubun babalarının çocukluğunda akran zorbalığına maruz kalmak, otoriter tutumla büyümek, anneyle sorunlu ilişkiye sahip olmak, üst kuşak ebeveynlerin şiddetine maruz kalmak, kardeşin şiddete maruz kalmasına tanık olmak ve depremde enkaz altında kalmak gibi farklı travmatik deneyimler yaşadığı görülmektedir. Tanısız grubun babalarının çocuklukta deneyimlediği fakat tanılı grubun babalarının deneyimlemediği birkaç travmatik deneyim de kodlanmıştır. Bu deneyimler, kardeşlerinden şiddet görmek, evin yanması ve kuma olarak eve üvey annenin getirilmesi şeklinde kodlanmıştır.

Tema ve kategori altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için bulgularda belirtilen bu kodlamalara örnek olması adına katılımcılarla yapılan görüşmelerden alıntılara yer verilmiştir. Babaların kendi çocukluklarında yaşadıkları ihmale maruz kalma deneyimi kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 4.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Ekonomik bir sıkıntı yoktu ama babam gurbette çalışırdı, fazla görmezdik yani pek bir bağımız yoktu. Ben 16-17 yaşlarında evden kaçıp sokaklarda yaşamaya başladım biraz. Aralıklarla kalıyordum sokaklarda. 10-15 gün kalıp geri eve gelirdim, 2 gün evde kalırdım ondan sonra tekrar bir daha sokaklarda. Sokaklar bana daha güvenli geliyordu. Arkadaş ortamını seviyordum. Can ciğer gibiydik. Yediğimiz içtiğimiz ayrı gitmiyordu. Her şeyi paylaşıyorduk. Onların yanında kendimi daha güvenli hissediyordum yani. Tabi uyuşturucu madde falan da kullandım o ara. Askere gidene kadar kendimi zor toparladım ben. Ondan sonra kendimizi toparladıktan sonra da evlendik. Yani öncesinde biraz hızlıydık. Eve gelmezdik. Sokaklarda kalır, kavga ederdik arkadaş grubuyla beraber. Hatta o arkadaş grubumdakiler

sonradan vefat ettiler. Vurularak öldüler. Bizde yaşadık benzerlerini. Bizi de bıçaklayıp dövdüler. Başımızdan çok olaylar oldu işte. Ama bu zamana kadar hiç cezaevine falan düşmedik. Artık annemizin duası mı bilmem? (Tanılı 12.B).

Babanın çocukluğunda kendi babasıyla olan sorunlu ilişkisi kategorisine örnek olması açısından (Tanısız 4.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Babam ilgisiz bir adamdı. Dünya yansa umurunda olmayan bir adamdı. Allah selamet versin yaşlıda bir dedemiz yani. Babamla aramda kuşaktan öte bir fark var. 50 sene var babamla aramızda. Yani babamın 7 tane çocuğu olduğu için bazen benim de ismimi unuturdu, ihmalkâr bir adamdı yani. 12 sene okul okudum 2 kere okuluma geldi, o zaman da ben çağırmıştım. Bize ilgi yoktu. Saksı gibi diktiler bizi, hasbelkader büyüdük yani. (Tanısız 4.B).

Babanın çocukluğunda aile üyelerinin psikolojik hastalık yaşaması alt kategorisine örnek olması açısından (Tanılı 14.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Annem birkaç sefer akli dengesini yitirdi hocam, onun verdiği şok vardı bizde. Çocukluğumdan beri annem bundan tedavi görüyor. Ağabeyimin hastalığı vardı, sara hastasıydı. O zamanları çok iyi hatırlıyorum epilepsi hastası olduğu için yani baya zor zamanlar geçirdik bir de annem kızını da kaybetmiş, büyük kızını. Küçük de değil yani 10-11 yaşında. Anneme çok büyük travma o yüzden akli dengesini yitirdi. Muhit falan değiştirdik yani sıkıntılarımız illaki oldu yani.

Babanın çocukluğunda maruz kaldığı aile içi şiddet kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 3.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Annem, babam… Babam biraz asabi bir adamdı. Annemle sürekli tartışırlar ve dövüşürlerdi. Babamın 80 yaşında bile annemi dövmeye kalkıştığı vardır yani.

Babanın çocukluğunda aile üyelerinin kaza yaşamaları kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 7.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Benim abim çocukken tren kazasında sağ ayağını kaybetti. Ben 3-4 yaşlarındaydım aşağı yukarı. Abimin arkadaşıyla beraber bisiklete binip gidiyorlar işte memlekette. Arkadaşı öbür tarafa geçelim diyor tren gidiyor işte giden trene yük treni. Atlamaya çalışıyor o buna ayağı kayıyor rayın arasına giriyor, sol ayağını kurtarıyor sağ ayağını kurtaramıyor sağ ayağının üzerinden geçiyor. Sağ bilekten aşağısı yok. Mesela benim hayatımdaki en büyük şey odur yani. Sabahlara kadar ağlardım yani abime olmasa da bana olsa işte dağ gibi adam şöyle böyle. Yıllarca onun şeyini çektim mesela. Biz koşarken oynarken, top oynarken o oynayamıyordu yani. Annem onu sırtında getirirdi hastaneden. Babam o kadar ilgisiz bir adamdı. İlgi konusunda babamda sıfırdı. Sonlara doğru yaşlandıkça tabii bu düzeldi ama gençlik dönemini çocukluk dönemini diyorsan bize öyle bir sevgisi… Ben babamızın bizi öptüğünü, kokladığını hatırlamam mesela yani. O yüzden biz çocuklara diyoruz biz sizi öpüyoruz, sarılıyoruz. Ben mesela, babam beni öperek uyandırmamıştır. Boynundan koklamamıştır ben işte hepinizi kokluyorum onun değerini bilin diye söylerim yani (Tanılı 7.B).

Babanın çocukluğunda aile üyelerinin vefatı kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 14.B) ve (Tanılı 15.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Ben 1 yaşındaydım ablam 11 yaşındaydı vefat ettiğinde. 10 yaş var aramızda 76 lıydı o ben 86 lıydım. Trafik kazasında, minibüs kazasında vefat etti (Tanılı 15.B).

Ben anne sevgisi hiç göremedim hocam, ben annemi hiç görmedim çünkü. Babamı da 13 yaşında kaybettim. Ama babamı da 13 yaşına kadar ben çok fazla görmedim. Çünkü İstanbul'da çalışıyordu ben memlekette yaşıyordum. Ara ara izinlerde geliyordu o ara görüyordum. Ama tabii ki biz babamıza karşı kesinlikle saygı, sevgi sonsuzdu. Bizde böyle

çünkü. Onun yanında asla hala da korkusu Allah rahmet eylesin ama bugün de olmuş olsa o korku, sevgi, saygı bitmezdi bizim için. Benim o dönemden kaynaklanan büyük bir ihtimalle. Ben görmedim bu da aynı şeyi yaşamasın endişesi (Tanılı 15.B).

Babanın çocukluğunda otoriter tutumla büyümesi kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 7.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Zamanında rahmetli babam diktatör bir adamdı. Onlar öyle büyümüşler zaten babasından ne görse bize de onu yapmışlar yani babam bizi dövmezdi ama çok korkardık yani. (Tanılı 7.B).

Babanın çocukluğunda koruyucu tutumla büyümesi kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 2.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Biz böyle rahat yetişmedik hocam. Mesela odun keseceksin, annem aman oğlum yapma, aman oğlum etme, bir yerine bir şey olur, elini kesersin. Annem çok koruyucuydu. Annem de işte annesi ölmüş, üvey annede büyümüş. Üvey annesi ona çok çektirmiş aslında. Yani o ondan dolayı doğru düzgün komşuluğa gitmez, şey yapmaz. Böyle ağzından ekmeğini al ye, bir şey demez. Herkese kapısını açar. Çok garip büyümüş yani. Annesi 10 yaşındayken mi ne ölmüş. Halamlar anlatıyor bunu da annem anlatmıyor, böyle böyle diye. Hep beraber büyümüşler. Onu üvey annesi hep döverdi oğlum diyor. Yaldan ekmek alırdı, giderdi dedene söylerdi ekmek çalıyor diye. Yani düşünün ekmek bile vermezlermiş. Böyle büyüdüğü için, oğlum etme, oğlum kimseye bulaşma, oğlum şunu şöyle etme. Böyle büyüdük. Çok çekmiş yani, annem hayatta anlatmaz. Ara sıra denk gelirse halamlar anlatır işte. Yoksa annem anlatmaz. Evden doğru düzgün dışarı çıkmaz. Öyle büyümüş, öyle görmüş. O yüzden ona pek kızamıyorum, bir şey diyemiyorum. Hikâyemiz böyle hocam (Tanılı 2.B).

Babanın çocukluğunda annesiyle sorunlu ilişkisi kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 10.B) isimli katılımcının "*annenizin size karşı tavırları nasıldır*?" sorusuna yanıt olarak verdiği ifadeler aktarılmıştır:

Ya şöyle diyeyim hocam bana abime davrandıkları gibi davranmadılar. Yani şimdi nasıl desem… Onlara biraz daha şey yaptılar… Torpilli gibi… ama aslında şöyle ben okuldan atıldıktan sonra biraz böyle oldu. Ben meslek lisesini bıraktım. Devamında köyde kaldım. Ben küçükken çok şeydim mesela yani çok şen şakrak bir insandım. Girdiğim her ortamı neşelendirirdim yani. Yani bilmiyorum ondan dolayı beni fazla ciddiye almadılar ya da bilmiyorum öyle şeyi ama biraz konuda… geri planda kaldık ister istemez. Abimin gölgesinde kaldım diyebilirim (Tanılı 10.B).

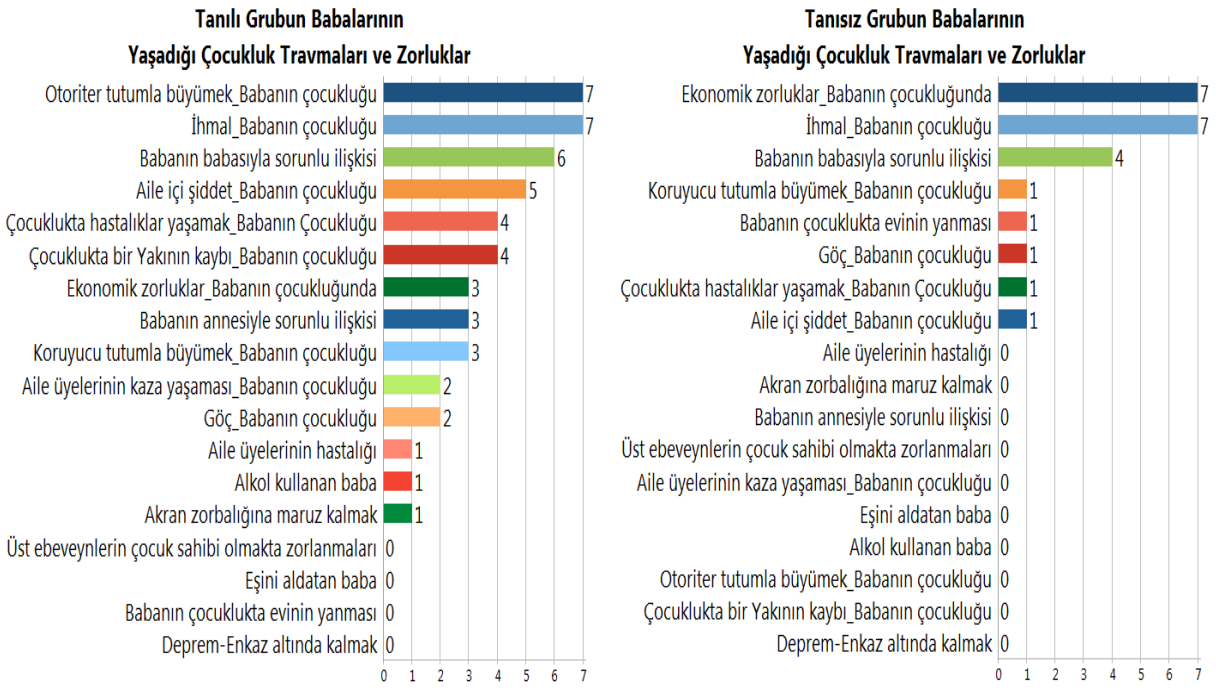
Babanın çocukluğunda hastalıklar yaşaması kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 3.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Küçükken sebebi tam konulamamış, böyle bir yerlerim ağrıyor demişim. Beni bir Zeynep Kamil'e götürmüş babamgil gece üçte. Orada psikolojik bir sorun çıktı. Doktorların hepsi başımda, hala da şeyim vardır o beyaz üniformalılara karşı, doktor fobim var yani. Hastaneleri sevmiyorum açıkçası. Çocukluk dönemi tabi yokluk, sene 86 de buraya gelmişiz. Evin içerisi… küçük fındık farelerinin gezdiği bir ev. Bir çanta ile gelmişiz. Ben bir de çok zayıf bir çocuktum, hastalanıyordum sürekli. Annem sağ olsun beni sürekli kucağında taşırdı. En naif çocuk bendim (Tanılı 3.B).

Babaların çocukluk dönemlerinde deneyimledikleri travmatik deneyimler oldukça çeşitli olaylarla gerçekleşmiştir. Tanılı ve tanısız grubun babalarının her iki grubunda da farklı travmatik deneyimlerin varlığı görülmektedir. Kodlama yoğunluğunda tanılı grubun babalarının daha fazla travmatik deneyim kod yoğunluğuna sahip olduğu daha önce de

belirtildiği gibi Şekil 17'deki grafikte de görülmektedir. Babaların çocukluklarında yaşadığı travmatik deneyimlerin kodlanan belge sayısına göre dağılımı Şekil 18 incelendiğinde benzer durumun olduğu görülmektedir. Tanılı grubun babalarında kodlanan 14 farklı travmatik deneyim kodlaması bu grupta 49 kez ve en az bir kere kodlanmıştır. Bu sonuç tanılı grubun babalarının birden farklı travmatik deneyimi yaşadığı sonucuna işaret etmektedir. Başka bir deyişle tanılı gruptaki bir görüşme belgesinde ortalama 3 veya 4 farklı travmatik deneyimden söz edilmiştir. Tanısız grubun ebeveynlerine ait belgelerde ise 8 farklı travmatik deneyim kodlaması bu grupta 23 kez kodlanmış ve her bir görüşme belgesinde ortalama 1 veya 2 travmatik deneyimden söz edilmiştir. Bu açıdan bakıldığında tanılı grubun ebeveynlerinin yaşadıkları travmatik deneyimlerin çeşitliliği tanısız grubun ebeveynlerine göre yaklaşık iki kattır.

Şekil 18. Tanılı ve Tanısız Grupların Babalarının "*Çocukluk Çağı Travmaları*" Kategorisinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



4.2.3.2. Annelerin Çocukluk Çağı Travmaları Kategorisine Ait Bulgular

Ebeveynlerin çocuklukta yaşadığı zorlayıcı ve travmatik deneyimler kategorisinin bir alt kategorisi olan "*annelerin yaşadığı çocukluk travmaları ve zorluklar*" alt kategorisi (462) bu tema altında en çok kodlanan alt kategori olmuştur. Anne gruplarının maruz kaldığı çocukluk çağı travmalar ve zorlayıcı deneyimler, bu alt kategori altında incelenmiştir. Bu alt kategoriye ait yoğunluk grafiği Şekil 19'da tanılı ve tanısız anne gruplarına göre boyutlandırılarak gösterilmiştir.

Şekil 19. Tanılı ve Tanısız Grupların Annelerinin "*Çocukluk Çağı Travmaları*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlama Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grupun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Zorlayıcı/Travmatik Deneyimler		
Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Travmaları	2	
Annenin yaşadığı çocukluk travmaları ve zorluklar	5	12
Otoriter tutumla büyümek	4	
Koruyucu tutumla büyümek	3	
Kaçırılma_Annenin çocukluğu		2
Yakın/Aile üyesi kaybı	1	3
Kardeş kaybı		2
Ebeveyn kaybı_annenin çocukluğu	1	12
Göç_Annenin çocukluğu		1
Ailenin kaza yaşaması	1	
Çocukluk kaygıları_annenin	1	
Annenin kardeşleriyle sorunlu ilişkileri	1	1
Annenin annesiyle sorunlu ilişkisi	7	18
Annenin babasıyla sorunlu ilişkisi	9	30
Annenin ebeveyninin hastalanması	5	
Annenin çocuklukta ihmal ve İstismar edilmesi	8	62
Fiziksel istismar	1	10
Fiziksel İhmal		6
Ekonomik istismar	1	9
Duygusal İhmal	15	60
Ekonomik zorluklar	10	14
Annenin çocuklukta konuşma bozukluğu	2	
Otoriter bir ailede büyümek	7	27
Çocukluğunda fiziksel hastalıklar/Kazalar	2	9
Kötü bir hastalığa tanık olmak	1	2
Alkol kullanan ebeveyn		19
ben o yüzden evladıma karşı, ben onlar gibi olmayacağım diye da		1
Aile içi şiddet	3	44
Yok ben yemedim sadece 1-2 kere tokat attı. Onu unutmuyorum. Bi		2
Bir daha hiç konuşulmayan aile travmaları		3
Ailede Psikiyatrik bozukluk	1	13
Kardeşin intihar girişimi_annenin çocukluğu		1
Parçalanmış aile	2	8

Annelerin çocukluk çağı travmatik deneyimlerine ilişkin bilgilere ait Şekil 19'daki tablo incelendiğinde tanılı grubun annelerinde kodlama yoğunluğunun tanısız grubun annelerine göre çok daha yoğun olduğu görülmektedir. Örneğin her iki anne grubu için de çocuklukta duygusal ihmale maruz kalmak en çok kodlanan kod türü olmuştur fakat duygusal ihmale maruz kalma kodu tanısız grubun annelerinde 15 kez, tanılı grubun annelerinde ise 60 kez kodlanmıştır. Benzer durum birçok kod grubu için benzerdir. Aile içi şiddet kodlaması tanılı grubun annelerinde 44 kez kodlanırken tanısız grubun annelerinde 3 kez kodlanmıştır. Annenin kendi babasıyla sorunlu ilişkisi tanılı grubun annelerinde 30 kez kodlanırken tanısız grubun annelerinde 9 kez kodlanmıştır. Otoriter bir ailede büyümek tanılı grubun annelerinde 27 kez kodlanırken tanısız grubun annelerinde 7 kez kodlanmıştır. Annenin kendi annesiyle sorunlu ilişkisi tanılı grubun annelerinde 18 kez kodlanırken tanısız grubun annelerinde 7 kez kodlanmıştır. Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsünün olması tanılı grubun annelerinde 13 kez kodlanırken tanısız grubun annelerinde 1 kez kodlanmıştır. Yakın aile üyesinin kaybı tanılı grubun annelerinde 18 kez kodlanırken tanısız grubun annelerinde 2 kez kodlanmıştır. Fiziksel istismar tanılı grubun annelerinde 10 kez kodlanırken tanısız grubun annelerinde 1 kez kodlanmıştır. Ekonomik istismar tanılı grubun annelerinde 9 kez kodlanırken tanısız grubun annelerinde 1 kez kodlanmıştır. Çocuklukta hastalık ya da kaza yaşamak tanılı grubun annelerinde 9 kez kodlanırken tanısız grubun annelerinde 2 kez kodlanmıştır. Parçalanmış ailede büyümek tanılı grubun annelerinde 8 kez kodlanırken tanısız grubun annelerinde 2 kez kodlanmıştır.

Şekil 19'daki tablo incelenip iki anne grubu çocukluk çağı travmatik deneyimleri açısından karşılaştırıldığında bazı deneyimlerin bir anne grubunda yaşanırken diğer anne grubunda yaşanmadığı görülmektedir. Alkol kötü kullanımı olan bir ebeveyne sahip olmak (19), fiziksel ihmal (6), kardeş kaybı (2), bir kardeşin intihar girişimi (1), konuşulmayan/gizli

aile travmaları (3), fiziksel şiddet (2) ve kaçırılmak (2) gibi kodlamalar tanılı grubun annelerinde kodlanırken tanısız grubun annelerinde hiç kodlanmamıştır. Bu durumun tam tersi tanısız grubun annelerinde kodlanan fakat tanılı grubun annelerinde kodlanmayan bulgular da mevcuttur. Otoriter tutumla büyümek (4), koruyucu tutumla büyümek (3), ailenin kaza yaşaması (1), ebeveynin hastalanması (5) ve çocukken konuşma bozukluğu yaşamak (2) gibi kodlamalar tanısız grubun annelerindekodlanırken tanılı grubun annelerinde hiç kodlanmamıştır.

Tema ve kategori altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için bulgularda belirtilen bu kodlamalara örnek olması adına katılımcılarla yapılan görüşmelerden alıntılara yer verilmiştir. Annelerin kendi çocukluklarında yaşadıkları duygusal ihmale maruz kalma deneyimi kodlamasının örnek olması açısından (Tanılı 1.A) isimli katılımcıların ifadelerine yer verilmiştir.

Babamı hiç görmedim, onu tanımıyorum. Onunla ilgili hiçbir şey bilmiyorum ama annemi gördüm. Annem ikinci evliliğini yaptı. Babam da evlenmiş, öyle duydum. Bir tane çocuğu var. Onu da biliyorum, onu da duydum. Herkes şimdi kendi hayatında yani. Annemi de şimdi anlayabiliyorum ama o benim yanımda değildi. Beni dede nene büyüttü ama annem babam olsaydı daha farklı olabilirdi. Hani ben o yüzden evladıma karşı, ben onlar gibi olmayacağım diye daha çok sevgimi veriyorum. Daha özverili olmaya çalışıyorum. Benim annem biraz da başına buyruk. Benim annem 17 yaşımda evlenmiş, hani o yüzden daha genç şeyinde olduğu için, o zaman belki cahillik olmuş olabilir. İkisi açısından söylüyorum. Ben öyle olmamak için elimden geleni yapıyorum. Yani anneye karşı biraz da kırgınlık hissi var. Hafif yani, öyle çok yok ama hafif var. Yanımda olabilirdi. Aynı şekilde babamda olabilirdi. Tabi

babalığı hiç bilmiyorum. Dedemden yaşadım ama o daha farklı benim için. Ama babalığın duygusunu bilmiyorum (Tanılı 1.A).

Annenin çocukluğunda aile içi şiddet kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 14.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Ben çalıştığım zaman bunu yaşamaya başladım, ben çok dayak yedim ailemden öyle böyle dayaklar, çok dayak yedim. O da neden yedim; benim dedem böyle sofi gibiydi benim açık olmamı kabul edemezdi. Ki öyle bir açık da değildim yani sadece pantolon giyerdim, tişört giyerdim benim ailem ona çok karşıydı, ağabeyim çok karşıydı. İşten gelirdim bakardım benim pantolonlarımı arkada kesmiş atmış. Bunları anlatıyorum doğru mu değil mi ben de bilmiyorum ama niye anlatıyorum bilmiyorum, siz bana sorunca ben de… Demek ki anlatasım varmış herhâlde. Dedem de aynı şekilde döverdi, babam böyle hep başkalarının lafıyla bakarak bir gün kurana gittik biz böyle mevlit vardı bol pantolon giymiştim, böyle şal yaptım kuran okunduğu için beni iş yeri için götürdü ben senin burada çalışmanı istiyorum dedi sen burada çalış burası güvenilir bir yer dedi. Bir baktım karşımdaki bayan bana soruyor ki siz kapalı mısınız? Hayır dedim, açığım dedim, ben kapalı değilim dedim. Bayana baktım karşımda siz dedim kapalı mısınız? Aynen bu şekilde yaptım çünkü şuraya kadar bir etek giymiş, her yeri açık, küpeler buradan… Siz dedim kapalı mısınız dedim evet kapalıyım. Kapalı böyle olmaz bir de beni mi sorguluyorsun dedim. Niye öyle demişim diye babam arabanın içinde bana tokat atıyor sen neden beni küçük düşürdün diye. O konuda çok sıkıntı yaşadım ki bir şey daha yaşadım hayatım boyunca hiçbir zaman unutamam o beynimden hafızamdan zaten silinmiyor. Bir gün telefon kullanıyorum, ben de yengelerimle arkadaşım, abimin eşleri hep benim arkadaşlarım. Bir gün o aradı ben de onunla konuşuyorum telefonda o zaman da gizli bir telefonum vardı benim amcam böyle sıkıntılı biriydi içer içer herkese sarardı. En alt katta oturuyoruz ben kapıyı açtım hani çok hızlı vurunca kapıya herhalde birine bir şey oldu galiba

dedim beni direkt kapının arasına sıkıştırdı ama öyle böyle bir dövme yok yani insanı öldüresiye döversiniz ya korkudan yani artık altıma işemişim düşünün. Bir kere daha aynısını yapacaktı sonra annem karşı çıktı. Ya beni kimse korumadı hani benim kızım açık olabilir diye. (Tanılı 14.A).

Annenin çocukluğunda babasıyla sorunlu ilişkisi kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 15.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Babam inşaatta çalışır. İşçiler gelir. İşçilere yemek götür. Böyle bir düzen vardı. İnşaata yemek taşı, kahvaltı götür. Akrabalar köyden gelirdi, onları çalıştırırdı babam. İnşaat yapardı. Burada eski evlerden birçok şey yapmışlığı var. Öyleydi yani. Bağıran, sinirli, gergin, agresifti. Daha çok çalıştığı kişilere değer veren biriydi. Bir de kıskançtı. Onla neden konuştun gibi. Biz amcamın çocuklarıyla bayramlarda tokalaşamazdık, konuşamazdık. Kıskanıyorum ve kimseye güvenmiyorum derdi. Kendisi çok güzel şeyler mi yapmış ona da sorsak yok yani. Öyle yani. Çok da şey bir çocukluğumuz geçmedi. O yasaklarda insanı başka şeylere itiyor. Ne kadar çok sıkarsan… Yasak koyduğun zaman… Mesela biz pantolon giymezdik ve ben ilk fırsatta pantolon giydim. İlk rahatlığımda. Yani çok baskıda yapmayacaksın, etmeyeceksin. Bir şeyler içinde kaldıysa gün gelir, ya o an yapıyorsun gizli saklı ya da o rahatlık geldiği zaman yapıyorsun ama yapıyorsun mutlaka. Öyle kızlara her şeyi bağırarak anlatırdı. Neşeli ve güzel şeyler yoktu yani. (Tanılı 15.A).

Annenin çocukluğunda otoriter bir ailede büyümek kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 15.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Çocukluğum çok parlak değildi (gülerek). Tutucu bir baba vardı, disiplinli bir baba. Anne ve babamızın bize bir bakışı ve sesi yeterdi, böyle diyeyim size. Bunun içinde korku da illaki oluyordur yani öyle melek değil. Babam baskıcıydı, döverdi ve vururdu. Anneminde dayak

yediğine şahit olmuşluğum anlar vardı. Bizi de annemi de… sus… bizde korkarak öyle (Tanılı 15.A).

Annenin çocukluğunda babasının alkol kullanması kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 15.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Çok mutlu bir ergenliğim olmadı yani çok mutlu bir çocukluğum da olmadı. Babam benim alkol kullanan bir adam. Çok kullandı çok yani. Yani hatırlamak istemiyorum kendimi tutamayabilirim zor dönemler yani o zaman keyifli geçmedi genç kızlığım. Kız kardeşim erken evlendi. Ondan dolayı yani rahatsızdı o benim gibi değil yani içine atar ben dışarı bir şekilde tepki olarak vururum ama çok içine kapanık bir kızdı. Dedi ki ben evleneceğim dedi vermezsen de giderim dedi böyle. Kendi tanıdığımız bildiğimiz birisiydi arkadaşımızın onu öyle evlendirdik gitti yani. Ama işte o zamanlar bilmiyoruz evlilik bir çözüm mü orada bulunmak mı yani herkesin belirli bir düzeni var ama kimse kolay gelmiyor gerçekten. Yani babam alkol kullanan bir adamdı hala da yapar hala da içer. Babamın bu şeyinden dolayı davranışından dolayı ben de olan saygısını aldı götürdü. Ben evlendikten sonra babamla çok ciddi bir kavga ettim. Onun hiçbir zaman gerçekten yüzüne de bakmazdım ama bir yerde anneme kıyamadığım için devam ettiriyorum ama şu anda benim için bir şey söylese insan babadır yani hani böyle bu böyle olacak dediği zaman kimse geri adım atamaz, onun sözünün üstüne söz olmaz ya ben onu takmam. Sen böyle istedin diye bu böyle olacak demem. Yüzüne karşı da demişimdir valla bak baba dedim yüzüne karşı da söylüyorum ne kadar ömrün var kim önce gider bilmem de annemin arkasından ölüp de Allah seni bırakmasın dedim yani öyle söyledim. Çünkü evet eziyet etti çünkü bize çok güzel çocukluğumuzu yani sen beni okutmak yerine benim giderlerimin parasını gittin içki masasında yedin sana hakkımı helal etmiyorum demek isterim böyle ki annemin yanında konuşmuşumdur da ona böyle bir demedim bir defa dedim böyle bir şey konuştum. Kafasına takmış içmiş beni aradı sonra içip beni arıyor işte ben hiç konuşmak

istemiyorum. O yüzden A… geliyor mu diye beni sorar anneme gelmiyorsam iki demlenir gelir yani. Allah affetsin.

Annenin çocukluğunda annesiyle sorunlu ilişkisi kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 5.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Annem de aynı benim gibi dominanttır. Dediği dedik hani çünkü benim evde de mesela ben anneme mi çekmişim? Annenin lafı geçiyordu baba hiçbir şeye karışmazdı. Çok bir şeyle ilgilenmezdi babam ama annem hep korkuturdu. Korkmamızı sağlardı babayla ama her şey annemde biterdi. (Tanılı 5.A).

Annenin çocukluğunda ekonomik zorluklar kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 6.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Hiç şımartılmadım hiç o olmadı hayatımda hep istedim böyle annem beni şımartsın istediğimi alsın yapsın hiç olmadı. İstediğimiz her şeyi rahat alıp giyemedik, yiyemedik o zaman öyle söyleyeyim. Sonradan bir şeyler oturdu ama benim gitti yani. Babam mesela okul uzak diye göndermedi ortaokul mezunuyum onu da dışarıdan bitirdim. (Tanılı 6.A)

Annenin çocukluğunda ekonomik zorluklar kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 6.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Ailemle birlikte kaza yaşadım. Maddi anlamda sıkıntılarımız oldu. Annem hep ev işlerine gidiyordu. Babamda binaya bakıyordu, bina görevlisiydi. Onlar köyden çıkıp gurbete gelip bir çalışma telaşına düşmüşler. Evi geçindirelim, bunu şunu yapalım diye. Hep zorluklarla ilerlemişler. Maddi yönden hiç rahat ortamımız olmadı ama mutluyduk. Gözümüz yükseklerde değildi.

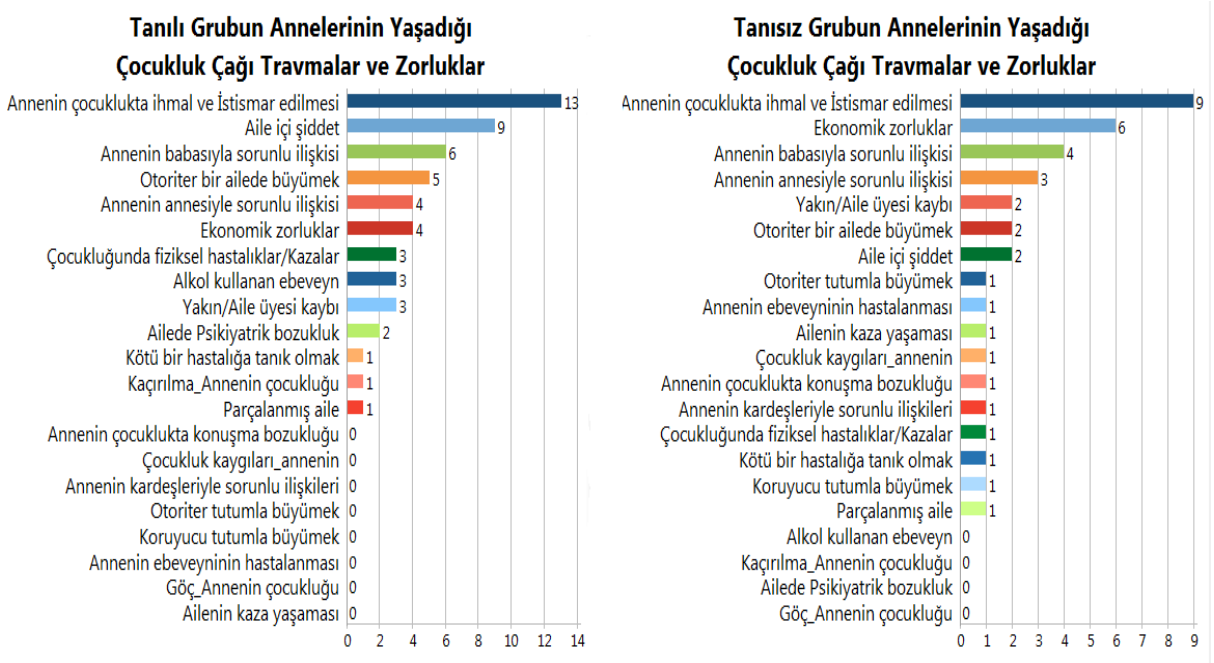
Annenin çocukluğunda aile üyelerinin psikiyatrik hastalıklar yaşaması kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 12.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Benim dayım rahatsızdı biraz. Ona şizofren tanısı kondu, dayıma. 17 yaşından beri o rahatsızlığı var ve daha çok onunla uğraşıyorlardı bizimkiler. Hala da tedavi görüyor zaten. Onunla ilgili problemler vardı yoksa öbür türlü problemimiz hiç olmadı. Yani zordu, çok zordu. Yani zarar verirdi, şey yapıyordu o zamanlardan bahsediyorum. O zamanlar bir çocuk için korkutucu bir şey. Üzülüyordum. Evde kalmak istemiyordum o zamanlar, korkuyordum çünkü. Eve tek gidemiyordum o zamanlar. Ya anneannem olacak ya dedem ki ben eve gireyim. Saldırırdı bizlere çünkü. Dedemden çekiniyordu, dedeme şey yapmıyordu. Son kötü olduğu zamanlar dedeme de bir kere el kaldırmıştı. Daha çok bize… Dedem gittiği zaman bize yapardı. Kızardı, döverdi, kapıyı kilitlerdi. Öyle şeyler yapardı o zamanlar. İlaç içtiği zaman çok iyiydi, içmediği zaman başka birisi oluyordu. Onu yaşadık zordu. Eve polisler gelirdi. O günlerimiz zordu. O zamanlar ben ilkokula gidiyordum. Zaten liseye kadar şeyler yaşadık. Zaten lisede daha çok anladım. Bir Bakırköy'de yattı. Bir Erenköy'de yattı 15-20 gün tedavi gördü. En son düğünümde de rahatsızlanmıştı, düğün zamanında. Hastanede yatmıştı, o zaman kötüydü. Eşyaları felan, her şeyi yakmış, anneme zarar vermişti. Normalde pek şey yapmaz, kimseyle konuşmaz, geçer odasına oturur. Arkadaşı zaten yok. Sürekli şey yapıyor çünkü, evden dışarı da çıkmıyor. Arkadaşı da yok. Aslında içine kapanık, kendi kendine şey yapar. Bazen ağlar, bazen güler. O zamanlar öyleydi, tabi şimdi böyle değil de. Şuan çok şükür, ilaçlarını düzenli kullandığı için hiç problemimiz yok.

Annelerin çocukluk çağlarında karşılaştıkları travmatik deneyimler farklı olaylarla gerçekleşmiştir. Hem tanılı ve hem de tanısız grubun annelerinde farklı travmatik deneyimlerin varlığı görülmektedir. Kodlama yoğunluğunda tanılı grubun annelerinin daha fazla travmatik

deneyim kod yoğunluğuna sahip olduğu Şekil 19'daki tabloda görülmektedir. Annelerin çocukluklarında yaşadığı travmatik deneyimlerin kodlanan belge sayısına göre dağılımı Şekil 20'de incelendiğinde benzer durumun olduğu görülmektedir. Tanılı grubun annelerinde kodlanan 13 farklı travmatik deneyim kodlaması bu grupta 55 kez ve en az bir kere kodlanmıştır. Bu sonuç tanılı grubun annelerinin birden farklı travmatik deneyimi yaşadığı sonucuna işaret etmektedir. Başka bir deyişle tanılı gruptaki bir görüşme belgesinde ortalama 3 veya 4 farklı travmatik/zorlayıcı deneyimden söz edilmiştir. Tanısız grubun ebeveynlerine ait belgelerde ise 17 farklı travmatik/zorlayıcı deneyim kodlaması bu grupta 38 kez kodlanmış ve her bir görüşme belgesinde ortalama 2 veya 3 travmatik/zorlayıcı deneyimden söz edilmiştir. Bu açıdan bakıldığında tanılı grubun ebeveynlerinin tanısız grubun ebeveynlerine kıyasla daha fazla ve yoğun travmatik/zorlayıcı deneyimle karşılaştığı söylenebilir.

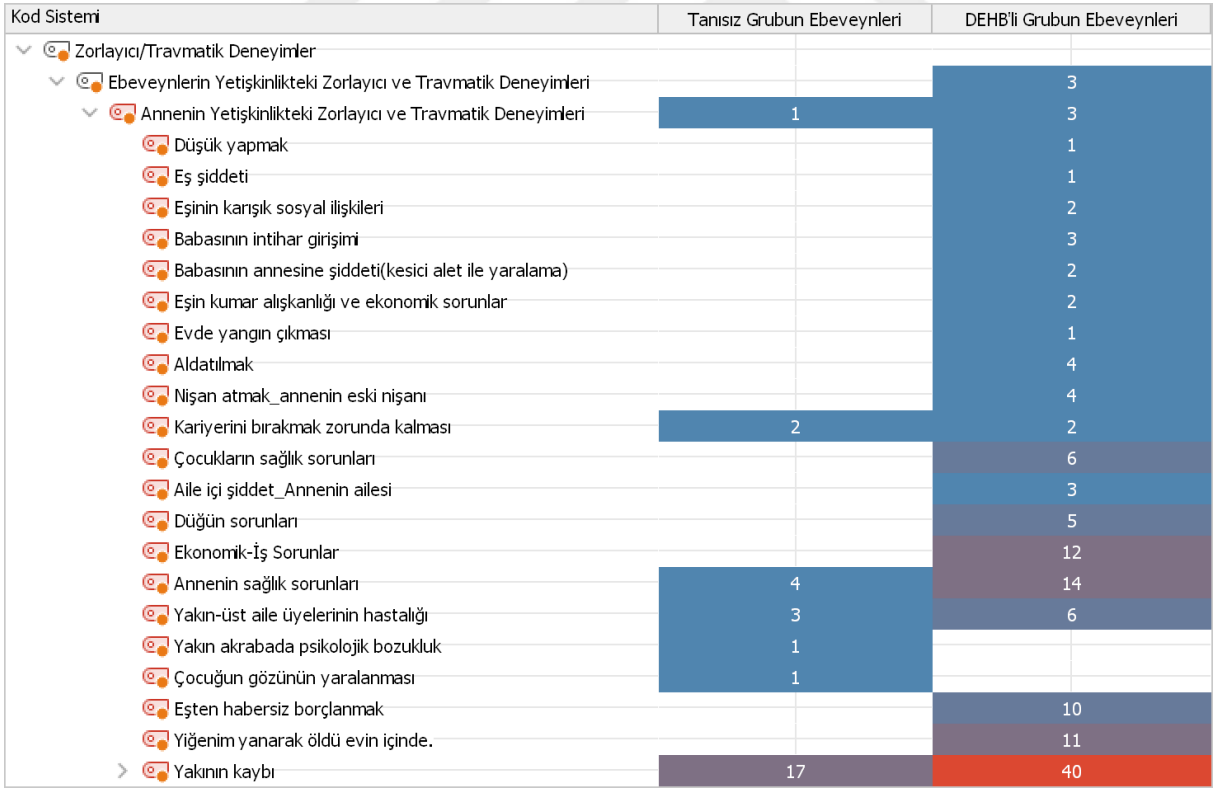
Şekil 20. Tanılı ve Tanısız Grupların Annelerinin "*Çocukluk Çağı Travmaları*" Kategorisinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



4.2.3.3. Annelerin Yetişkinlikte Yaşadığı Zorlayıcı ve Travmatik Deyimler Kategorisine Ait Bulgular

Ebeveynlerin yetişkinlikte yaşadığı zorlayıcı ve travmatik deneyimler kategorisi 310 kez kodlanarak en çok kodlanan ikinci kategori olmuştur. Bu kategorinin alt kategorilerinden "annelerin yetişkinlikte yaşadığı zorlayıcı ve travmatik deneyimler" alt kategorisi 161 kez kodlanarak bu tema altında en çok kodlanan alt kategori olmuştur. Anne gruplarının maruz kaldığı yetişkinlik dönemi travmaları ve zorlayıcı deneyimler, bu alt kategori altında incelenmiştir. Bu alt kategoriye ait yoğunluk grafiği Şekil 21'de tanılı ve tanısız grupların annelerine göre boyutlandırılarak gösterilmiştir.

Şekil 21. Tanılı ve Tanısız Grupların Annelerinin "*Yetişkinlik Dönemi Zorlayıcı ve Travmatik Deneyimleri*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlama Yoğunluğu



Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Zorlayıcı/Travmatik Deneyimler		
Ebeveynlerin Yetişkinlikteki Zorlayıcı ve Travmatik Deneyimleri		3
Annenin Yetişkinlikteki Zorlayıcı ve Travmatik Deneyimleri	1	3
Düşük yapmak		1
Eş şiddeti		1
Eşinin karışık sosyal ilişkileri		2
Babasının intihar girişimi		3
Babasının annesine şiddeti(kesici alet ile yaralama)		2
Eşin kumar alışkanlığı ve ekonomik sorunlar		2
Evde yangın çıkması		1
Aldatılmak		4
Nişan atmak_annenin eski nişanı		4
Kariyerini bırakmak zorunda kalması	2	2
Çocukların sağlık sorunları		6
Aile içi şiddet_Annenin ailesi		3
Düğün sorunları		5
Ekonomik-İş Sorunlar		12
Annenin sağlık sorunları	4	14
Yakın-üst aile üyelerinin hastalığı	3	6
Yakın akrabada psikolojik bozukluk	1	
Çocuğun gözünün yaralanması	1	
Eşten habersiz borçlanmak		10
Yiğenim yanarak öldü evin içinde.		11
Yakının kaybı	17	40

Annelerin yetişkinlik dönemi zorlayıcı ve travmatik deneyimlerine ilişkin bilgilere ait Şekil 21'deki kod yoğunluğu tablosu incelendiğinde tanılı grubun annelerinde kodlama

yoğunluğunun tanısız grubun annelerine göre çok daha fazla olduğu görülmektedir. Örneğin her iki anne grubu için de *"bir yakının kaybı"* en çok kodlanan kod türüdür fakat bu kod tanılı grubun annelerinde 40 kez kodlanırken tanısız grubun annelerinde 17 kez kodlanmıştır. Anne gruplarının *"sağlık sorunları yaşamak"* kodu tanılı grubun annelerinde 14 kez kodlanırken tanısız grubun annelerinde ise 4 kez kodlanmıştır. Benzer durum *"yakın aile üyelerinin sağlık sorunları"* kodu için de geçerlidir. Bu kod tanılı grubun annelerinde 6 kez kodlanırken tanısız grubun annelerinde 3 kez kodlanmıştır. Tanılı grubun annelerinde kod yoğunluğunu arttıran bir başka durum ise farklı zorlayıcı ve travmatik deneyimlerin tanılı grubun annelerinde tanısız grubun annelerine göre daha fazla görülmesidir.

Şekil 21'deki yoğunluk tablosu incelenip iki anne grubu yetişkinlik dönemi zorlayıcı ve travmatik deneyimler açısından karşılaştırıldığında bazı deneyimlerin bir anne grubunda yaşanırken diğer anne grubunda yaşanmadığı görülmektedir. Düşük yapmak (1), eş şiddetine maruz kalmak (1), eşin karışık ilişkilerine maruz kalmak (2), katılımcının babasının intihar girişiminde bulunması (3), katılımcının babasının annesine şiddeti (2), eşin kumar alışkanlığından dolayı ekonomik sorunlar yaşamak (2), evde yangın çıkması (1), aldatılmak (4), nişan atmak (4), çocukların sağlık sorunları (6), aile içi şiddet (3), düğün sorunları (5), ekonomik ve iş sorunları (12), eşin habersiz borçlanması (10) ve yeğenin yanarak ölümü (11) gibi kodlamalar tanılı grubun annelerinde kodlanırken tanısız grubun annelerinde hiç kodlanmamıştır. Bu durumun tam tersi tanısız grubun annelerinde kodlanan fakat tanılı grubun annelerinde kodlanmayan bulgular da vardır. Yakın akrabada psikolojik bozukluk (1) ve çocuğun gözünden yaralanması (1) kodlamalar da tanısız grubun annelerinde kodlanırken tanılı grubun annelerinde hiç kodlanmamıştır.

Tema ve kategori altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için bulgularda belirtilen bu kodlamalara örnek olması adına katılımcılarla yapılan görüşmelerden alıntılara yer verilmiştir. Annelerin yetişkinlik dönemlerinde yaşadıkları zorlayıcı ve travmatik deneyimlerden bir yakının kaybı kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 5.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Hani 2 senelik bir şeyimiz vardı çok severdim gerçekten çok mülayim bir insandı. Gerçekten kendi öz babammış gibi çok sevdim kendisini. İşte hastalandı falan duyduğum zaman üzüldüm, burada değildim ben kendi memleketimdeydim sonra hemen geldim işte hastaneye falan yatırmışlardı baya bir hastanede kaldı. Ölmeden bir gün işte yanına gittim ki elini de öptüm, öleceğini biliyormuş gibi hissettim. O anda fenalaşmışım zaten ben o an onu görünce böyle sonra beni çıkarttılar zaten. Baya bir şeydi cenazesinde baya bir fenalaşmışım hani sonuçta hamileyim bebeğe bir şey olur diyerekten hani o korkuları da vardı. Tabii ki eşimde baya bir etkilendi sonuçta annesini de kaybetmiş, babasını da kaybetmesi baya bir kendisinde boşluk hissettirdi. Tamam, abileri, ablası falan var ama anne baba gibi olmuyor. (5_DEHB_A).

Annelerin yetişkin dönemlerinde yaşadıkları zorlayıcı ve travmatik deneyimlerden sağlık sorunları yaşamak kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 14.A) isimli katılımcının yaşadığı sağlık sorunları hakkındaki ifadelerine yer verilmiştir.

Ben keratokunus hastasıyım. Yani yaşım ilerledikçe korneam sivriliyor, sivrildikçe de görmem düşüyor. Şuan %35-40 civarı falan görüyorum. Daha yeni bir ameliyat daha atlattım (Tanılı 14.B).

Annelerin yetişkin dönemlerinde yaşadıkları zorlayıcı ve travmatik deneyimlerden ekonomik ve iş hayatı ile ilgili sorunlar yaşamak kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 7.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Hep şey oldu yani maddi sorunlar oldu. Açıkçası şöyle bir şey bir aile işte neyse söyleyeyim bir abiye yardım etme durumu olmuştu. Eşimin abisine öyle bir durum olmuştu. Sonrasında işte işler kötüye gitti. Ödememe gibi bir durum oldu, borçlar, her şey üstüne kaldı. Bir şeyler oldu yani baya. Yani o yüzden de diyorum ki işimden ayrıldığım için tabii ki çok pişmanım. Hani birine maddi anlamda bağlılık zor bir şey yani (Tanılı 7.A).

Annelerin yetişkin dönemlerinde yaşadıkları zorlayıcı ve travmatik deneyimlerden eşin habersizce borçlanması kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 2.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Eşim benden habersiz bazı şeyler de yaptı. Kartlar üzerine diyeyim. Birkaç tane karttan para çekmiş, benden habersiz yaptığı için çok kızmıştım. Benden habersiz yapmasaydın dedim, hani benim de haberim olsaydı, benimle paylaşsan daha iyi olmaz mıydı dedim. Çünkü ben burada sonuçta senin eşinim. Şimdi onun sorununu biz çektik. Çok şükür atlattık. Bunları kapattım, ödemeler bittikten sonra rahatladık. Ama yapmayacağım dedi, söz verdi. Ama daha yeni, yine aynı şeyi yapmış, benden habersiz yapmış. Ben tabi ki öğreniyorum yine. Yine işte tantana geçti evde, neden yaptın yine diye. O şekilde evi yürütebildim, yaptım dedi. Ama benden habersiz olmasaydı çok daha iyi olurdu. Güvenim sarsılmıştı ve yine tekrar yaptığı için güvenim yine sarsıldı (Tanılı 2.A).

Annelerin yetişkin dönemlerinde yaşadıkları zorlayıcı ve travmatik deneyimlerden yeğenin yanarak vefat etmesi kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 2.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Bir yeğenim yanarak öldü evin içinde. 4 yaşındaydı o da. Bir de o çok hareketli, hiperaktif bir çocuktu. Benim oğlumdan daha hiperaktifti. Benim oğlum yine iyi, o çok hiperaktifti. Ondan sonra işte yanarak öldü çocuk. Çakmağı alıyor yakıyor yatak odasında yatağın örtüsünü. Anne uyuyor ya da banyoda dediler artık orayı bilemiyoruz kesin olarak. Duman içinde anne bulamıyor onu, ölüyor. Kaçamıyor da yerinden. Ya bir de çok seviyorduk. Annesi babası çok sorumsuzdu. Benim abim içki içerdi. Anne birkaç kez gitti bıraktı, gitti bıraktı. Evde de ben kaldığım için ben bakmak zorunda kaldım. Annem baktı, ben baktım yani çok seviliyordu. Annesi ciddi sorunlar yaşıyordu o aralar.[P SEP]Bundan dolayı ben şu an bile kolluyorum, koruyorum ateşle oynamasınlar diye. Bu durum beni çok etkiledi. B…'yi büyütürken hep aklıma geliyor (Tanılı 2.A).

Annelerin yetişkinlik döneminde karşılaştıkları zorlayıcı ve travmatik deneyimler anneler tarafından çok çeşitli olaylarla yaşanmıştır. Hem tanılı ve hem de tanısız grubun annelerinde farklı travmatik deneyimlerin varlığı görülmektedir. Kodlama yoğunluğunda tanılı grubun annelerinin daha fazla travmatik deneyim kod yoğunluğuna sahip olduğu Şekil 21'deki kod yoğunluğu tablosunda görülmektedir. Annelerin yetişkinlik dönemlerinde yaşadığı travmatik deneyimlerin kodlanan belge sayısına göre dağılımı Şekil 22'de incelendiğinde benzer durumun olduğu görülmektedir. Tanılı grubun ebeveynlerinde kodlanan 17 farklı zorlayıcı/travmatik deneyim kodlaması bu grupta 35 kez ve en az bir kere kodlanmıştır. Bu sonuç tanılı grubun annelerinin yetişkinlik döneminde birden farklı travmatik deneyimi yaşadığı sonucuna işaret etmektedir. Başka bir deyişle tanılı grubun ebeveynlerinin bir görüşme

belgesinde ortalama 2 veya 3 farklı travmatik/zorlayıcı deneyimden söz edilmiştir. Tanısız grubun ebeveynlerine ait belgelerde ise 5 farklı travmatik/zorlayıcı deneyim kodlaması bu grupta 14 kez kodlanmış ve her bir görüşme belgesinde ortalama 1 travmatik/zorlayıcı deneyimden söz edilmiştir. Bu açıdan bakıldığında tanılı grubun annelerinin tanısız grubun annelerine kıyasla yetişkinlik döneminde daha fazla ve yoğun travmatik/zorlayıcı deneyimle karşılaştığı söylenebilir.

Şekil 22. Tanılı ve Tanısız Grupların Annelerinin "*Yetişkinlik Dönemi Zorlayıcı ve Travmatik Deneyimleri*" Kategorisinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik

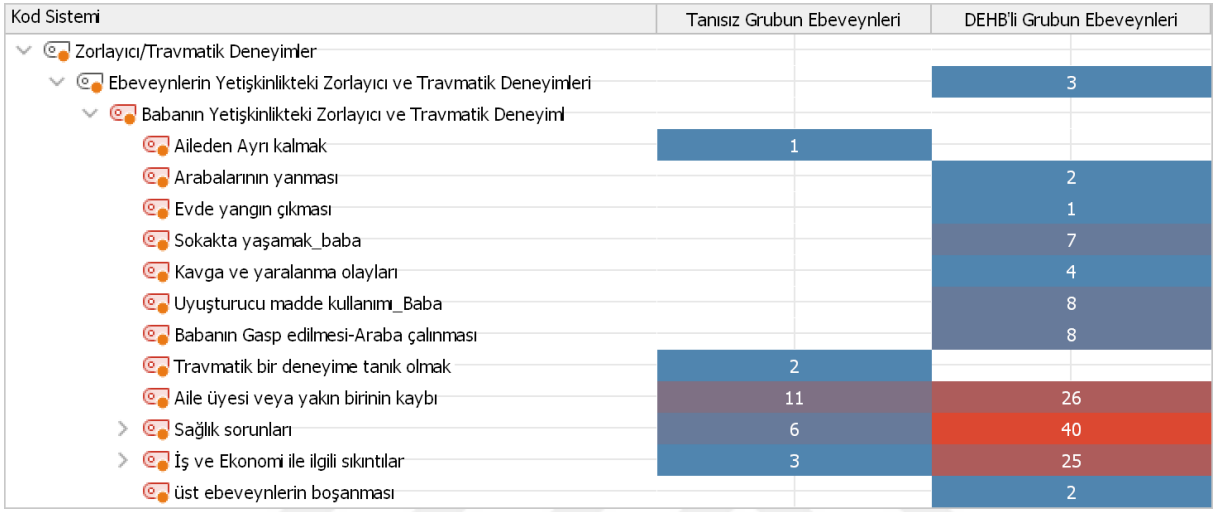


4.2.3.4. Babaların Yetişkinlikte Yaşadığı Zorlayıcı ve Travmatik Deyimler Kategorisine Ait Bulgular

Ebeveynlerin yetişkinlikte yaşadığı zorlayıcı ve travmatik deneyimler kategorisi 310 kez kodlanarak en çok kodlanan ikinci kategori olmuştur. Bu kategorinin alt kategorilerinden *"babaların yetişkinlikte yaşadığı zorlayıcı ve travmatik deneyimler"* alt kategorisi 149 kez kodlanmıştır. Baba gruplarının maruz kaldığı yetişkinlik dönemi travmaları ve zorlayıcı

deneyimler, bu alt kategori altında incelenmiştir. Bu alt kategoriye ait yoğunluk grafiği Şekil 23'de tanılı ve tanısız grupların babalarına göre boyutlandırılarak gösterilmiştir.

Şekil 23. Tanılı ve Tanısız Grupların Babalarının "*Yetişkinlik Dönemi Zorlayıcı ve Travmatik Deneyimleri*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlama Yoğunluğu



Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Zorlayıcı/Travmatik Deneyimler		
Ebeveynlerin Yetişkinlikteki Zorlayıcı ve Travmatik Deneyimleri		3
Babanın Yetişkinlikteki Zorlayıcı ve Travmatik Deneyiml		
Aileden Ayrı kalmak	1	
Arabalarının yanması		2
Evde yangın çıkması		1
Sokakta yaşamak_baba		7
Kavga ve yaralanma olayları		4
Uyuşturucu madde kullanımı_Baba		8
Babanın Gasp edilmesi-Araba çalınması		8
Travmatik bir deneyime tanık olmak	2	
Aile üyesi veya yakın birinin kaybı	11	26
Sağlık sorunları	6	40
İş ve Ekonomi ile ilgili sıkıntılar	3	25
üst ebeveynlerin boşanması		2

Babaların yetişkinlik dönemi zorlayıcı ve travmatik deneyimlerine ilişkin bilgilere ait Şekil 23'deki kod yoğunluğu tablosu incelendiğinde tanılı grubun babalarında kodlama yoğunluğunun tanısız grubun babalarına göre çok daha fazla olduğu görülmektedir. Tanılı grubun babaları için "*sağlık sorunları", "aile üyesi veya bir yakının kaybı"* ve *"iş ve ekonomi ile ilgili sıkıntılar"* en çok kodlanan kod türleri olmuştur. Tanısız grubun babalarında "*aile üyesi veya bir yakının kaybı*" diğer kodlara göre daha fazla kodlanmıştır. Tanılı grubun babalarında "sağlık sorunları" 40 kez kodlanırken tanısız grubun babalarıyla yapılan görüşmelerde 6 kez; "*aile üyesi veya bir yakının kaybı*" kodu tanılı grubun ebeveynleriyle yapılan görüşmelerde 26 kez kodlanırken, tanısız grubun ebeveynlerinde 11 kez; "*iş ve ekonomi ile ilgili sıkıntılar*" tanılı grubun ebeveynlerinde 25 kez kodlanırken, tanısız grubun ebeveynlerinde 3 kez kodlanmıştır. Tanılı grubun babalarında kod yoğunluğunu arttıran bir başka durum ise çeşitli zorlayıcı/travmatik deneyimlerin tanısız grubun babalarına göre daha fazla görülmesidir.

Şekil 23'deki yoğunluk tablosu incelenip her iki baba grubu yetişkinlik dönemi zorlayıcı ve travmatik deneyimler açısından karşılaştırıldığında bazı deneyimlerin tanılı grubun ebeveynlerinde kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde kodlanmadığı, bazı deneyimlerin de tanısız grubun ebeveynlerinde kodlanıp tanılı grubun ebeveynlerinde kodlanmadığı görülmektedir. Yetişkinlik döneminde katılımcı babanın gasp edilmesi (8), uyuşturucu madde kullanımı (8), sokakta yaşamak (7), kavga ve yaralanma olayları (4), evde yangın çıkması (1), arabalarının yanması (1) ve üst kuşak ebeveynlerin boşanmaları (2) gibi kodlamalar tanılı grubun babalarında kodlanırken tanısız grubun babalarında hiç kodlanmamıştır. Bu durumun tam tersi tanısız grubun babalarında kodlanan fakat tanılı grubun babalarında hiç kodlanmayan, aileden ayrı kalmak (1) ve travmatik bir deneyime tanık olmak (2) gibi kodlamaları da vardır.

Babaların yetişkinlikte yaşadığı zorlayıcı ve travmatik deyimler kategorisi altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için bulgularda belirtilen bu kodlamalara örnek olması adına, katılımcılarla yapılan görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Babaların yetişkinlik dönemlerinde yaşadıkları zorlayıcı ve travmatik deneyimlerden, "*sağlık sorunları*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 13.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Pandemide de babam işte entübe durumuna kadar geldi. Çocuklar hani dede nerde? Hastanede. Ne zaman gelecek? İşte hastaneye gittik en son çıkmasına 3-4 gün kala. Dede sen burada ne yapıyorsun, neden buradasın? gibi şeyleri olmuştu ama. O dönem bizi etkiledi, çocuklara da birazcık daha şey yaptı. Biz de covide yakalandık, biz de ev ortamındaydık, sürekli aynı ortamdayız. İster istemez hani belki ilerleyen süreçte onların şeylerini göreceğiz. Şu an bir reaksiyon almadık ama hala evdeydi, amca evdeydi anne, baba evde. Dede yok, dede hastanede lafı var hani herkes ağlıyor. Hani entübe pozisyonuna geldikten sonra bayağı bi

kötü. Hala bir de yoğun bakım hemşiresi onun baya bir stresini çekmiştik. Ama çocuklardaki yansımasını herhalde ilerleyen süreçlerde göreceğiz (Tanılı 13.B).

Babaların yetişkinlik dönemlerinde yaşadıkları zorlayıcı ve travmatik deneyimlerden, "*aile üyesi veya bir yakının kaybı*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 10.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Yakın bir zamanda amcamı trafik kazasında kaybetti. Ölümcül bir kaza, 38 yaşındaydı. Kaza olarak böyle bir olay geçti başımızdan bu çok acılıydı doğrusu, çocuklarımıza yansıtmadık, çok belli etmedik ama benim üzerimde böyle bir 3 ay etkisi oldu yani. Yakın akraba olduğu için insan daha çok etkileniyor yani daha önce de böyle şeyler yaşanmıştı ama yakın derece değildi. Bu olayı 3 ay… yani böyle kafamızdan silme… o kaza anları, işte konuşmaları diyelim insanı etkiliyor. Belli beyin olarak orada kalmışsın ama şimdi sorsanız noldu diye işte kaza oldu böyle oldu ve bitti. Kafamıza takılan bir şey kalmıyor. O dönemler üst üste konuşmalar, sürekli aynı mevzuları konuşmamız kafamızda yer edinmişti artık. Baya bir etkilemişti yani bizi, yani beni etkilemişti. Ben çocuklarıma çok böyle yansıtmadık tabii muhakkak da hani ister istemez beni etkilemişti yani o konu (Tanısız 10.B).

Babaların yetişkinlik dönemlerinde yaşadıkları zorlayıcı ve travmatik deneyimlerden, "*iş ve ekonomi ile ilgili sorunlar*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 7.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Yani 9-10 sene öncesine kadar çok büyük yaşadığımız sıkıntılar vardı. O süreçte çok rahatsızlandım hatta tedavi gördüm ama o biraz daha geçmişe gidiyor. O süreç çok sıkıntılı geçti benim, bir arkadaşıma kefil olmuştuk sonra işten atıldı. Onun bütün borcunu ben ödemek zorunda kaldım. Aile olarak da çok sıkıntı yaşadık, elektriğimiz, suyumuz her şeyimiz kesildi.

Kiraları ödeyemedik, çocuklar ilkokula gidiyorlar çok büyük sıkıntılar yaşadık yani o zaman o dönem beni 10 yıl yaşlandırmıştır yani. Tabi beni ne kadar etkilediyse hanımı da o kadar etkiledi o süreç hatta hanım benden çok daha fazla etkilendi. Hanım o süreçte memlekete gitmek zorunda kaldı, orada kalması gerekti. O zaman çok faiz vardı günlük veriyorlardı, yüzde 333 1000 TL'lik borç 30-40 bin olarak ödeniyordu. Yani çok çetrefilli bir zaman geçti o zaman yani. Ben bu olaydan sonra yaşadığım şeyler bana basit geldiğinden belki bunları umursamıyor bile olabilirim yani. Çok şey bir sıkıntıdan geçtik yani o süreçte tedavi de gördüm ben zaten. Memlekette bayıldım mayıldım, işte ilaçlar milaçlar bir süreç geçirdik o zaman. O yüzden bana çok büyük olay yaşamamışız gibi geliyor yani belki de yaşamışızdır da bana büyük gibi gelmiyordur ya da. Bana hafif geliyor yani hatta bazen millet anlattığı zaman işte böyle şöyle diye gülüveriyorum yani. Olayın üzerinden geçmiş 20-25 sene yani. Biz o süreçte dedim ya eşimle birbirimizi çok yıprattık yani yıprandık yani. Keşke o şeyler yaşanmasaydı yani bir sürü şey yaşanmazdı zaten. Onu değil de o süreç yaşanmasaydı keşke diyebilirim yani. Hem yıprandık hem de birbirimizi yıprattık.

Babaların yetişkinlik dönemlerinde yaşadıkları zorlayıcı ve travmatik deneyimlerden, *"babanın gasp edilmesi"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 11.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Ya işte 2018'de bizim arabamız çalınmıştı. Onda ister istemez biraz hissettirdik galiba. Onda hani bir dönem ama çabuk atlattı. 'Baba çalınan arabamız değil mi? Gelmeyecek değil mi?' falan gibisinden bir şey olmuştu birkaç aylığına bir travmatik durum olmuştu. Araba gitti, kaskosu da yoktu. Parası da gitti. Gasp ile götürdüler. Arabadan indirip alıp götürdüler. Satın almaya gelirmiş gibi geldiler. Beni arabadan indirip alıp götürdüler. (Katılımcı olayı hatırlayınca rahatsız olup anlatmak istemediğini jest ve mimikleriyle ifade etmiştir.) Sonrası da

zor oldu. Maddi anlamda borç alarak o arabayı almıştım. O arabanın yüzde 70'i borçtu. Sonra ben onu dolar olarak almıştım. Ondan sonra dolar o sıra fırladı. Sonra arabanın 2 katı kredi çektim. Dolar aldığım borcu ödedim. Biraz maddi olarak şeydi ama çok şükür şu anda sıkıntımız yok maddi anlamda toparladık. Çocuklara da yansıttığımız bir şey yok Allah'a şükür. (Tanılı 11.B).

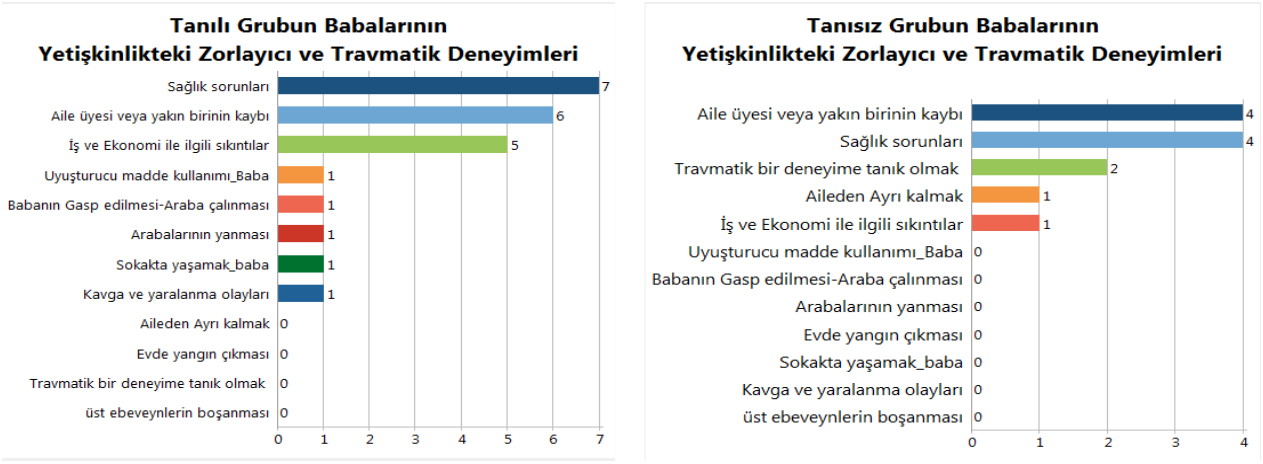
Babaların yetişkinlik dönemlerinde yaşadıkları zorlayıcı ve travmatik deneyimlerden, *"babanın gasp edilmesi"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 12.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Ben 17-18 yaşlarında evden kaçıp sokaklarda yaşamaya başladım biraz. Tabi uyuşturucu madde falan kullandım 6-7 yıl. Esrar olsun, bali olsun, bunları yani. Askere gidene kadar kendimi zor toparladım ben. Ondan sonra tabi, kendimizi toparladıktan sonra evlendik. 2012 de uyuşturucuyu bıraktım, 2013'te de evlendim. Evlendikten sonra da 3-4 kere ot almıştım. 2 sene sonra yani kullanmıştım ondan sonra da komple bıraktım. Daha da hiç ağzıma sürmedim. Tabi ailemizi ve kendimizi zorladık. Kendimizi de üzdük ama onları daha çok üzdük. Sokakta kalıyorsunuz sonuçta. Neredesin, ne yaptın? Kapıyı kilitliyorlardı bazen gitmeyeyim diye. Dayım vardı mesela Ümraniye'de, o beni zorla otogara götürdü. Beni zorla köye götürdüler. O dereceye kadar gelmiştik. Onlarda istemezdi evlatlarının uyuşturucu kullanmasını tabi. Hiçbir aile istemez. (Tanılı 12.B).

Babaların yetişkinlik döneminde karşılaştıkları zorlayıcı ve travmatik deneyimler babalar tarafından çok çeşitli olaylarla yaşanmıştır. Hem tanılı ve hem de tanısız grupların babalarında farklı travmatik deneyimlerin varlığı görülmektedir. Kodlama yoğunluğunda tanılı grubun babalarının daha fazla travmatik deneyim kod yoğunluğuna sahip olduğu Şekil 23'deki kod yoğunluğu tablosunda görülmektedir. Babaların yetişkinlik dönemlerinde yaşadığı

travmatik deneyimlerin kodlanan belge sayısına göre dağılımı Şekil 24'de incelendiğinde benzer durumun burada da olduğu görülmektedir. Tanılı grubun babalarında kodlanan 8 farklı zorlayıcı/travmatik deneyim kodlaması bu grupta 23 kez ve en az bir kere kodlanmıştır. Bu sonuç tanılı grubun babalarının yetişkinlik döneminde birden farklı travmatik deneyimi yaşadığı sonucuna işaret etmektedir. Başka bir deyişle tanılı grubun babalarına ait bir görüşme belgesinde ortalama 2 farklı travmatik/zorlayıcı deneyimden söz edilmiştir. Tanısız grubun babalarına ait belgelerde ise 5 farklı travmatik/zorlayıcı deneyim kodlaması bu grupta 12 kez kodlanmış ve her bir görüşme belgesinde ortalama 1 travmatik/zorlayıcı deneyimden söz edilmiştir. Bu açıdan bakıldığında tanılı grubun babalarının tanısız grubun babalarına kıyasla yetişkinlik döneminde daha fazla ve yoğun travmatik/zorlayıcı deneyimle karşılaştığı söylenebilir.

Şekil 24. Tanılı ve Tanısız Grupların Babalarının "*Yetişkinlik Dönemi Zorlayıcı ve Travmatik Deneyimleri*" Kategorisinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



4.2.3.5. Üst Kuşak Ebeveynlerin Travmatik Deneyimleri ve Diğer Travmatik Deneyimler Kategorisine Ait Bulgular

Katılımcı ebeveynlerin zorlayıcı ve travmatik deneyimler teması altındaki üst kuşak aile üyelerinin travmatik geçmişlerine yönelik kodlamalar içeren kategori ve diğer kategorisi altındaki travmatik deneyimler bu başlık altında incelenmektedir. Üst kuşak ebeveynlerin

travmatik deneyimleri kategorisine bakıldığında, annelerin ailelerinin travmatik deneyimlerinin (8) babaların ailelerine (1) göre daha fazla kodlandığı görülmektedir. Yine bu kategori altında üst kuşak zor çocuk sahibi olmasına yönelik bir kodun oluşturulması dikkat çekicidir. Diğer kodlamalar içerisinde ele alınan, çocuk sahibi olamama deneyimi (15), daha önceki çocukların sağlık sorunları (13) ve daha önce bir çocuk kaybı/düşük yaşamak (34) kodlamalarının önemli bulgular olduğu düşünülmektedir. Katılımcı gruplarının üst kuşak ebeveynlerin travmatik deneyimleri ve diğer travmatik deneyimler kategorisine ait bulguları gösteren yoğunluk tablosu Şekil 25'de gösterilmektedir.

Şekil 25. Tanılı ve Tanısız Grupların "*Üst Kuşak Ebeveynlerinin Travmatik Deneyimleri ve Diğer Travmatik Deneyimler*" Kategorisine Ait Bulguların Kodlanma Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Zorlayıcı/Travmatik Deneyimler		
Çocuk Sahibi Olamama Deneyimi		15
Daha Önceki Çocukların Sağlık Sorunları	4	9
Daha Önce Bir Çocuk Kaybı/Düşük Yaşamak	21	13
Üst kuşağın travmaları	2	13

Katılımcı ebeveynlerin kendi ebeveynlerinin deneyimlediği ve diğer olarak kategorileştirilen zorlayıcı ve travmatik deneyimlerine ilişkin bilgilere ait Şekil 25'deki kod yoğunluğu tablosu incelendiğinde tanılı grubun ebeveynlerinde kodlama yoğunluğunun tanısız grubun ebeveynlerine göre çok daha fazla olduğu görülmektedir. Tanılı grubun ebeveynlerinde toplam 50 kodlama yapılmışken bu sayı tanısız grup için 27 kodlama şeklindedir. İlgili tabloda en yoğun kodlamanın "*daha önce bir çocuk kaybı ya da düşük yaşamak*" koduna ait olduğu görülmektedir. Bu kod grubuna tanısız grubun ebeveynleriyle yapılan görüşmelerde 21 kodlama, tanılı grubun ebeveynleriyle yapılan görüşmelerde ise 13 kodlama yapılmıştır. "*Çocuk sahibi olamama deneyimi*" kodlaması ise tanılı grubun ebeveynlerinde 15 kez kodlanmışken tanısız grubun ebeveynleriyle yapılan görüşmelerde hiç kodlanmamıştır. "*Daha*

önceki çocukların sağlık sorunları" kodu ise tanılı grubun ebeveynleri tarafından 9 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynleri tarafından 4 kez kodlanmıştır.

Ebeveynlerin üst kuşak ebeveynlerine ve diğer kategorilerine ait zorlayıcı ve travmatik deyimlere yönelik yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için bulgularda belirtilen bu kodlamalara örnek olması adına, katılımcılarla yapılan görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Ebeveynlerin "*daha önce bir çocuk kaybı ya da düşük yaşamak*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 8.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

B…'den önce bir bebek kaybettim. 6 aylıktı sonlandırmak zorunda kalmıştım. B… ikinci çocuğum öyle diyebilirim. Hatta hamileyken baya korkmuştum. Baya sıkıntılar yaşamıştım hastalıklı doğacak falan diye. CP diye bir rahatsızlıktan dolayı yaşadık, ondan kaynaklı. Baya sıkıntılıydı hatırlamak istemiyorum ama unutulacak bir şeydi kabul edip tevekkül edip yoluma bakıyorum. Etrafım olsun kendim olsun falan sürekli suçlamalar olunca onları da tolerans edip her şeyi yoluna koyduk diyebilirim. Ama tabi ki de unutulmuyor. P SEP *Etraftakiler suçluyordu beni ama eşim elinden geldiğince desteklemeye çalışıyordu. O da duygularını belli edemediği için olduğu kadar yanımda oldu diyebilirim (Tanısız 8.A).*

Ebeveynlerin "*çocuk sahibi olamama deneyimi*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 11.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Ben bir de düşük yaptım A…'dan önce. Ya o kadar aslında anlatılacak çok şey var ki bana altı kerede vurulması gereken iğneyi doktor bir kerede vurdu. Doktor bizden önce bir çocuğa dikiş atmıştı, onun stresiyle bir kerede vurdu iğneyi. Yani altı kere vurulması gereken bir hormon iğnesini –ben çocuk tedavisi görüyorum- bir kerede bana vurdu. Yani çok bozuk bir psikolojik süreç geçirdim ben. Sonra ben artık tedaviden vazgeçtim düşük olduktan sonra.

Sonra bir doktora gittim ve benim o kadar önemli bir şey olmadığımı çok küçük bir ilaç kullanıp kafam rahat olduğu sürece çocuğum olabileceğini söyledi. Hatta onun üstüne rüyamda A…'yı gördüm ve eşime dedim ki artık tedavi olmayalım. Ben böyle bir rüya gördüm bizim bir oğlumuz olacak dedim. Gerçekten de kadir gecesinde öğrendim ben A…'nın olacağını, hamile olduğumu, öyle yani (Tanılı 11.A).

Ebeveynlerin "daha önceki çocuklarının sağlık sorunları" kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 7.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

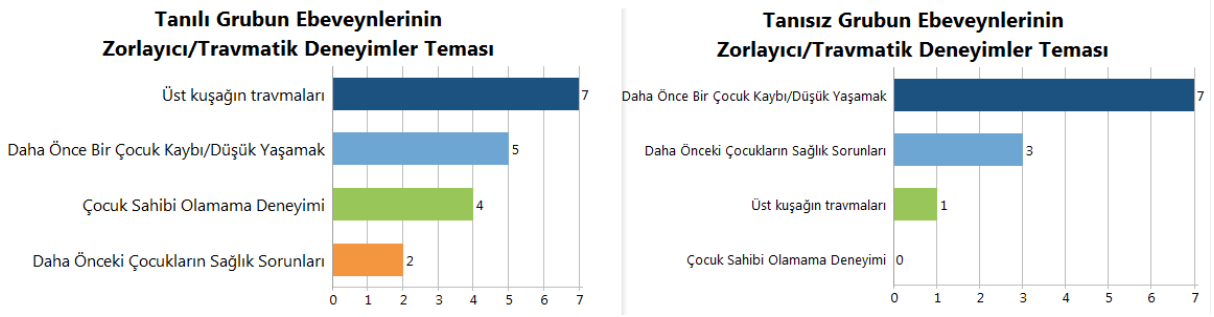
İşten eve geldiğimde çocuğun kaza geçirdiğini öğrendim. Babaanne vardı evde babaanne ilgileniyordu. Ondan sonra almaya gitmemiş galiba o da kırtasiyeye gitmek için karşıya geçiyor. Yani havada böyle 3-4 takla atmış açıkçası yani bana haber verilmemiş öyle bir şeye rağmen. Sonra ben eve gittiğimde işte merdivenden düşmüş falan böyle bir şeyler söylediler bana kesin net bir şey söylemediler, incitmiş falan gibi bir şeyler söylediler. Babayla hastanedeymiş işte çocuk ben nasıl oldu diye ben hala merak ediyorum derken kapıyı birisi vurdu ben gittim açmak için işte 5-6 kişi erkek işte geçmiş olsun çocuk nasıl oldu? Pardon dedim yani çocuk derken ondan sonra 'ya bizim çocuk böyle yani sizin kıza şey olmuş falan' dedi. Ben nasıl kötü oldum yani öğrendiğim şeye bakar mısınız? Bir şok geçirdim yani acayip bir şekilde. Nasıl olur? Ne kızı işte falan filan çok öfkelendim, çok sinirlendim neden bana böyle bir şey söylemiyorsunuz? Şimdi daha mı iyi oldu? Gittim başka insanlardan öğreniyorum bir de şikayetçi de olmamışlar. Yani şikayetçi de olmamışlar böyle bir şeyden. Okul yolunda hızla geçiyor yaşı küçük ondan sonra ben olsam olurdum. Ehliyeti yok yani nasıl o arabayı aldı? Yani ben ona çok sinirledim hani yok, hiç sayılıyorsunuz. Çocuğunuz Allah korusun ölebilirdi yani o an yaşadığım travmayı anlatamam ve düşünebiliyor musunuz, ben şey yaptım, işimi falan bıraktım.

Ebeveynlerin "*üst kuşak ebeveynlerinin zorlayıcı ve travmatik deneyimleri*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 15.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Yani babamın çocukluğa inelim. Ağırda kalmış. Küflü ekmeği alıp saklayıp yemiş ve yetim büyümüşler. Amcaları ahırda döverek büyütmüş onları. Üstleri başları çıplak olarak Kars'ta. Öyle bir çocukluk. Yani diyorum ya, bu çocuğu ne yapsak şimdi? Ben diyorum ki bende bazı şeyler nasıl kaldıysa çocuğumda da izleri kalıyor. Benim çocuğumda da kalacak. Çocukluğu nasıl yok edeceğiz? Pekişiyor. Olmuyor yani. Ben kendi çocukluğumda bunu yaşadım da kendi çocuğuma yaşatmayım olmuyor. Tek başına olmuyor yani. Bir şeyler sana destek olmalı (Tanılı 15.A).

Ebeveynlerin zorlayıcı ve travmatik deneyimleri altında üst kuşağın travmatik deneyimleri, daha önce bir çocuk kaybı/düşük yaşama deneyimi, çocuk sahibi olamama deneyimi ve daha önceki çocukların sağlık sorunları gibi kodlamaların görüşme belgelerindeki durumları incelenmiştir. Bu kodlamaların belge sayısına göre dağılımını gösteren Şekil 26'daki grafik incelendiğinde "*daha önce bir çocuk kaybı/düşük yaşama deneyimi*" hariç diğer tüm kod grubunun daha fazla tanılı grubun ebeveyn görüşme belgelerinde kodlandığı görülmüştür. Üst kuşağın travmaları kodlaması tanılı grubun ebeveynlerine ait 7 farklı belgede kodlanırken, bu kod tanısız grubun ebeveynlerine ait 1 belgede kodlanmıştır. Daha önce bir çocuk kaybı/düşük yaşamak kodu tanılı grubun ebeveynlerine ait 5 farklı belgede kodlanırken, bu kod tanısız grubun ebeveynlerine ait 6 farklı belgede kodlanmıştır. Çocuk sahibi olamama deneyimi kodu ise tanılı grubun ebeveynlerine ait 4 farklı belgede kodlanırken, bu kod tanısız grubun ebeveynlerine ait hiçbir belgede kodlanmamıştır.

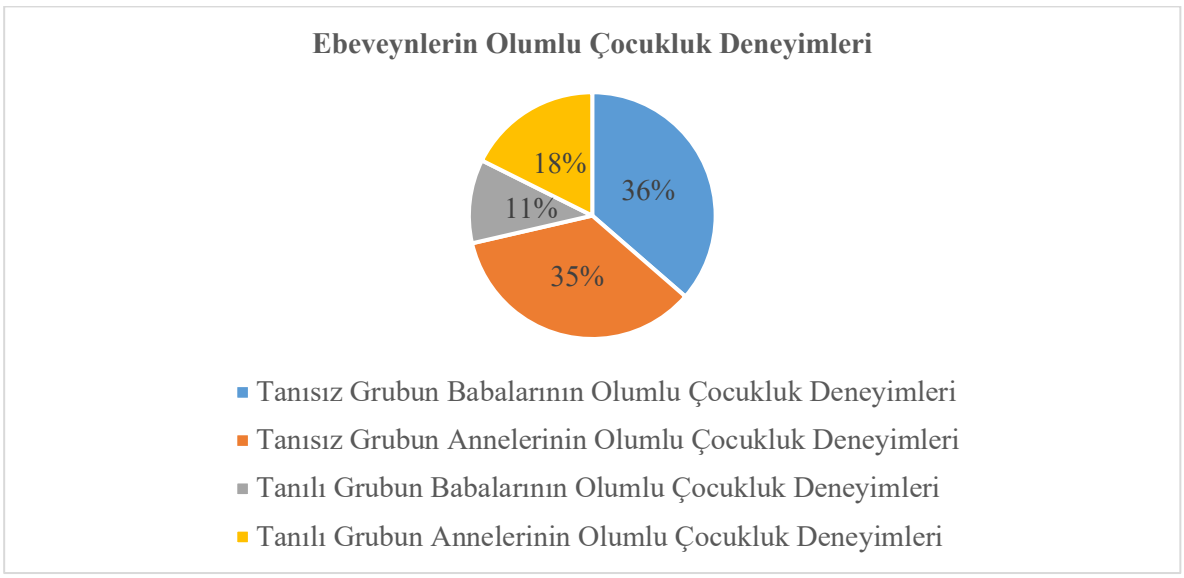
Şekil 26. Tanılı ve Tanısız Grupların "*Üst Kuşak Ebeveynlerinin Travmatik Deneyimleri ve Diğer Travmatik Deneyimler*" Kategorisine Ait Bulguların Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



4.2.4. Ebeveynlerin Olumlu Çocukluk Deneyimleri Temasına Ait Bulgular

Bu tema altında ebeveynlerin kendi çocukluklarında deneyimledikleri olumlu faktörler incelenmiştir. Bu tema altında "*Babanın Olumlu Çocukluk Deneyimleri*" ve "*Annenin Olumlu Çocukluk Deneyimleri*" isimli kategoriler oluşturulmuştur. Annenin olumlu çocukluk deneyimleri kategorisi 230 kez kodlanırken, babanın olumlu çocukluk deneyimleri 207 kez kodlanmıştır. Bu tema altında yapılan 419 kodlamanın ebeveyn gruplarına göre dağılımını gösteren grafik şekil 27'de gösterilmektedir.

Şekil 27. "*Ebeveynlerin Olumlu Çocukluk Deneyimleri*" Temasına Ait Kodlamaların Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Yüzdelik Dağılımı



Şekil 27'den anlaşılacağı üzere tanısız grubun babalarıyla yapılan görüşmelerde olumlu çocukluk deneyimleri 159 (%36) kez kodlanmıştır ve bu temada en fazla kodlanan ebeveyn grubu tanısız grubun babaları olmuştur. Tanısız grubun babalarının ardından en çok kodlanan gruplar sırasıyla 153 (%35) kodlanmayla tanısız grubun anneleri, 77 (%18) kodlanmayla tanılı grubun anneleri ve son olarak 48 (%11) kodlanmayla tanılı grubun babaları olmuştur. Bu sonuçlar, tanısız grubun ebeveynlerinin çocukluğunun tanılı grubun ebeveynlerinin çocukluğuna kıyasla daha fazla olumlu deneyim taşıdığını göstermektedir. Bu temaya ait kategorileri ve kategorilere ait kod türlerini gösteren kod yoğunluğu tablosu Şekil 28'de gösterilmektedir. Babaların olumlu çocukluk deneyimleri ve annelerin olumlu çocukluk deneyimleri kategorileri altındaki alt kategoriler ve kodlamalar ayrı başlık altında daha detaylı olarak incelenmektedir.

Şekil 28. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Olumlu Çocukluk Deneyimleri*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlama Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Ebeveynlerin Olumlu Çocukluk Deneyimleri		
Babanın Olumlu Çocukluk Deneyimleri	49	9
Mutlu aile ortamı	39	10
Ekonomik refah		1
Anneyle iyi ilişki	27	9
Babayla iyi ilişki	22	8
Sorunsuz çocukluk	22	11
Annenin Olumlu Çocukluk Deneyimleri	51	27
Üst ailenin desteği	2	5
Annenin ilgili bir ailede büyütülmesi	9	3
Mutlu aile ortamı	30	13
Babayla iyi ilişki	39	13
Anneyle iyi ilişki	20	14
Ekonomik refah	2	2

4.2.4.1. Babaların Olumlu Çocukluk Deneyimleri Kategorisine Ait Bulgular

Şekil 28'deki kod yoğunluğu tablosu incelendiğinde babaların olumlu çocukluk deneyimleri kategorisinde en çok kodlanan kategorinin mutlu aile ortamı kodu olduğu

görülmektedir. Bu kod grubu tanısız grubun babalarında 39 kez, tanılı grubun babalarında 10 kez kodlanmıştır. Çocuklukta anneyle iyi ilişkiler kodu tanısız grubun babalarında 27 kez, tanılı grubun babalarında ise 9 kez kodlanmıştır. Çocuklukta babayla iyi ilişkiler kodu tanısız grubun babalarında 22 kez, tanılı grubun babalarında ise 11 kez kodlanmıştır. Sorunsuz çocukluk geçirmek kodu tanısız grubun babalarında 22 kez, tanılı grubun babalarında ise 8 kez kodlanmıştır. Ekonomik refah kodu ise tanılı grubun babalarında 1 kez kodlanırken tanısız grubun babalarında hiç kodlanmamıştır. Babaların olumlu çocukluk deneyimleri kategorisi altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için bulgularda belirtilen bu kodlamalara örnek olması adına, katılımcılarla yapılan görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Babaların olumlu çocukluk deneyimleri kategorisinde "mutlu aile ortamı" kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 5.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Eskiyi çok güzel hatırlarım illaki zorlukları vardır. Zaman şartları için hani, şu an teknolojik imkânlar yoktu hocam. Hani şöyle söyleyeyim zaman şartlarında zor bir okul dönemim oldu, hep yürüyerek gider gelirdim araç yoktu. Ortaokula giderken en yakın okul 3 km'ydi. Ben okula yürüyerek gider gelirdim. Ümraniye'de büyüdüm. Ümraniye'de doğdum. Evin olduğu yer araziydi, hayvanlarımız vardı ama kendi halimizde mutlu bir aileydik. Ama illaki ister istemez çocuklukta teknolojinin olmamasıyla zorluklar yaşadık tabi. Çocukluğumda beni çok etkileyen pek bir şey olmadı. Yani ben çocukluğumu… aslında şöyle söyleyeyim kendi ekonomik şartlarımı kendi sosyolojim içerisinde gayet iyi geçirdiğime inanıyorum. Genelde evimizde huzur hâkimdi. Tabii her ailede olan anne baba kavgaları olabilecek şeyler, çok şiddetli şeyler olmuyordu. En fazla tartışıyorlardı, babam gidiyordu sabaha geliyordu yani öyle. O da en fazla kahvede kâğıt oynuyordu. Oyalanmak için. Genel olarak öyle şeyler olmadı hocam (Tanısız 5.B).

Babaların olumlu çocukluk deneyimleri kategorisinde "*anneyle iyi ilişkiler*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 6.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Vallahi annem çok mülayim bir kadındır. Biz annemle büyüdük, babam eve bağlı biri değildi, çok aksatırdı bizi. Biz anneme bağlıydık. Çok üstümüze düşerdi. Tamamen annemle büyüdük. Babamon eksikliğini annem giderdi. Birleştirici ve destekleyici yanı vardır (Tanısız 6.B).

Babaların olumlu çocukluk deneyimleri kategorisinde "*babayla iyi ilişkiler*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 5.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

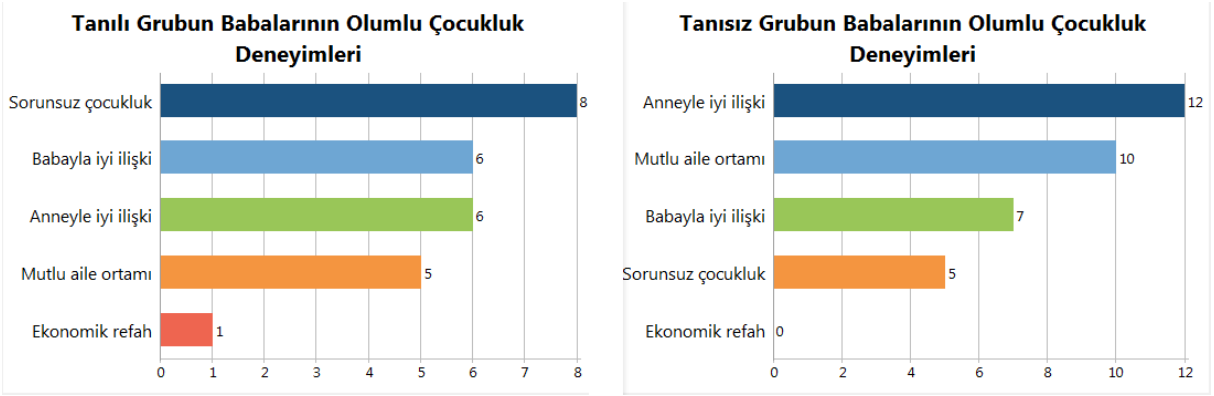
Babamın davranışını hocam abartısız söylüyorum, babam gerçekten de çok harika bir insandı. Davranış olsun, konuşma olsun çok harikaydı. Hatta benim arkadaşlarım her zaman der. 'Rahmetli M… amca benim babamın yerinde olsaydı, öyle bir babam olsaydı' derler. Hala da öyleydi derler Sarıgazi'de yıllardır. O yüzden çok harikaydı, parmakla gösterirlerdi. Rahmetli çok mülayim bir adamdı.

Babaların olumlu çocukluk deneyimleri kategorisinde "*sorunsuz çocukluk deneyimleri*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 10.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Ben köyde doğup büyüdüm belli bir yaşa kadar. Köy hayatı buranın hayatı gibi değildi. Toprakta oynardım. Burada çocuklarımız toprakta oynamıyor. Toprağa değecekler, bu pislenir deyip gelebiliyorlar. Ya benim çocukluğum çok rahattı. Dedem vardı, benim dedem ormancıydı o zamanlar her istediğim oluyordu hemen hemen. Bir de evin tek torunuydum yani istediklerimin çoğunu elde ediyordum (Tanısız 10.B).

Babalarım olumlu çocukluk deneyimleri altında mutlu aile ortamı, anneyle iyi ilişkiler, babayla iyi ilişkiler ve sorunsuz çocukluk deneyimleri gibi kodlamaların görüşme belgelerindeki durumları incelenmiştir. Bu kodlamaların belge sayısına göre dağılımını gösteren Şekil 29'daki grafik incelendiğinde "*anneyle iyi ilişkiler*" kodu 12 tanısız çocuğun babası tarafından ifade edilirken, bu kod 6 tanılı çocuğun babası tarafından ifade edilmiştir. "Mutlu aile ortamı" kodu 10 tanısız çocuğun babası tarafından ifade edilirken, 5 tanılı çocuğun babası bu kodu ifade etmiştir. "*Babayla iyi ilişkiler*" kodu 7 tanısız çocuğun babası tarafından ifade edilirken, bu kod 6 tanılı çocuğun babası tarafından ifade edilmiştir. Bu kod gruplarını ifade eden katılımcıların çoğunluğunun tanısız grubun ebeveyni olduğu görülmektedir. "*Sorunsuz çocukluk*" kodu 8 tanılı çocuğun babası tarafından ifade edilirken, bu kod 5 tanısız çocuğun babası tarafından ifade edilmiştir. "*Ekonomik refah*" kodu ise 1 tanılı çocuğun babası tarafından ifade edilirken tanısız grup çocukların hiçbirinin babası tarafından ifade edilmemiştir.

Şekil 29. Tanılı ve Tanısız Grupların Babalarının "*Olumlu Çocukluk Deneyimleri*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



4.2.4.2. Annelerin Olumlu Çocukluk Deneyimleri Kategorisine Ait Bulgular

Şekil 29'daki kod yoğunluğu tablosu incelendiğinde annelerin olumlu çocukluk deneyimleri kategorisinde en çok kodlanan kategorinin babayla iyi ilişkiler kodu olduğu

görülmektedir. Bu kod grubu tanısız grubun annelerinde 39 kez, tanılı grubun annelerinde ise 13 kez kodlanmıştır. Çocuklukta mutlu aile ortamı kodu tanısız grubun annelerinde 30 kez, tanılı grubun annelerinde ise 13 kez kodlanmıştır. Çocuklukta anneyle iyi ilişkiler kodu tanısız grubun annelerinde 20 kez, tanılı grubun annelerinde ise 14 kez kodlanmıştır. Annenin ilgili bir ailede büyümesi kodu tanısız grubun annelerinde 9 kez, tanılı grubun annelerinde ise 3 kez kodlanmıştır. Ekonomik refah kodu ise hem tanısız hem de tanılı grubun annelerinde 2 şer kez kodlanmıştır. Üst ailenin desteği kodu ise tanılı grubun annelerinde 5 kez kodlanırken tanısız grubun annelerinde 2 kez kodlanmıştır. Annelerin olumlu çocukluk deneyimleri kategorisi altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için bulgularda belirtilen bu kodlamalara örnek olması adına, katılımcılarla yapılan görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Annelerin olumlu çocukluk deneyimleri kategorisinde "*babayla iyi ilişkilere sahip olmak*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 11.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Tabi daha saygılıydık annemize, babamıza şu anki çocuklarda o kadar saygı yok yani eski saygı yok. Benim ailemle ilişkim… babam özellikle ben babamı çok severim mesela böyle hep gırgır, şaka, muhabbet öyle geçerdi (Tanısız 11.A).

Annelerin olumlu çocukluk deneyimleri kategorisinde *"mutlu aile ortamı"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 5.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Yok öyle kavga gürültümüz hiç yoktu. Şimdiki zamanlar kardeş kardeşi tanımıyor, hep diyorduk eski zamanlar çok güzeldi. Çocukken çok güzeldi hepimiz bir yatakta yatıyorduk. Şimdi yeri geliyor bazen diyorum ki kimse kimseyi aramıyor herkes bir yerde. Çoğu evlendi zaten en uzak yerde olan benim. Diyorum eskiler daha güzeldi gerçekten (Tanılı 5.A).

Annelerin olumlu çocukluk deneyimleri kategorisinde "mutlu aile ortamı" kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 1.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

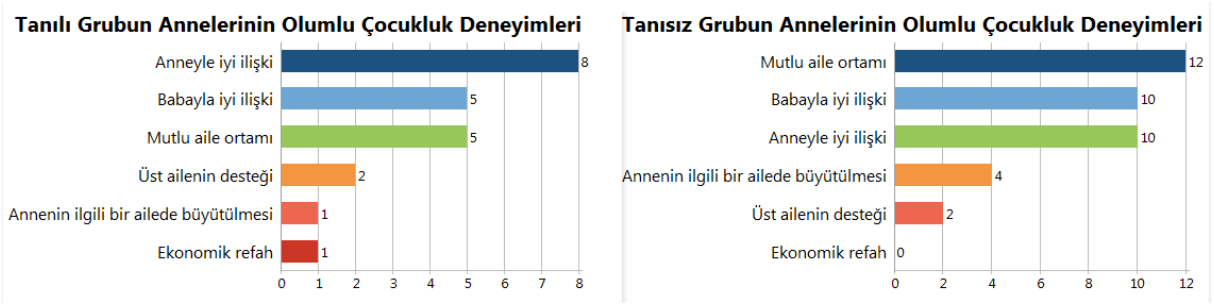
Annem her zaman anlayışlı, bize sevgisini gösteren yani bir şey söylediğimizde hiçbir zaman… Nasıl anlatayım? Yani bize böyle bir şey yapmaz. Yani rahatsız olduğumuz bir konu olsa bize her zaman destek olur. Aksini şey yapmayan bir kadındı (Tanısız 1.A).

Annelerin olumlu çocukluk deneyimleri kategorisinde "annenin ilgili bir ailede büyümesi" kodlamasına örnek olarak bir katılımcının (Tanısız 14.A) ifadelerine yer verilmiştir.

Benim babam çok yenilikçi bir adamdır. Hani her zaman öğrenmeyi atıyorum şu anda biz her şeyi internet yoluyla öğreniyoruz ama mesela babam gazete, kitap okurdu yanımızda siz de okuyun hani siz de ben de görün. Bakın ben kitap okuyorum siz de görün okuyun. Tavsiye ederek bizi büyüttü yani. (Tanısız 14.A).

Annelerin olumlu çocukluk deneyimleri altında mutlu aile ortamı, anneyle iyi ilişkiler, babayla iyi ilişkiler, ilgili bir ailede büyümek, üst kuşak ebeveynlerin desteği ve ekonomik refah gibi kodlamaların görüşme belgelerindeki durumları incelenmiştir. Bu kodlamaların belge sayısına göre dağılımını gösteren Şekil 30 incelendiğinde, "*mutlu aile ortamı*" kodu 12 tanısız çocuğun annesi ve 5 tanılı çocuğun annesi tarafından ifade edilmiştir. "*Babayla iyi ilişkiler*" kodu 10 tanısız çocuğun annesi tarafından ve 5 tanılı çocuğun annesi tarafından ifade edilmiştir. "*Anneyle iyi ilişkiler*" kodu 10 tanısız çocuğun annesi tarafından ve 8 tanılı çocuğun annesi tarafından ifade edilmiştir. "*Annenin ilgili bir ailede büyütülmesi*" kodu 4 tanısız çocuğun annesi tarafından ve 1 tanılı çocuğun annesi tarafından ifade edilmiştir. "Üst ailenin desteği" kodu her iki anne grubunda da eşittir. "*Ekonomik refah*" kodu ise yalnızca 1 tanılı çocuğun annesi tarafından ifade edilmiştir.

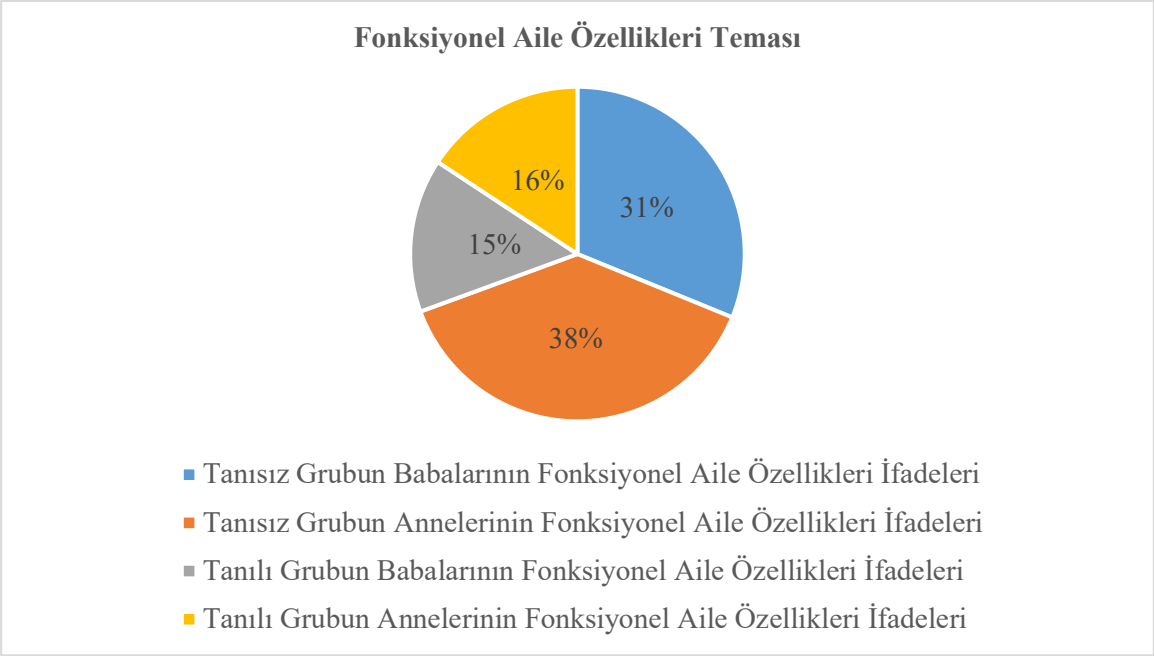
Şekil 30. Tanılı ve Tanısız Grupların Annelerinin "*Olumlu Çocukluk Deneyimleri*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



4.2.5. Fonksiyonel Aile Özellikleri Temasına Ait Bulgular

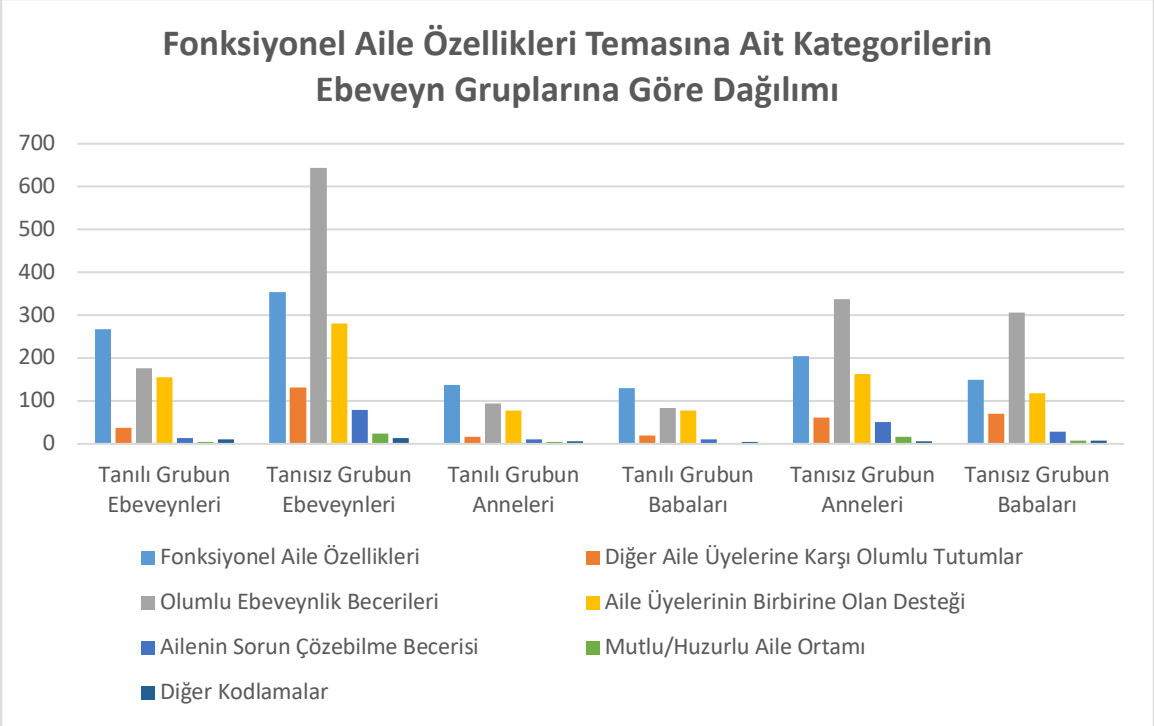
Bu tema altında katılımcıların çekirdek ailelerinin işlevsel özelliklerine ilişkin faktörler incelenmiştir. Bu tema altında "*fonksiyonel özellikler", "olumlu ebeveynlik becerileri", "aile üyelerinin birbirine olan desteği", "diğer aile üyelerine karşı olumlu tutumlar", "ailenin sorun çözebilme becerisi", "mutlu/huzurlu aile ortamı"* ve *"diğer kodlamalar"* isimli kategoriler oluşturulmuştur. Olumlu ebeveynlik becerileri 821 kez, fonksiyonel özellikler 621 kez, aile üyelerinin birbirine olan desteği 437 kez, diğer aile üyelerine karşı olumlu tutumlar 167 kez, ailenin sorun çözebilme becerisi 100 kez ve mutlu/huzurlu aile ortamı 29 kez kodlanmıştır. Bu tema altında kategorilerden bağımsız olarak diğer kategorisinde kodlanan travma sonrası büyüme kodu 13 kez ile yalnızca anne ve babanın çocuğu büyütmesi kodu 10 kez kodlanmıştır. Bu tema altında yapılan 2200 kodlamanın ebeveyn gruplarına göre dağılımını gösteren grafik Şekil 31'de gösterilmektedir.

Şekil 31. "*Fonksiyonel Aile Özellikleri*" Temasına Ait Kodlamaların Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Yüzdelik Dağılımı



Fonksiyonel aile özellikleri teması altında yapılan kodlamaların %38'i (841) tanısız grubun anneleriyle yapılan görüşmelerde, %31'i (686) tanısız grubun babalarıyla yapılan görüşmelerde olmak üzere toplam kodlamaların %69'unun (1527) tanısız grubun ebeveynleriyle yapılan görüşmelere ait olduğu görülmektedir. Tema altında yapılan kodlamaların %31'i (673) ise tanılı grubun ebeveynleriyle yapılan görüşmelerde yapılmıştır. Bu sonuçlar tanısız grubun ebeveynlerinin tanılı grubun ebeveynlerine kıyasla çok daha fazla fonksiyonel aile özelliklerini ifade ettiklerini göstermektedir.

Şekil 32. "*Fonksiyonel Aile Özellikleri*" Temasına Ait Kategorilerin Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Dağılımı



Fonksiyonel aile özellikleri teması altında oluşturulan kategorilerin ebeveyn gruplarına göre kod dağılımı Şekil 32'deki grafikte gösterilmiştir. Grafikten de anlaşılacağı üzere tüm kategorilerde tanısız grubun ebeveynlerinin daha fazla kodlandığı görülmektedir. Olumlu ebeveynlik becerileri kategorisi tanısız grubun ebeveynleri arasında en çok kodlanan kategori olurken, tanılı grubun ebeveynlerinde fonksiyonel özellikler kategorisinin daha fazla kodlandığı görülmektedir. Diğer kategorilerin gruplarda sıralanışında bir farklılık bulunmamaktadır. Sırasıyla aile üyelerinin birbirlerine olan desteği, diğer aile üyelerine karşı olumlu tutumlar, ailenin sorun çözebilme kapasitesi ve mutlu/huzurlu aile ortamı kategorisi sıralanmaktadır.

4.2.5.1. Olumlu Ebeveynlik Becerileri Kategorisine Ait Bulgular

Fonksiyonel aile özellikleri temasının en çok kodlanan kategori olumlu ebeveynlik becerileri kategorisi olmuştur. Bu kategori içerisinde ise *"çocukla ilgilenmek"* alt kategorisi

448 kez kodlanarak en çok kodlanan alt kategori olmuştur. Sınır çizme tutumları 105 kez kodlanarak en çok kodlanan ikinci kod grubu olmuştur. Diğer kod grupları ise sırasıyla, hatalı tutumları değiştirmek 77 kez, sevgiyi gösterebilmek kodu 59 kez, özgür hissettiren tutumlar 35 kez, değerlere önem vermek 27 kez, çocuğa karşı anlayışlı olmak 25 kez, empatik iletişim 23 kez, çocukla ilgili beklentiler 16 kez ve teknolojik araçların kötü kullanımını engellemek 6 kez kodlanmıştır. Şekil 33'de olumlu ebeveynlik becerileri kategorisine ait alt kategori ve kodlamalarım tanılı ve tanısız çocukların ebeveyn gruplarındaki yoğunluğuna ilişki bulgulara yer verilmiştir.

Şekil 33. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Olumlu Ebeveynlik Becerileri*" Kategorisine İlişkin Kodlamaların Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Fonksiyonel Aile Özellikleri Teması	354	267
Olumlu Ebeveynlik Becerileri		
Çocukla İlgili Pozitif beklentiler	4	2
Çocuğun yaşına uygun beklentiler	2	8
Çocukla ilgilenmek	173	76
Çocuğu destekleyici tutumlar	23	2
Çocuğa açıklamalar yapmak	46	7
Çocukla eğlenmek/oyun oynamak	47	7
Çocuğa doğru davranışlar kazandırabilmek için çabalamak	36	
Çocukların hatalı davranışlarını düzeltmek için çabalamak	29	2
Hatalı tutumları değiştirmek	51	16
Ebeveynin çocuktan özür dilemesi	10	
Çocukların Teknolojik Araçları Kötü Kullanımını Engellemek	5	1
Sevgiyi gösterebilmek	44	15
Çocuğa karşı anlayışlı olmak	21	4
Sınır çizme tutumlar	86	19
Özgür hissettiren tutumlar	25	10
Empatik iletişim	21	2
Değerlere önem vermek	21	6

Şekil 33'deki olumlu ebeveynlik becerileri kategorisine ait kod yoğunluğu tablosu incelendiğinde çocukla ilgilenmek alt kategorisi en çok kodlanan kategori olduğu bu alt kategori içerisinde ise çocukla eğlenmek/oyun oynamak kodunun en çok kodlanan kod olduğu görülmektedir. Bu kod grubu tanısız grubun ebeveynlerinde 47 kez, tanılı grubun ebeveynlerinde ise 7 kez kodlanmıştır. Çocuğa açıklamalar yapmak kodu tanısız grubun ebeveynlerinde 46 kez, tanılı grubun ebeveynlerinde ise 7 kez kodlanmıştır. Çocukların hatalı

davranışlarını düzeltme için çabalamak kodu tanısız grubun ebeveynlerinde 29 kez, tanılı grubun ebeveynlerinde ise 2 kez kodlanmıştır. Çocuğu destekleyici tutumlar kodu tanısız grubun ebeveynlerinde 23 kez, tanılı grubun ebeveynlerinde ise 2 kez kodlanmıştır. Bu kategori altındaki dikkat çekici bir bulgu ise, çocuğa doğru davranışlar kazandırabilmek için çabalamak kodunun tanısız grubun ebeveynlerinde 36 kez kodlanırken, tanılı grubun ebeveynlerinde hiç kodlanmamış olmasıdır.

Olumlu ebeveynlik becerileri kategorisi altında yer alan hatalı tutumları değiştirmek kategorisi tanısız grubun ebeveynlerinde 61 kez, tanılı grubun ebeveynlerinde ise 16 kez kodlanmıştır. Bu alt kategori altındaki ebeveynlerin çocuktan özür dilemesi kodu tanısız grubun ebeveynlerinde 10 kez kodlanırken, tanılı grubun ebeveynlerinde hiç kodlanmamıştır. Sınır çizme tutumları kodu tanısız grubun ebeveynlerinde 86 kez, tanılı grubun ebeveynlerinde ise 19 kez kodlanmıştır. Çocuğa sevgi göstermek kodu tanısız grubun ebeveynlerinde 44 kez, tanılı grubun ebeveynlerinde ise 15 kez kodlanmıştır. Çocuğa anlayışlı olmak kodu tanısız grubun ebeveynlerinde 21 kez, tanılı grubun ebeveynlerinde ise 4 kez kodlanmıştır. Sınır çizme tutumları kodu tanısız grubun ebeveynlerinde 86 kez, tanılı grubun ebeveynlerinde ise 19 kez kodlanmıştır. Çocuğu özgür hissettiren tutumlar kodu tanısız grubun ebeveynlerinde 25 kez, tanılı grubun ebeveynlerinde ise 10 kez kodlanmıştır. Empatik iletişim kodu tanısız grubun ebeveynlerinde 21 kez, tanılı grubun ebeveynlerinde ise 2 kez kodlanmıştır. Değerlere önem vermek kodu tanısız grubun ebeveynlerinde 21 kez, tanılı grubun ebeveynlerinde ise 6 kez kodlanmıştır. Çocukla ilgili pozitif beklentilere sahip olmak alt kategorisi tanısız grubun ebeveynlerinde 6 kez, tanılı grubun ebeveynlerinde ise 10 kez kodlanmıştır. Alt kategori ve kod gruplarındaki kodlamaların tanılı ve tanısız gruplarındaki yoğunluğuna bakıldığında çocukla ilgili pozitif beklentilere sahip olmak kodu hariç diğer tüm alt kategori ve kod gruplarında tanısız grubun ebeveynlerinin tanılı grubun ebeveynlerine kıyasla daha fazla

olumlu ebeveynlik becerisi ifade ettiği görülmektedir. Olumlu ebeveynlik becerileri kategorisi altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için bulgularda belirtilen bu kodlamalara örnek olması adına, katılımcılarla yapılan görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Olumlu ebeveynlik becerileri kategorisi altında bulunan çocukla ilgilenmek alt kategorisinin "*çocuğu destekleyici tutumlar*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 8.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Çocuklardan herhangi bir beklentim yok, sadece onlar kendine ait bir birey. Sadece ben yol gösteririm. Yapmak istedikleri kendilerine kalmış bir şeydir. Onun yapması gerekenler için ona fırsat veririm diyebilirim. Ona güvendiğimizi yanında olduğumuzu kendi başına fırsat vererek tanımasına yardımcı olduk diyebilirim (Tanısız 8.A).

Olumlu ebeveynlik becerileri kategorisi altında bulunan çocukla ilgilenmek alt kategorisinin "*çocuğa açıklamalar yapmak*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 5.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Eşimle ortak plan yapıyoruz. İlk önce ben anlatıyorum anlamadığını hissedersem ya da işte onun gözlerinden anlıyorum ben genelde hissedersem anlatıyoruz. İşte atıyorum mesela karşılıklı şey yapıyoruz işte ne bileyim resim çizerken ya da işte hani dikkatini çok dağıtmayacak şeylerle atıyorum hani mesela ben anne baba kaygısı… Gerçekten siz benim annem babam mısınıza girdiğinde biz evlilik cüzdanlarımızı, onun ilk doğduğu fotoğrafları işte ne bileyim hani annemle babamla konuşturdum. İşte benim annemle babam benim onların annem babam olduğuna inanıyorum işte bunlar da babaannenlerle deden. Çok fazla onu bunaltmayacak şekilde hem eşim hem ben karşılıklı şey yaptık. Tabi burada biraz şey bizim bazen de kaçırdığımız noktalar oldu tabii olmadı değil yalan yok. Onları da atlatmaya çalıştık yani elimizden geldiğince. Ne bileyim resimler, videolar işte yani onu rahatlatacak şekilde.

İnsan çocuğunu tanır ya ne yapacağını az çok bilir o şekilde elimizden geldiğinde desteklemeye çalışıyoruz her anlamda sadece tabii ki bu kaygılarınla vs. değil yani.

Olumlu ebeveynlik becerileri kategorisi altında bulunan çocukla ilgilenmek alt kategorisinin "*çocuğa doğru davranışlar kazandırabilmek için çabalamak*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 9.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Affetmeyi çok severim, hep özür dilerim eğer bir hata yapmışsam. Özür dilerim ben, diyorum özür dilemek erdemdir siz de dileyin. Bazen bunlar oluyor söylemiyorlar ama özür dileyin diyorum bakın ben bu yaşta sizden özür diliyorum ama siz de dileyin. Bazen bunu söylüyorum açıkçası. Tabi aynen yapmasam çünkü karşılıklı saygı duyulmaz hocam onlara, özür dilemeden bir girişkenliği olursa karşıdaki kişi ona saygı duymaz. Hatayı çünkü görmediğini farz eder. Kendi hatanın farkına varacak ki karşı kişi de ona sempati duysun (Tanısız 9.A).

Olumlu ebeveynlik becerileri kategorisi altında bulunan çocukla ilgilenmek alt kategorisinin "*çocuğun hatalı davranışları düzeltmek için çabalamak*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 2.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Yani R…'nin yaptığı hatalı davranışı görmezlikten gelmedim. Söylerdim, hep söyledim. Hep konuştum. Ya sen arkadaşına niye böyle attın seni vurayım döveyim olayına girmedim. Hep karşıma alıp, neden yaptın, niye yaptın, onun da bir annesi var, onun da annesinin canı yanıyor. Bak ben sana olduğunda canım yanıyor, üzülüyorum, deyip öyle konuşurdum. İşte o olayda ne varsa onu konuşarak... Anlaşmadığımız noktalar oluyor tabi. Mesela, şu an kardeşi gelince ilgi biraz azaldı tabi ondan. İster istemez bazen, acaba anne onu benden daha çok mu seviyorsunuz, ben kardeşimi kıskanıyorum, boyutları oldu ama bunu da konuştuk. Mesela ben

ona benimle konuş, kardeşine böyle davranmanın sebebi ne, bunu bana anlat diyerek. Hep bu şekilde yaklaştım. R…'ye hiç yine yok demedim sadece konuştum. Evet, bunu sana veriyorum ama bunu sana yapıyorum ama bu doğru bir hareket değil oğlum, ama ben seni kıramıyorum bak yapıyorum bunu. Bu seni de yıpratıyor beni de üzüyor. Bu senin arkadaşların arasında bu şekle sokabilir. Sana arkadaşların bu şekilde yaklaşabilir diye hep konuştum. Bir ikna olmuyordu, iki olmuyordu, üç olmuyordu... O olayı yaşıyordu mesela okula oyuncağını götürüyordu. Oyuncağını vermediği için arkadaşları da ona oyuncağını vermiyordu. Ben diyordum bak ama paylaşırsan oyuncağını bu şekilde sende mutlu olursun. Farklı bir oyuncak ile oynamış olursun. Arkadaşında farklı bir oyuncağa bakmış olur. Zaten sen bu oyuncakla evde oynuyorsun. Hani bunu okula götürmenin bir anlamı yok o halde diyordum. Hep hak veriyordu. Hep öyle öyle aştık (Tanısız 2.A).

Olumlu ebeveynlik becerileri kategorisi altında bulunan "*sınır çizme tutumları*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 2.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Yani o sınırı koymazsan zaten o zaman o seni koşullandırmaya başlar, yönlendirmeye başlar. O zaman her istediğini yapmaya başlarsın ve ona zarar verirsin. Ben öyle düşünüyorum. Devamlı netflix aç diyor bana, şunu al bana diyor... Sürekli her istediğini alacağız, her istediğini açacağız. Öyle olmaz. Yani biz mesela onun önüne koyuyoruz seçenekleri. O bizim koyduğumuz seçeneklerden birini seçmek zorunda kalıyor. O bize seçenekleri sunup o sundukları arasından bir tanesini seçip ona vermiyoruz. Yani onun faydalı olabilecek neyse biz onu önüne koyuyoruz. Onlardan birini seçiyor. Annesi de öyle yapıyorum bende annesinin o huyunu çok seviyorum. Ben alışveriş konusunda, çocuklara en iyisini alalım. Her istediklerini alalım, fazla fazla alalım diyorum. Ama annesi öyle değil. Annesi gerektiği

kadar alır asla fazla almaz. Bana kalsa dünyayı alır gelirim. Doldururum hiçbir şeye de yaramaz ama o konuda da ben biraz gevşeğim, annesi değil.

Olumlu ebeveynlik becerileri kategorisi altında bulunan "*ebeveynin hatalı tutumunu değiştirmesi*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 12.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Şöyle, başlarda yemekte zorluyordum baktım zorladıkça daha kötü oluyor, çıkarmaya çalışıyor falan ondan sonra hep serbest bıraktım şuan da serbest istediği kadar yesin. Başta ben çok daha kuralcıydım sonra yemek kuralar falan filan sonradan biraz rahat bıraktık. Baya bir esnettik. Yine kuralcıyım bazı şeyler değişmiyor ama kesin kati kurallar yok, yemeğini istediği zaman yesin. Dışarısı istediği zaman geliyor, istediği zaman çıkıyor. Sorumluluklarını yaptıktan sonra istediğini yapıyor. Telefon kendine zarar verecek düzeye gelmediği sürece istediği kadar istediği şeyi oynuyor biraz daha özgür şuan. Aşırı sertliğin bir anlamı olmadığını gördüm daha kötüye gittiğini gördüm olayların. Hatalı davrandığımı fark edince değiştirdim. Ha yine kurallar yok mu, var. Ödevini yapmadan dışarı çıkamaz, telefona dokunamaz. Bunu o da biliyor ödevini yapmadan zaten onlara tenezzül etmiyor (Tanısız 12.B)

Olumlu ebeveynlik becerileri kategorisi altında bulunan "*sevgiyi gösterebilmek*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 6.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Ben bekârlığımdan beri çocukları çok seviyordum. Mersin de yaşıyordum. Bütün çocuklara ayırt etmeden sevgi ve şefkatle sarılıyordum. U…'yu da kucağıma aldığımda, benim çocuğum, onu sadece sevgi ve merhametle büyütmeyi istedim hocam. U…ile birlikte büyüdüm diyebilirim. Örnek veriyorum, günlük kıyafet değiştirmeye, gömlek pantolon değiştirmeye,

hemen bir fotoğraf çekeyim ve bu yaşına geldiğinde bilgisayarda gösterdiğim zaman, anne ben bebekken ne kadar tatlıymışım ne kadar kiloluymuşum diyerek kendini beğeniyordu. Annecim bu bebeklik dönenindi şimdide çok yakışıklı ve akıllı bir çocuksun diyorum. Olanı söylüyorum (Tanısız 6.A).

Olumlu ebeveynlik becerileri kategorisi altında bulunan "*çocukları özgür hissettiren tutumlar*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 7.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Aman ona dokunmasın ama öyle şey yapmasın öyle bir büyütmedik hiçbir zaman. Yok işte şunu kirletmesin, bunu yapmasın öyle bir şeyleri hiçbir zaman olmadı. Çocuklara göre ayarlamışımdır hep evi. 3 çocuğuma da öyle yani hep alabildiğini özgür oldular yani (Tanılı 7.A).

Olumlu ebeveynlik becerileri kategorisi altında bulunan "*değerlere önem vermek*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 4.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Çocukları doğru bir şekilde yetiştirmeye çalışıyoruz. Ben her zaman İ…'ye derdim. Şerefsiz bir doktor, haysiyetsiz bir avukat olacağına onurlu bir amele ol. Onurlu haysiyetli bir işçi ol. Daha iyi yani insanlar bir şekilde bir yerlerde yaşıyor. Ama biraz kişisel değerler önemli benim için. İnsani değerler önemli. Çocuklarımıza bırakmaya çalışıyoruz önemli insani değerleri (Tanısız 4.B).

Olumlu ebeveynlik becerileri kategorisi altında bulunan "*çocuğa karşı anlayışlı olmak*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 2.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Ya şimdi bir de onun gözüyle bakmaya çalışıyorum. Niye, çocuk dediğin biraz hareketli olacak. Koyacaksın böyle süs gibi, oyuncak gibi oturmayacak ama çocukların oyun alanları yok. Şu İstanbul'a bakıyorsun toprak yok. Bu çocuğun dışarıya çıkıp oyun oynaması lazım.

Olumlu ebeveynlik becerileri kategorisi altında bulunan "*empatik iletişim*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 10.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Ya zaten çocuk büyütme dediğinde en büyük destek eşinle oluyor hani o seni anlarsa sen onu anlarsan sen ona yardımcı olursan o sana yardımcı olursa yani yükü bir taşı iki kişi kaldırmak var bir kişi kaldırmak var yani biz paylaştık. (Tanısız 10.B)

Olumlu ebeveynlik becerileri kategorisi altında bulunan "*çocukla ilgili pozitif beklentiler*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 4.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Beklentilerimiz… iyi olsunlar, başarılı olsunlar bir de iyi insan olsunlar bizim için önemli olan o. Oğluma da aynı şeyi söylüyorum ilk önce iyi insan ol kimsenin kalbini kırma hani ne olursan ol tabii ki. Bir şey olmak bu devirde hayat şartları zor tabii ki okuyacaklar edecekler ama ilk önce doğru dürüst insan olsunlar. Ahlaklı olsunlar bizim için en önemli o. Onu motive etmeye çalışıyoruz çocuklarımıza. İnsan olmayı. Diğer türlü başka bir isteğimiz yok (Tanısız 4.A).

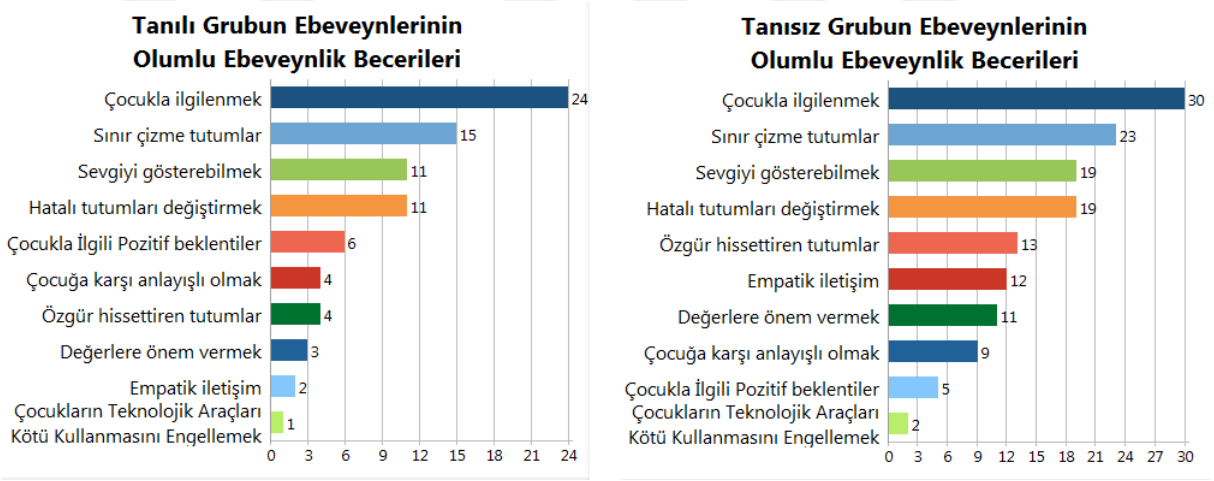
Olumlu ebeveynlik becerileri kategorisi altında bulunan *"çocukların teknolojik araçları kötü kullanımını engellemek"* kodlamasına örnek olması açısından Tanısız 4.A isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Bizde biraz şeyden uzak tuttuk ondan da diyorum hani ben biz telefondan, tabletten işte uzak tuttuk İ...'yi daha çok hani eline çok telefon vermedik. Sürekli evde bir şeylerle meşgul oluyor. Sürekli bir aktivitesi var ondan dolayı çok gergin bir çocuk değil (Tanısız 4.A).

Olumlu ebeveynlik becerileri kategorisi altında çocukla ilgili pozitif beklentiler, çocukla ilgilenmek, hatalı tutumları değiştirmek, çocukların teknolojik araçları kötü kullanımını engellemek, sevgiyi gösterebilmek, çocuğa karşı anlayışlı olmak, sınır çizme tutumlar, özgür hissettiren tutumlar, empatik iletişim ve değerlere önem vermek gibi alt kategorilerin ve kodlamaların görüşme belgelerindeki durumları incelenmiştir. Bu kodlamaların belge sayısına göre dağılımını gösteren Şekil 34'deki grafik incelendiğinde, *"çocukla ilgilenmek"* alt kategorisi tanısız çocukların ebeveynlerinin 30'u tarafından ifade edilirken, tanılı çocukların ebeveynlerinin 24'ü bu alt kategorideki kodları ifade etmiştir. *"Sınır çizme tutumları"* kodu tanısız çocukların ebeveynlerinin 23'ü tarafından ifade edilirken, tanılı çocukların ebeveynlerinin 15'i bu kodu ifade etmiştir. *"Sevgiyi gösterebilmek"* kodu tanısız çocukların ebeveynlerinin 19'u tarafından ifade edilirken, tanılı çocukların ebeveynlerinin 11'i bu kodu ifade etmiştir. *"Hatalı tutumları değiştirebilmek"* kodu tanısız çocukların ebeveynlerinin 19'u tarafından ifade edilirken, tanılı çocukların ebeveynlerinin 11'i bu kodu ifade etmiştir. *"Özgür hissettiren tutumlar"* kodu tanısız çocukların ebeveynlerinin 13'ü tarafından ifade edilirken, tanılı çocukların ebeveynlerinin 4'ü bu kodu ifade etmiştir. *"Empatik iletişim"* kodu tanısız çocukların ebeveynlerinin 12'si tarafından ifade edilirken, tanılı çocukların ebeveynlerinin 2'si bu kodu ifade etmiştir. "*Değerlere önem vermek"* kodu tanısız çocukların ebeveynlerinin 11'i tarafından ifade edilirken, tanılı çocukların ebeveynlerinin 3'ü bu kodu ifade etmiştir. *"Çocuğa karşı anlayışlı olabilmek"* kodu tanısız çocukların ebeveynlerinin 9'u tarafından ifade edilirken, tanılı çocukların ebeveynlerinin 4'ü bu kodu ifade etmiştir. "*Çocukların teknolojik araçları kötü kullanımını engellemek"* kodu tanısız çocukların ebeveynlerinin 2'si tarafından ifade

edilirken, tanılı çocukların ebeveynlerinin 1'i bu kodu ifade etmiştir. *"Çocukla ilgili pozitif beklentiler"* kodu tanısız çocukların ebeveynlerinin 5'i tarafından ifade edilirken, tanılı çocukların ebeveynlerinin 6'sı bu kodu ifade etmiştir. Olumlu ebeveynlik becerileri kategorisi altındaki tüm alt kategori ve kod gruplarındaki ifadeler tanılı grubun ebeveynlerine kıyasla daha fazla tanısız çocuğun ebeveyni tarafından ifade edilmiştir. Bu durum yalnızca çocukla ilgili pozitif beklentiler kodunda tam tersi durumdadır.

Şekil 34. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Olumlu Ebeveynlik Becerileri*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



4.2.5.2. Aile Üyelerinin Birbirine Olan Desteği Kategorisine Ait Bulgular

Fonksiyonel aile özellikleri temasının en çok kodlanan ikinci kategorisi aile üyelerinin birbirine olan desteği kategorisi olmuştur. Bu kategori içerisinde ise *"eşlerin işbirliği ve birbirine desteği"* alt kategorisi 349 kez, *"üst ebeveynlerin aileye desteği"* kodu 37 kez kodlanmıştır. Eşlerin işbirliği ve birbirine desteği alt kategorisi içerisinde iki kod grubu tanımlanmıştır. Annenin babaya desteği kodu 23 kez, babanın anneye desteği kodu ise 130 kez kodlanmıştır. Şekil 35'te aile üyelerinin birbirine olan desteği kategorisine ait alt kategori ve kodlamaların tanılı grubun ebeveynleri ve tanısız grubun ebeveynlerinden oluşan gruplardaki yoğunluğuna ilişki bulgulara yer verilmiştir.

Şekil 35. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Aile Üyelerinin Birbirine Olan Desteği*" Kategorisine İlişkin Kodlamalarının Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Fonksiyonel Aile Özellikleri Teması	354	267
Olumlu Ebeveynlik Becerileri		
Çocukla İlgili Pozitif beklentiler	4	2
Çocuğun yaşına uygun beklentiler	2	8
Çocukla ilgilenmek	173	76
Çocuğu destekleyici tutumlar	23	2
Çocuğa açıklamalar yapmak	46	7
Çocukla eğlenmek/oyun oynamak	47	7
Çocuğa doğru davranışlar kazandırabilmek için çabalamak	36	
Çocukların hatalı davranışlarını düzeltmek için çabalamak	29	2
Hatalı tutumları değiştirmek	51	16
Ebeveynin çocuktan özür dilemesi	10	
Çocukların Teknolojik Araçları Kötü Kullanımını Engellemek	5	1
Sevgiyi gösterebilmek	44	15
Çocuğa karşı anlayışlı olmak	21	4
Sınır çizme tutumlar	86	19
Özgür hissettiren tutumlar	25	10
Empatik iletişim	21	2
Değerlere önem vermek	21	6

Şekil 35'teki aile üyelerinin birbirine olan desteği kategorisine ait kod yoğunluğu tablosu incelendiğinde eşlerin işbirliği ve birbirine desteği alt kategorisinin en çok kodlanan kategori olduğu bu alt kategori içerisinde ise babanın anneye desteği kodunun annenin babaya desteği kodundan daha çok kodlandığı görülmektedir. Babanın anneye desteği kodu tanısız grubun ebeveynlerinde 89 kez, tanılı grubun ebeveynlerinde ise 45 kez kodlanmıştır. Annenin babaya desteği kodu tanısız grubun ebeveynlerinde 16 kez, tanılı grubun ebeveynlerinde ise 7 kez kodlanmıştır. Üst kuşak ebeveynlerin aileye desteği kodu tanısız grubun ebeveynlerinde 20 kez, tanılı grubun ebeveynlerinde ise 17 kez kodlanmıştır. Babanın anneye desteği kodu içerisinde yapılan hamilelikte eşin desteğini hissetmek kodu tanısız grubun ebeveynlerinde 13 kez, tanılı grubun ebeveynlerinde ise 6 kez kodlanmıştır. Bu kategori altındaki tüm alt kategori ve kodlamalarda tanısız grubun ebeveynlerinin tanılı grubun ebeveynlerine kıyasla daha fazla kodlamaya sahip olduğu görülmektedir. Başka bir ifadeyle tanısız grupta aile üyelerinin birbirlerine olan desteği içerikleri tanılı gruba kıyasla daha fazla ifade edilmiştir. Aile üyelerinin birbirine olan desteği kategorisi altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için

bulgularda belirtilen bu kodlamalara örnek olması adına, katılımcılarla yapılan görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Aile üyelerinin birbirine olan desteği kategorisi altında bulunan eşlerin işbirliği ve birbirine desteği alt kategorisinin "*annenin babaya desteği*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 14.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Her zaman yani onunla biz hani nasıl anlatayım? Her zaman paylaşırız birbirimizle. Benim olmadığım yerlerde konuşuyoruz böyle yapalım diye. Ben böyle böyle söyledim hani sen de bunu desteklersen… Atıyorum hani bana inanmayabilir ama sana inanır. İşte o da her zaman şey yapar E… bak böyle böyle söyledi hani haberin olsun işte senle böyle yol izleyebiliriz falan. Ya da işte yanlış yapıyorsun. Her zaman birbirimize konuşarak hareket ederiz yani nasıl anlatayım? Asla şey yapmayız ben böyle yaptım sakın sen böyle yapma değiştirme her zaman birbirimizle haberleşerek (Tanısız 14.A).

Aile üyelerinin birbirine olan desteği kategorisi altında bulunan eşlerin iş birliği ve birbirine desteği alt kategorisinin "*babanın anneye desteği*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 5.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

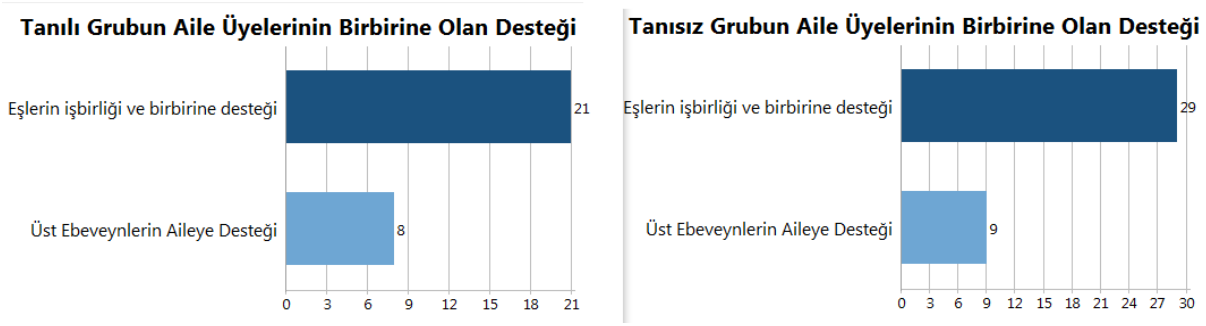
Ama eşimde beni gerçekten çok iyi idare etti. Baya bir inatçılığım vardı benim baya bir her şeye bir anda sinirlenirdim. Boşanmaya kadar geldi ama boş ver dedim S… şimdi çocuk da var gene vazgeçtim. Hamilelik döneminde de çok ilgiliydi eşim, çok üstüme titrerdi. Gerçekten hani bana verdiği değerden üstüme titremesi hani onu artık bana baya bir gösteriyordu. Ben bazen kendisine şey yapardım hani fazla ilgi insanı sıkar ya bunaltır ya ama hiçbir zaman da vazgeçmedi. Elinden geldiği kadar çok ilgilenir mesela her hafta banyosunu babası yaptırır. Hani hep ona bırakırım (Tanılı 5.A).

Aile üyelerinin birbirine olan desteği kategorisi altında bulunan eşlerin işbirliği ve birbirine desteği alt kategorisinin *"üst kuşak ebeveynlerin aileye desteği"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 10.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

O dönemde işte eşimin kardeşi daha çok destek oldu sürekli görüştük, sürekli geldiler işte ellerini üzerimizden çekmediler o dönem. Ama o dönemde çok hızlı geçmedi aslında. Eşimin ailesi en çok destek gösterdi bize, eşim birbirimize destek olarak konuşarak ya bu şekilde atlattık Allah'a şükür yani. İşteyken bile kafam sürekli evde oluyordu ama bedenim işte oluyordu özellikle o dönemde, çok sıkıntı yaşadık. Bir sefer bayılmıştı hatta yani o şekilde kayınpeder sağ olsun yetişmişti bide kızım vardı Allah tan yani o küçüktü ama yine de bir şeyleri haber verebiliyordu (Tanısız 10.B).

Aile üyelerinin birbirlerine olan desteği kategorisi altında eşlerin işbirliği ve birbirlerine olan desteği ile üst ebeveynlerin aileye desteği kodlamalarının görüşme belgelerindeki durumları incelenmiştir. Bu kodlamaların belge sayısına göre dağılımını gösteren Şekil 36'deki grafik incelendiğinde, *"eşlerin işbirliği ve birbirlerine olan desteği"* alt kategorisi tanısız çocukların ebeveynlerinin 29'u tarafından ifade edilirken, tanılı çocukların ebeveynlerinin 21'i bu alt kategorideki kodları ifade etmiştir. *"Üst ebeveynlerin aileye desteği"* tanısız çocukların ebeveynlerinin 9'u tarafından ifade edilirken, tanılı çocukların ebeveynlerinin 8'i bu kodu ifade etmiştir. Aile üyelerinin birbirlerine olan desteği kategorisi altındaki tüm kod gruplarındaki ifadeler tanılı grubun ebeveynlerine kıyasla daha fazla tanısız çocuğun ebeveyni tarafından ifade edilmiştir.

Şekil 36. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Aile Üyelerinin Birbirine Olan Desteği*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



4.2.5.3. Diğer Aile Üyelerine Karşı Olumlu Tutumlar Kategorisine Ait Bulgular

Fonksiyonel aile özellikleri temasının en çok kodlanan üçüncü kategorisi diğer aile üyelerine karşı olumlu tutumlar kategorisi olmuştur. Bu kategori içerisinde ise *"ebeveynlerin kendilerini ve eşlerini yeterli bulması"* kodu 72 kez, *"ebeveynin kendi köken ailesiyle uyumlu ilişkisi"* kodu 53 kez, *"ebeveynin eşin köken ailesiyle uyumlu ilişkisi"* kodu 26 kez, *"diğer aile üyelerine karşı sorumluluk sahibi olmak"* kodu ise 18 kez kodlanmıştır. Şekil 37'te diğer aile üyelerine karşı olumlu tutumlar kategorisine ait kodlamaların tanılı ve tanısız grup ebeveyn gruplarındaki yoğunluğuna ilişki bulgulara yer verilmiştir.

Şekil 37. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Diğer Aile Üyelerine Karşı Olumlu Tutumlar*" Kategorisine İlişkin Kodlamalarının Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Fonksiyonel Aile Özellikleri Teması	354	267
Diğer Aile Üyelerine Karşı Olumlu Tutumlar		
Ebeveynin Eşin Köken Ailesiyle Uyumlu İlişkisi	13	13
Ebeveynin Kendi Köken Ailesiyle Uyumlu İlişkisi	46	7
Diğerlerine Karşı Sorumluluk Sahibi Olmak	14	4
Ebeveynlerin kendilerini ve birbirlerini yeterli bulması	59	13

Şekil 37'deki diğer aile üyelerine karşı olumlu tutumlar kategorisine ait kod yoğunluğu tablosu incelendiğinde, ebeveynlerin kendilerini ve eşlerini yeterli bulması kodunun tanısız

grubun ebeveynlerinde 59 kez, tanılı grubun ebeveynlerinde ise 13 kez kodlandığı görülmüştür. Ebeveynin kendi köken ailesiyle uyumlu ilişkisi kodu tanısız grubun ebeveynlerinde 46 kez, tanılı grubun ebeveynlerinde ise 7 kez kodlanmıştır. Diğerlerine karşı sorumluluk sahibi olmak kodu tanısız grubun ebeveynlerinde 14 kez, tanılı grubun ebeveynlerinde ise 4 kez kodlanmıştır. Ebeveynin eşin köken ailesiyle uyumlu ilişkisi kodu ise her iki ebeveyn grubunda da 13 kez kodlanmıştır. Bu kategori altındaki kod türlerinde tanısız grubun ebeveynlerinin tanılı grubun ebeveynlerine kıyasla daha fazla kodlamaya sahip olduğu görülmektedir. Başka bir ifadeyle tanısız grubun ebeveynleri tarafından diğer aile üyelerine karşı olumlu tutumlara yönelik içeriklerin tanılı grubun ebeveynlerine kıyasla daha fazla ifade edildiği söylenebilir. Diğer aile üyelerine karşı olumlu tutumlar kategorisi altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için bulgularda belirtilen bu kodlamalara örnek olması adına, katılımcılarla yapılan görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Diğer aile üyelerine karşı olumlu tutumlar kategorisi altında bulunan *"ebeveynlerin kendilerini ve eşlerini yeterli bulması"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 3.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Yani elimden geldiğince yapmaya çalışıyorum. Mantıklı olduğunu düşünüyorum yani. 37 yaşındayım bu saatten sonra aşırı derecede farklı bir şey arayacak değilim. Hamdolsun Allah'a, iyi diye düşünüyorum hem ilişkimizin hem davranışların, ne bileyim geçimimizin, Allah'a şükür daha iyi olacağını zannetmiyorum ne deyim artık (Tanısız 3.B).

Diğer aile üyelerine karşı olumlu tutumlar kategorisi altında bulunan *"ebeveynin kendi köken ailesiyle uyumlu ilişkisi"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 1.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Yani ailesiyle bağlı bir aile onlar, yani normal de çok etrafında görmem aslında hani bir kız bir erkek olduğunda erkekler daha şey kalır diye düşünüyorum. Çoğu çevremde öyle

insanlar. Çok… hani böyle her gün birbirlerinden haber almazlar, arada görüşürler ama onlar o bağı güzel kurmuşlar. Hani her zaman görüşüp birbirlerinden hemen hemen… Normalde kız kardeşler öyle olur ama onların o şeyi hiçbir zaman olmuyor onlar da çok aile olarak birbirlerine bağlı saygılı sevgili insanlar. O yüzden çok bir problem yaşamıyor gördüğüm kadarıyla. Bu zamana kadar bir problem yaşamadı.

Diğer aile üyelerine karşı olumlu tutumlar kategorisi altında bulunan *"ebeveynin eşin köken ailesiyle uyumlu ilişkisi"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 10.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

En büyük avantajımız eşimin ailesi yakındı hani bir şey olduğu zaman kayınpederim çıkıp gelebiliyordu. Eşimin babasını örnek alıyorum. Herkesin de örnek almasını isterim aslında çünkü bir insan annesi babası kardeşi en büyük desteğidir. Arkasında o destek olmazsa yıkılır zaten. Bir insan ayakta ne kadar durabilir ayrı bir konu. Ben örnek alıyorum inşallah aynı şekilde örnek şekilde çocuklarımı yetiştiririm diye düşünüyorum yani (Tanısız 10.B).

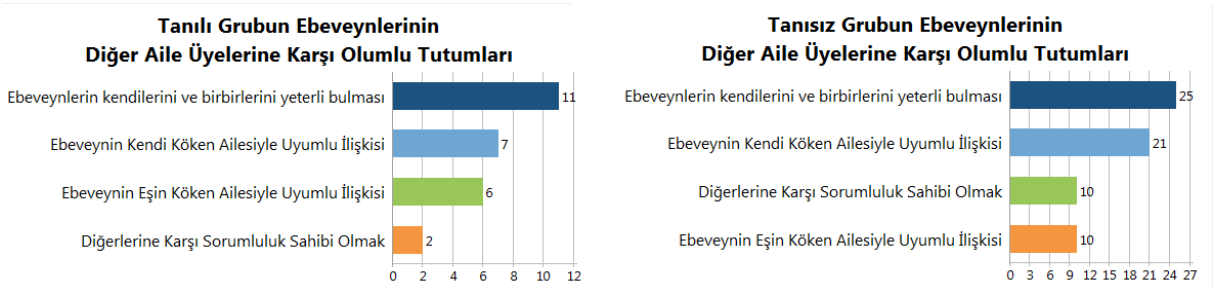
Diğer aile üyelerine karşı olumlu tutumlar kategorisi altında bulunan *"diğerlerine karşı sorumluluk sahibi olmak"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 6.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Tabi tabi hastanelere götürdüm. Hastaneden apar topar işe gitmek zorunda kaldım. İşten apar topar hastaneye çıkmam zorunda kaldım, çocuğun rahatsızlığından dolayı. Babalarında işi zor tabi ama anneler kadar değil. Bizde işle mücadele ediyoruz. Eve bir şeylerin girmesi lazım, çıkması lazım (Tanısız 6.B).

Diğer aile üyelerine karşı olumlu tutumlar kategorisi altında ebeveynlerin kendilerini ve eşlerini yeterli bulması, ebeveynin kendi köken ailesiyle uyumlu ilişkisi, ebeveynin eşin köken

ailesiyle uyumlu ilişkisi ve diğerlerine karşı sorumluluk sahibi olmak kodlamalarının görüşme belgelerindeki durumları incelenmiştir. Bu kodlamaların belge sayısına göre dağılımını gösteren Şekil 38'deki grafik incelendiğinde, *"ebeveynlerin kendilerini ve eşlerini yeterli bulması"* kodu tanısız çocukların ebeveynlerinin 25'i tarafından ifade edilirken, tanılı çocukların ebeveynlerinin 11'i bu alt kategorideki kodları ifade etmiştir. *"Ebeveynin kendi köken ailesiyle uyumlu ilişkisi"* kodu tanısız çocukların ebeveynlerinin 21'i tarafından ifade edilirken, tanılı çocukların ebeveynlerinin 7'si bu alt kategorideki kodları ifade etmiştir. *"Ebeveynin eşin köken ailesiyle uyumlu ilişkisi"* kodu tanısız çocukların ebeveynlerinin 10'u tarafından ifade edilirken, tanılı çocukların ebeveynlerinin 6'sı bu alt kategorideki kodları ifade etmiştir. *"Diğerlerine karşı sorumluluk sahibi olmak"* kodu tanısız çocukların ebeveynlerinin 10'u tarafından ifade edilirken, tanılı çocukların ebeveynlerinin 2'si bu alt kategorideki kodları ifade etmiştir. Diğer aile üyelerine karşı olumlu tutumlar kategorisi altındaki tüm kod gruplarındaki ifadeler tanılı gruba kıyasla daha fazla tanısız grup ebeveyn tarafından ifade edilmiştir.

Şekil 38. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Diğer Aile Üyelerine Karşı Olumlu Tutumlar*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



4.2.5.4. Ailenin Sorun Çözebilme Becerisi Kategorisine Ait Bulgular

Fonksiyonel aile özellikleri temasında tanımlanan dördüncü kategori ailenin sorun çözebilme becerisi kategorisidir. Bu kategorinin 100 kez kodlanırken, kategori içerisindeki

"*profesyonel destek almak*" kodu 10 kez kodlanmıştır. Şekil 39'de ailenin sorun çözebilme becerisi kategorisine ait kodlamaların tanılı ve tanısız grup ebeveyn gruplarındaki yoğunluğuna ilişki bulgulara yer verilmiştir.

Şekil 39. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Ailenin Sorun Çözebilme Becerisi*" Kategorisine İlişkin Kodlamalarının Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Fonksiyonel Aile Özellikleri Teması	354	267
Ailenin Sorun Çözebilme Becerisi	79	11
Profesyonel Destek Almak		10

Şekil 39'deki ailenin sorun çözebilme becerisi kategorisine ait kod yoğunluğu tablosu incelendiğinde, kategorinin tanısız grubun ebeveynlerinde 79 kez, tanılı grubun ebeveynlerinde ise 21 kez kodlandığı görülmüştür. Kategori içerisindeki profesyonel destek almak kodu ise tanılı grubun ebeveynlerinde ise 10 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde hiç kodlanmamıştır. Bu kategori altında yapılan kodlamaların büyük çoğunluğunun tanısız grubun ebeveynlerine ait olduğu görülmektedir. Ailenin sorun çözebilme becerisi kategorisi altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için bulgularda belirtilen bu kodlamalara örnek olması adına, katılımcılarla yapılan görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Kategoriye ait bir kodlamaya örnek olarak (Tanısız 8.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Çatışma olursa… Yani 1-2 gün boyunca bu sürüyor, 3.gün toparlamaya çalışıyoruz. Konuşuyoruz, konuşuyoruz, konuşuyoruz, çünkü biz bir aileyiz. 2 çocuğumuz var ayakta durmak zorundayız. Yani bizden başka biz olmadığını bildiğimiz için biran önce ayağa kalkmamız lazım, onun için toparlanmaya çalışıyoruz yani. Tabi bu 2-3 gün sürüyor ama. Aslında daha uzun da sürebilir fakat ben sakin kaldığım için, eşimi de anlamaya çalıştığım için biraz daha çabuk konuşuyoruz. Nasıl söyleyeyim… Eşim çocuklarla hep uğraştığı için tek

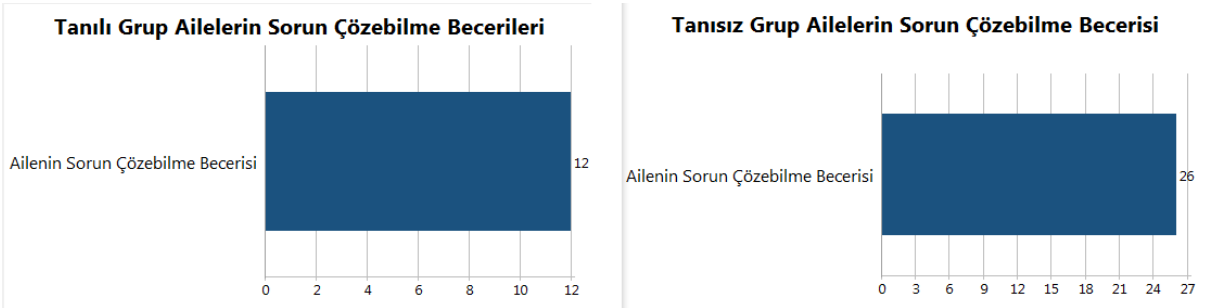
kalıyor. Tek kaldığı için de yanında bir destekçi lazım, destekçi olmayınca da yoruluyor ve çatışmalar da hep bu konularda zaten. 1. 2. 3. Gün sonunda birbirimizden özür dileyerek bir şekilde şey yapmaya çalışıyoruz (Tanısız 8.B).

Ailenin sorun çözebilme becerisi kategorisi altında bulunan "*profesyonel destek almak"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 2.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Ama şimdi B…'nin maşallahı var. Eşim çok üstüne düşüyor. İlaçlarını falan… Mesela bize dediler ki anaokuluna bir sene daha gitsin, hiperaktif olduğu için daha iyi olur. Yok dedik, zamanı neyse zamanında olsun. Maşallahı var. Bunun tedbirini ya şimdi alacağız yani doktora götüreceğiz ya da bir çözüm bulacağız. İşte götürdük, hanımı zor ikna ettim. Biraz zorlandı ama götürdüm Erenköy ruh ve sinir hastalıkları hastanesine, çocuk psikiyatriye (Tanısız 2.B).

Ailenin sorun çözebilme kategorisinin ve kategori altındaki profesyonel destek almak kodlamalarının görüşme belgelerindeki durumları incelenmiştir. Bu kodlamaların belge sayısına göre dağılımını gösteren Şekil 40'deki grafik incelendiğinde, "*ailenin sorun çözebilme becerisi"* kategorisi tanısız çocukların ebeveynlerinin 26'sı tarafından ifade edilirken, tanılı çocukların ebeveynlerinin 12'si bu alt kategorideki kodları ifade etmiştir. Diğer aile üyelerine karşı olumlu tutumlar kategorisi altındaki tüm ifadeler tanılı gruba kıyasla daha fazla tanısız grubun ebeveyni tarafından ifade edilmiştir.

Şekil 40. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Ailelerin Sorun Çözebilme Becerisi*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



4.2.5.5. Mutlu/Huzurlu Aile Ortamına Sahip Olmak Kategorisine Ait Bulgular

Fonksiyonel aile özellikleri temasında tanımlanan beşinci kategori mutlu/huzurlu aile ortamına sahip olmak kategorisidir. Bu kategorinin 29 kez kodlanırken, kategori içerisindeki *"çocuk yetiştirmeyle ilgili pozitif anılar"* kodu 8 kez kodlanmıştır. Şekil 41'de mutlu/huzurlu aile ortamına sahip olmak kategorisine ait kodlamaların tanılı ve tanısız çocukların ebeveyn gruplarındaki yoğunluğuna ilişki bulgulara yer verilmiştir.

Şekil 41. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Mutlu/Huzurlu Aile Ortamına Sahip Olmak*" Kategorisine İlişkin Kodlamalarının Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Fonksiyonel Aile Özellikleri Teması	354	267
Mutlu/Huzurlu Aile Ortamı	17	4
Çocuk yetiştirmeyle ilgili pozitif anılar	7	1

Şekil 41'deki mutlu/huzurlu aile ortamına sahip olmak kategorisine ait kod yoğunluğu tablosu incelendiğinde, kategorinin tanısız grubun ebeveynlerinde 24 kez, tanılı grubun ebeveynlerinde ise 5 kez kodlandığı görülmüştür. Kategori içerisindeki çocuk yetiştirme ile ilgili pozitif anılar kodu ise tanısız grubun ebeveynlerinde ise 7 kez kodlanırken tanılı grubun ebeveynlerinde yalnızca 1 kez kodlanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda kategori altında yapılan kodlamaların büyük çoğunluğunun tanısız grubun ebeveynlerine ait olduğu görülmektedir. Mutlu/huzurlu aile ortamına sahip olmak kategorisi altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için bulgularda belirtilen bu kodlamalara örnek olması adına, katılımcılarla yapılan görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Kategoriye ait bir kodlamaya örnek olarak (Tanısız 2.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Biz hiç… Her zaman yetinmesini bildim. Bir de geç evlenmenin bir şeyi de vardı, cahilce düşünemiyorsun. Daha bilinçli düşünüyorsun hani daha bir şeyler oturmuş kafanda. Ya bu ay

para yok, ne yapacağıza da girmedik yani hiçbir zaman. Olanla yetinmeyi, olanı harcamayı, bir şeylerden daha keserek, hayatımızı ona göre endeksleyerek, ona göre yaşamaya başladık yani. Aaa şu bitti demedim, aslında eşim bizi hiç bittiye getirmedi. Her zaman arkasını düşünen, çocuğunu, evini, ailesini düşünen bir insandı. Hiçbir zaman bizi zorda bırakmadı ama bende öyle har vurup harman savuran biri olmadım. Her zaman yetindim. Benim için her zaman sağlık geliyor. Her zaman öyle söyledim. Önce sağlığımız, huzurumuz... Olmadı beraber destek çıkarak hayatı devam ettirebiliriz ama önce sağlık ve huzur (Tanısız 2.A).

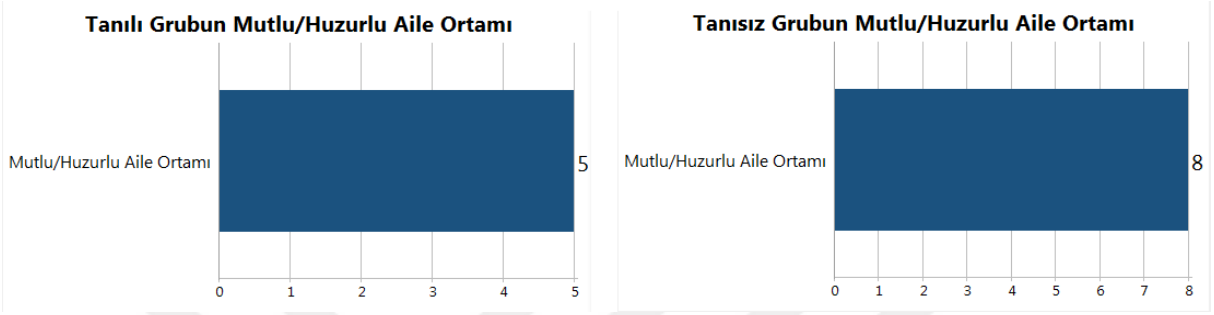
Mutlu/huzurlu aile ortamına sahip olmak kategorisi altında bulunan "*çocuk yetiştirmeyle ilgili pozitif anılar"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 4.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Davranışları çok sıcaktır. Gelir koynuma girer, öperim, koklarım. Onun kokladığım bir yeri vardır hep de orayı uzatır bana. Koklayınca orayı koklarım öpsem orayı öperim. Ama bana her istediğini yaptırır ama uçuk şeyleri, ona zarar verebilecek durumlarda yaptıramaz. O zaman küseriz. Kızarım, bağırır çağırırım ona. Kaşlarımı çatarım böyle. O anlar küser bana ama ondan sonra hatasını anlar gelir. Kesinlikle bir şey yapmam. Gerekirse kızarım, gerekirse ceza veririm ona. Ama çok yakınız. İ... ile nasılsam İ... ile de öyleyiz. Çok yakınız. Ben onları alırım yanıma, uyuruz. Yakınız yani. (Tanısız 4.B).

Mutlu/huzurlu aile ortamına sahip olmak kategorisinin ve kategori altındaki çocuk yetiştirmeyle ilgili pozitif anılar kodlamalarının görüşme belgelerindeki durumları incelenmiştir. Bu kodlamaların belge sayısına göre dağılımını gösteren Şekil 42'deki grafik incelendiğinde, *"mutlu/huzurlu aile ortamı"* kategorisi tanısız çocukların ebeveynlerinin 8'i tarafından ifade edilirken, tanılı çocukların ebeveynlerinin 5'i bu alt kategorideki kodları ifade

etmiştir. Mutlu/huzurlu aile ortamına sahip olmak kategorisi altındaki tüm ifadeler tanılı grubun ebeveynlerine kıyasla daha fazla tanısız grup ebeveyn tarafından ifade edilmiştir.

Şekil 42. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Mutlu/Huzurlu Aile Ortamına Sahip Olmak*" Kategorisine Ait İfadelerin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



4.2.5.6. Diğer Fonksiyonel Aile Özellikleri Kategorisine Ait Bulgular

Fonksiyonel aile özellikleri temasında tanımlanan altıncı ve son kategori diğer fonksiyonel aile özellikleri kategorisidir. Bu kategori içerisindeki "*yalnızca annenin ve babanın çocuğu büyütmesi*" kodu 10 kez, *"travma sonrası büyüme"* kodu ise 13 kez kodlanmıştır. Şekil 43'de diğer kodlamalar kategorisine ait kodlamaların tanılı ve tanısız grup ebeveyn gruplarındaki yoğunluğuna ilişki bulgulara yer verilmiştir.

Şekil 43. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Diğer Fonksiyonel Aile Özellikleri*" Kategorisine İlişkin Kodlamalarının Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Fonksiyonel Aile Özellikleri Teması	354	267
Diğer Kodlamalar		
Yalnızca Anne ve Babanın Çocuğu Büyütmesi	5	5
Travma Sonrası Büyüme	8	5

Şekil 43'deki diğer fonksiyonel aile özellikleri kategorisine ait kod yoğunluğu tablosu incelendiğinde, yalnızca annenin ve babanın çocuğu büyütmesi kodunun hem tanısız grubun ebeveynlerinde hem de tanılı grubun ebeveynlerinde 5 kez kodlandığı görülmüştür. Kategori içerisindeki travma sonrası büyüme kodu ise tanısız grubun ebeveynlerinde 8 kez kodlanırken

tanılı grubun ebeveynlerinde yalnızca 5 kez kodlanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, kategori altında yapılan kodlamaların çoğunluğunun az bir farkla da olsa tanısız grubun ebeveynlerine ait olduğu görülmektedir. Diğer fonksiyonel aile özellikleri kategorisi altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için bulgularda belirtilen kodlamalara örnek olması adına, katılımcılarla yapılan görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Kategori altında bulunan *"yalnızca annenin ve babanın çocuğu büyütmesi"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 13.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

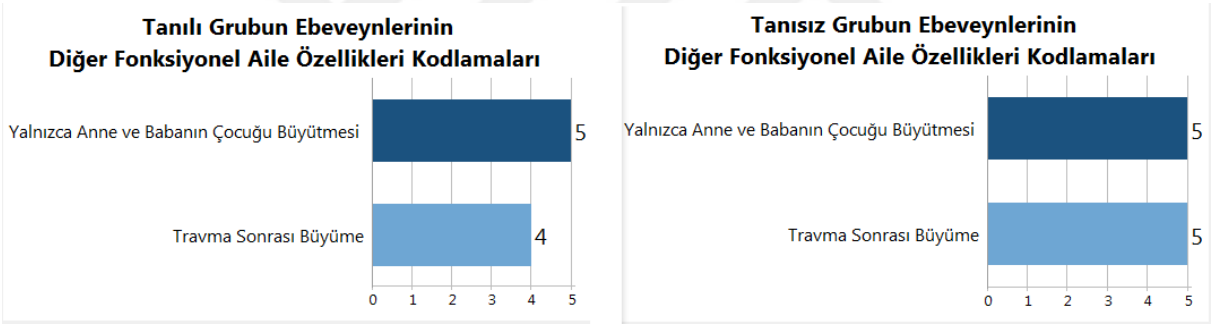
Aslında birinci çocukta alışmak zor oldu. İkincide öyle bir sıkıntı çekmedim. Birinci çocukta biraz daha sıkıntı çektik ama Ömer de yani ikinci çocukta herhangi bir sıkıntı çekmedik. Biraz daha bilgi sahibiydik yani. Özellikle birinci çocukta anne babadan çok yardım aldık ama ikinci çocuk da herhangi bir yardım almadan kendimiz çocuğun büyümesinde elimizden gelen özveriyi göstermeye çalıştık. Ve daha iyi olduk diyebilirim. Daha iyi bir anne baba haline geldik diyebilirim. (Tanısız 13.B).

Diğer fonksiyonel aile özellikleri kategorisi altında bulunan *"travma sonrası büyüme"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 6.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Babam vefat ettiğinde zorlu bir dönemdi. Çevreye bakıp bir gün çocuklarımla ilgilenemedim. Bende kötü oldum. Babamı çok seviyordum. Çevreye baktığımda çocuklara benden başka bakan yoktu. Kızım rahatsızlandı. U… öyle geziyor ortalıkta. Kendime dedim ki toparlanıyorsun. Ben ikinci gün çocuklarıma sarıldım. Hiç bırakmadım. O en zorlu günümde bile, nasıl doğumda lohusalık oluyorsa, ölüm de doğum da Allah'ın emri, ben hiç şey yapmadım. Güç topladım (Tanısız 6.A).

Diğer fonksiyonel aile özellikleri kategorisinin altındaki "*yalnızca annenin ve babanın çocuğu büyütmesi"* ve *"travma sonrası büyüme"* kodlamalarının görüşme belgelerindeki durumları incelenmiştir. Bu kodlamaların belge sayısına göre dağılımını gösteren Şekil 44'deki grafik incelendiğinde, yalnızca anne ve babanın çocuğu büyütmesi kategorisi hem tanısız çocukların ebeveynlerinin 5'i hem de tanılı çocukların ebeveynlerinin 5'i bu kategorideki kodları ifade etmiştir. Travma sonrası büyüme kodu tanısız çocukların ebeveynlerinin 5'i tarafından ifade edilirken, tanılı çocukların ebeveynlerinin 4'ü bu alt kategorideki kodları ifade etmiştir. Bu kategori altındaki ifadelerin gruplara dağılımının çok benzer olduğu görülmektedir.

Şekil 44. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Diğer Fonksiyonel Aile Özellikleri*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik

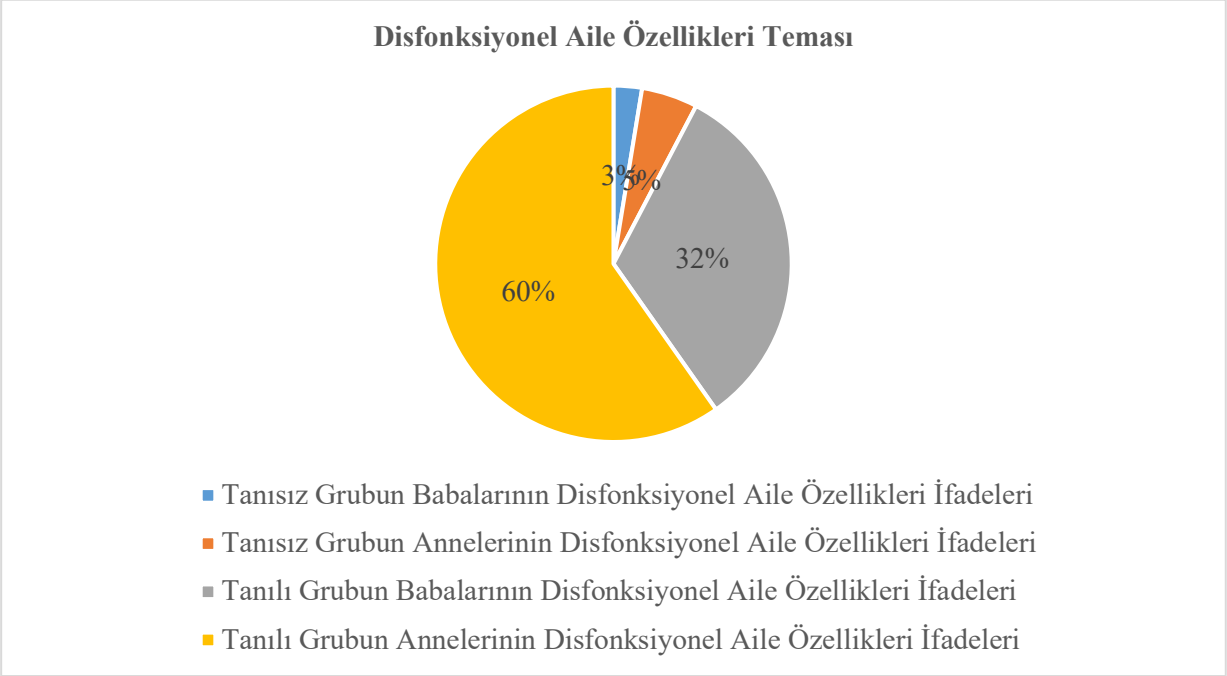


4.2.6. Disfonksiyonel Aile Özellikleri Temasına Ait Bulgular

Bu tema altında katılımcıların çekirdek ailelerinin işlevsiz özelliklerine ilişkin faktörler incelenmiştir. Bu tema altında *"disfonksiyonel özellikler", "disfonksiyonel çocuk yetiştirme stilleri", "ebeveynlik çatışmaları ve rol karmaşası", "eşlerin çatışmaları ve iletişim problemleri", "diğer aile üyelerine karşı olumsuz tutumlar", "ebeveynlerin yaşadığı ruhsal sorunlar"* ve "*çocuk büyütme eşlerin birbirini desteklememesi"* isimli kategoriler oluşturulmuştur. Disfonksiyonel çocuk yetiştirme stilleri 751 kez, ebeveynlik çatışmaları ve rol karmaşası 517 kez, eşlerin çatışmaları ve iletişim problemleri 409 kez, diğer aile üyelerine karşı

olumsuz tutumlar 257 kez, diğer aile üyelerine karşı olumlu tutumlar 167 kez, ebeveynlerin yaşadığı ruhsal sorunlar 137 kez ve çocuk büyütme sürecinde eşlerin birbirini desteklememesi 129 kez kodlanmıştır. Bu tema altında yapılan 2981 kodlamanın ebeveyn gruplarına göre dağılımını gösteren grafik Şekil 45'de gösterilmektedir.

Şekil 45. "*Disfonksiyonel Aile Özellikleri*" Temasına Ait Kodlamaların Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Yüzdelik Dağılımı



Disfonksiyonel aile özellikleri teması altında yapılan kodlamaların %60'ı (1782) tanılı grubun anneleriyle yapılan görüşmelerde, %32'si (971) tanılı grubun babalarıyla yapılan görüşmelerde olmak üzere toplam kodlamanın %92'sinin (2775) tanılı grubun ebeveynleriyle yapılan görüşmelere ait olduğu görülmektedir. Tema altında yapılan kodlamaların %8'i (229) ise tanısız grubun ebeveynleriyle yapılan görüşmelerde kodlanmıştır. Bu sonuçlar tanılı grubun ebeveynlerinin tanısız grubun ebeveynlerine kıyasla oldukça fazla disfonksiyonel aile özelliklerini ifade ettiklerini göstermektedir.

Şekil 46. "*Disfonksiyonel Aile Özellikleri*" Temasına Ait Kategorilerin Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Dağılımı



Disfonksiyonel aile özellikler teması altında oluşturulan kategorilerin ebeveyn gruplarına göre kod dağılımı Şekil 46'daki grafikte gösterilmiştir. Grafikten de anlaşılacağı üzere tüm kategorilerde tanılı grubun ebeveynlerinin daha fazla kodlandığı görülmektedir. Tanılı grubun ebeveynlerinde genel disfonksiyonel özellikler kategorisinden sonra disfonksiyonel çocuk yetiştirme kategorisinin en çok kodlanan kategori olduğu, tanısız grubun ebeveynlerinde ise disfonksiyonel çocuk yetiştirme stilleri kategorisinin ardından genel disfonksiyonel özellikler kategorisinin sıralandığı görülmektedir. Diğer kategorilerin tüm gruplarda sıralanışında bir farklılık bulunmamaktadır. Sırasıyla ebeveynlik çatışmaları ve rol karmaşaları, eşlerin çatışmaları ve iletişim problemleri, diğer aile üyelerine karşı olumsuz tutumlar, ebeveynlerin yaşadığı ruhsal sorunlar, çocuk büyütme sürecinde eşlerin birbirini desteklememesi ve diğer disfonksiyonel aile özellikleri kategorisi sıralanmaktadır.

4.2.6.1. Disfonksiyonel Çocuk Yetiştirme Stilleri Kategorisine Ait Bulgular

Disfonksiyonel aile özellikleri temasının en çok kodlanan kategorisi disfonksiyonel çocuk yetiştirme stilleri kategorisi olmuştur. Bu kategori içerisinde ise çocuğa yönelik ihmal davranışları/tutumları alt kategorisi 311 kez kodlanarak en çok kodlanan alt kategori olmuştur. Aşırı koruyucu tutumlar 123 kez kodlanarak en çok kodlanan ikinci kod grubu olmuştur. Diğer kod grupları ise sırasıyla, şımartıcı ve sınırsız tutumlar 102 kez, aşırı otoriter tutumlar alt kategorisi 98 kez, ebeveynler arasındaki tutarsız tutumlar alt kategorisi 85 kez ve çoklu bakım vermek kodu 32 kodlanmıştır. Şekil 47'de disfonksiyonel çocuk yetiştirme stilleri kategorisine ait alt kategori ve kodlamalarım tanılı ve tanısız çocukların ebeveynlerine ait gruplardaki yoğunluğa ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Şekil 47. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Disfonksiyonel Çocuk Yetiştirme Stilleri*" Kategorisine İlişkin Kodlamalarının Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Disfonksiyonel Aile Özellikleri	61	721
Disfonksiyonel Çocuk Yetiştirme Stilleri		
Çocuğa yönelik ihmal davranışları/tutumları	3	134
İlgisiz anne		17
İlgisiz baba	10	147
Aşırı Koruyucu tutumlar	20	103
Şımartıcı ve sınırsız tutumlar	12	90
Aşırı otoriter tutumlar	4	49
Aşırı otoriter baba	1	9
Aşırı otoriter anne	10	25
Ebeveynler arasındaki tutarsız tutumlar	7	67
Erkek çocuğa pozitif ayrımcılık	6	2
Çocuğun yaşına uygun olmayan beklentiler		3
Çoklu bakım vermek	1	31

Şekil 47'deki disfonksiyonel çocuk yetiştirme stilleri kategorisine ait kod yoğunluğu tablosu incelendiğinde, çocuğa yönelik ihmal davranışları alt kategorisinin tanılı grubun ebeveynlerinde 151 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde yalnızca 3 kez kodlandığı görülmektedir. Bu alt kategorinin içinde kodlanan ilgisiz baba kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 147 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 10 kez kodlanmıştır. Yine

bu alt kategorinin içinde kodlanan ilgisiz anne kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 17 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde hiç kodlanmamıştır. Aşırı koruyucu tutumlar kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 103 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 20 kez kodlanmıştır. Sınırsız ve şımartıcı tutumlar kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 90 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 12 kez kodlanmıştır. Aşırı otoriter tutumlar alt kategorisi tanılı grubun ebeveynlerinde 83 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 15 kez kodlanmıştır. Bu alt kategorinin içinde kodlanan aşırı otoriter baba kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 9 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 1 kez kodlanmıştır. Yine bu alt kategorinin içinde kodlanan aşırı otoriter anne kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 25 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 10 kez kodlanmıştır. Ebeveynler arasında tutarsız tutumlar alt kategorisi tanılı grubun ebeveynlerinde 72 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 13 kez kodlanmıştır. Bu alt kategorinin içinde kodlanan erkek çocuğa pozitif ayrımcılık kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 2 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 6 kez kodlanmıştır. Yine bu alt kategorinin içinde kodlanan çocuğun yaşına uygun olmayan beklentiler kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 3 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde hiç kodlanmamıştır. Çoklu bakım vermek kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 31 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 1 kez kodlanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda, disfonksiyonel çocuk yetiştirme kategorisi altında yapılan kodlamaların büyük çoğunluğunun tanılı grubun ebeveynlerine ait olduğu görülmektedir. Bu kategori altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için bulgularda belirtilen kodlamalara örnek olması adına, katılımcılarla yapılan görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Kategori altında bulunan *"çocuğa yönelik ihmal davranışları"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 12.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

İş yaparken mesela açıyordum televizyonu. Pusetine koyuyordum. On aylıkken, dokuz aylıkken. Çizgi filim ya da reklamları izliyordu. Telefon tutmaya başlayınca telefon vermeye başladık. Oturup saatlerde izlerdi mesela. Onları çok yaptık. Yani maddi olarak istediğini verebildik ama manevi olarak…[P SEP] H… yalnız kaldı. Bir etkinliğimiz yoktu mesela. Hep birlikte oturalım da hadi etkinlik yapalım. Çok az nadirdir. Anaokulundan sonra bunlar olmaya tabi. Yapmaya başladık. O bana telefon, tablet verme diyor. Ama ben çocuğa tüm gün bakıyorum. Sende bakmıyorsan bende veriyorum durumu çok olmuştur. Akşamda çıkıyorsun diyorum. O zaman akşam çıkmayıp çocukla oturacaksın diyorum. Bende kendimi dinleyeceğim diyorum. Yani oğlumun bu şekilde olmasının bizimde etkimizin olduğunu düşünüyorum. Çok fazla ilgilenemedik. En başında ona daha çok ilgi gösterseydik, eğitim açısından daha iyi bir eğitim verebilseydik belki bu derece sınıra gelmezdi (Tanılı 12.A).

Disfonksiyonel çocuk yetiştirme kategorisi altında bulunan *"aşırı koruyucu tutumlar"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 1.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Titriyorum hocam. Hocam benim ki aşırı, benimki aşırı hocam. Ben kendi kendimi değiştiriyorum. Benim ki resmen şizofreni gibi hocam (aşırı, hastalık boyutunda demek istiyor). Mesela hastalanır, ben gece uyuyamam ter basar sıkıntıdan ya da hastalanacak diye tekrardan. Çünkü o sıkıntıları çektiğim için. Gece mesela yatarken halüsinasyonlar görüyorum acaba ateşi çıkacak mı, acaba hastalanacak mı diye? Hocam ben mesela terleyen bir insan değilim normalde ama o hastalandığı zaman beni ter basar. Yani dersiniz ki sanki 24 saat çalışmışım da hocam şuradan, şuradan ter başlar hastalandığı zaman. Çok düşkünüm hocam. Benim ki öyle böyle değil. İyi değil hocam aslında, hiç iyi değil. Hala da öyle geceleri yatamıyorum hocam ateşi çıkacak diye. Ortada hiçbir hastalık yokken bile aklıma geliyor, yalan yok.

Benimkisi çok aşırı, iyi değil aslında ama elimde değil hocam. Çok düşkünüm, acayip düşkünüm hocam. Ben böyle bilmezdim ya, samimi söylüyorum (Tanılı 1.B).

Disfonksiyonel çocuk yetiştirme kategorisi altında bulunan *"şımartıcı ve sınırsız tutumlar"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 4.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Çocukluk dönemi de öyleydi sürekli oyuncak isterdi sürekli alırdık, yani ne istiyorsa alıyorduk. Tabii onun rahatsızlığı da vardı onun da etkisi var. Yani çorabını bile biz giydiriyoruz. Okulda mesela tuvalete gitmek istemiyor pis diye bilmem ne diye biraz titiz çocuk. Tabii bu neden kaynaklanıyor biz böyle yetiştirdiğimiz için. Bizim çok fazla ilgi göstermemiz ve çok fazla korumamızla ilişkili. Her şeyi dediğim gibi… Biz hala çorabını giydiriyoruz, ayakkabısını giydiriyoruz, yemesini içmesini… Çorbasını içemiyor, annesi içiriyor yani bunlardan dolayı biz çocuğa bir şey öğretemedik aslında. Çocuğun çok fazla şeyi yok, asıl suç bizde aslında. Çünkü biz şey yaptığımız için yani çok korumacı olduğumuz için, her şeyi biz yapalım, aman şöyle yapalım, aman böyle yapalım. Çocuğa hiç sorumluluk vermedik, kendi hayatı ile ilgili bir sorumluluk vermedik. O yüzden şu an bu problemleri yaşıyoruz. Bunun çocuktan çok kaynaklı olduğunu düşünmüyorum. Bizden de kaynaklı olduğunu düşünüyorum (Tanılı 4.B).

Disfonksiyonel çocuk yetiştirme kategorisi altında bulunan *"aşırı otoriter tutumlar"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 6.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Benim E…'ye tepkilerim de yanlış mesela. Son bir iki senedir çok fark ediyorum. Mesela çocuk düştü, ben çocuğa kızıyorum. Sonra da akşam oturup oturup ağlıyorum. Çocuğu uyutuyorum, geçiyorum yanına o uyurken ağlıyorum. Ben böyle yapmamalıydım hatta bundan

belki bir iki ay önce de çok uzak değildir E…'yi dövdüm ben. Yok, oldu galiba 4-5 ay olmuştur. Ağlamakla beraber eşimi karşıma oturtturdum. Bir psikologmuş gibi kendi yanlışlarımı ona döktüm. Böyle bir hakkımın olmadığını işte yapmamam gerektiğini… Çok önceden bunun farkına vardım ama bu çocuk o an diyorum ki büyüyor ben nasıl… Annem beni döverdi hep ben çünkü yaramazlık yapardım, ben yaramazdım. Ağaçtan inmezdim ben mesela. Şey dedim yani bu çocuk yarın büyüyünce bunu hep hatırlayacak (Tanılı 6.A).

Disfonksiyonel çocuk yetiştirme kategorisi altında bulunan "*ebeveynler arasındaki tutarsız tutumlar"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 3.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Eşim nerede kızacağını ya da kızmayacağını ayarlamıyor. Kızılmayacak yerde kızıyor, kızılacak yerde tepkisini koymadığı için çocuklar ona karşı tutarsız davranıyorlar. O da çocuklara karşı bunlar benim sözümü dinlemiyor diye hissediyor. Evde otorite benim, çocuklar için bir şey olunca gelip bana soruyorlar. Ben de babalarına sormalarını istiyorum o da nerede duracağını kestiremediği için çocuklara tutarsız davranıyor. O konuda sıkıntı yaşıyoruz. Evet, hayır konusu mesela. Evet denilecek yerde demiyor, denilmeyecek yerde o kadar serbest bırakıyor ki çocukları o anlamda sıkıntıdayız mesela, sıkıntı yaşıyoruz. Hani onu da anlamaya çalıştım baya bir zaman ama çok yıpratıcı oldu benim için. Çünkü benim ne demek istediğimi anlamıyor karşı taraf. Çocuk gelir mesela arkadaşından habersizce bir şey yapsa aniden bir tepki gösterir çocuğa. O an Z…'nin ona ihtiyacı var ama o tepkiyle püskürtür çocuğu. Bende bunlara sinir oluyorum işte. Böyle olunca çatışma yaşıyoruz evde (Tanılı 3.A).

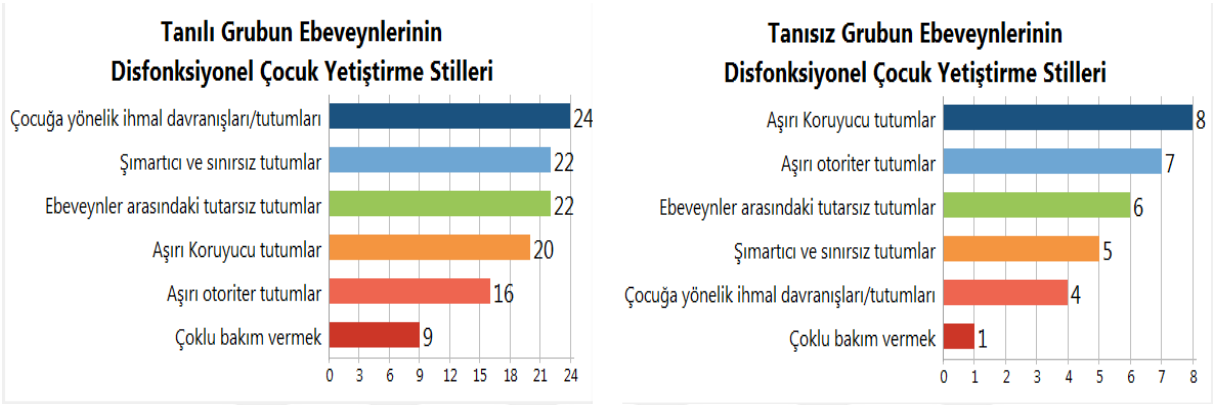
Disfonksiyonel çocuk yetiştirme kategorisi altında bulunan *"çoklu bakım vermek"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 13.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Ailenin ilk torunu olması sebebiyle… Aile binasında oturuyoruz; annem, babam alt katta oturuyor, üst kattayım. Üzerinde bir hâkimiyet tam manasıyla hani şey olmadığı için hep bir alternatif oluyordu. Baba kızdığı zaman anne, anne kızdığı zaman… Babaanneden dedeye, dededen halaya, amcaya… Hani böyle… Hayır, bu kadar cips yiyemezsin, çikolata yiyemezsin dediğimizde, eve almadığımızda; alt kata inip, dedesiyle bakkala gidip gelmiş, cipsler alınmış, şeyler alınmış yine. Hani baba karışma dediğinde şey olmuyor. Öyle olunca bir şey yapamadık tabii (Tanılı 13.B).

Disfonksiyonel çocuk yetiştirme kategorisi altında çocuğa yönelik ihmal davranışları/tutumları, aşırı koruyucu tutumlar, şımartıcı ve sınırsız tutumlar, aşırı otoriter tutumlar, ebeveynler arasındaki tutarsız tutumlar ve çoklu bakım vermek gibi alt kategorilerin ve kodlamaların görüşme belgelerindeki durumları incelenmiştir. Bu kodlamaların belge sayısına göre dağılımını gösteren Şekil 46'daki grafik incelendiğinde, çocuğa yönelik ihmal davranışları/tutumları alt kategorisi tanılı çocukların ebeveynlerinin 30'u tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 4'ü bu kategorideki kodları ifade etmiştir. Aşırı koruyucu tutumlar alt kategorisi tanılı çocukların ebeveynlerinin 20'si tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 8'i bu alt kategorideki kodları ifade etmiştir. Şımartıcı ve sınırsız tutumlar kodu tanılı çocukların ebeveynlerinin 22'si tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 5'i bu kodu ifade etmiştir. Aşırı otoriter tutumlar kodu tanılı çocukların ebeveynlerinin 16'sı tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 7'si bu kodu ifade etmiştir. Ebeveynler arasındaki tutarsız tutumlar kodu tanılı çocukların ebeveynlerinin 22'si tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 6'sı bu kodu ifade etmiştir.

Çoklu bakım vermek kodu tanılı çocukların ebeveynlerinin 9'u tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin yalnızca 1'i bu kodu ifade etmiştir. Şekil 48'deki grafik incelendiğinde disfonksiyonel çocuk yetiştirme kategorisi altındaki tüm ifadelerin tanısız gruba kıyasla çok daha fazla tanılı grubun ebeveyni tarafından ifade edildiği görülmektedir.

Şekil 48. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Disfonksiyonel Çocuk Yetiştirme Stilleri*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



4.2.6.2. Ebeveynlik Çatışmaları ve Rol Karmaşaları Kategorisine Ait Bulgular

Disfonksiyonel aile özellikleri temasının en çok kodlanan ikinci kategorisi ebeveynlik çatışmaları ve rol karmaşaları kategorisi olmuştur. Bu kategori içerisinde ise eşler arasındaki ebeveynlik çatışmaları alt kategorisi 274 kez kodlanarak en çok kodlanan alt kategori olmuştur. Bu alt kategori içerisinde tanımlanan eşi ebeveynlik konusunda yetersiz bulmak kodu ise 87 kez kodlanmıştır. Üst ebeveynler ile ebeveynler arasındaki rol karmaşaları kodu ise 27 kez kodlanmıştır. Şekil 49'da ebeveynlik çatışmaları ve rol karmaşaları kategorisine ait alt kategori ve kodlamaların tanılı ve tanısız grup ebeveyn gruplarındaki yoğunluğuna ilişki bulgulara yer verilmiştir.

Şekil 49. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Ebeveynlik Çatışmaları ve Rol Karmaşaları*" Kategorisine İlişkin Kodlamalarının Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Disfonksiyonel Aile Özellikleri	61	721
Ebeveynlik çatışmaları ve rol karmaşası	19	197
Eşler arasındaki ebeveynlik çatışmaları	18	169
Eşi yetersiz bulmak_Ebeveynlik konusunda	16	71
Üst ebeveynlik-ebeveynlik arasındaki rol karmaşaları	1	26

Şekil 49'daki ebeveynlik çatışmaları ve rol karmaşaları kategorisine ait kod yoğunluğu tablosu incelendiğinde, eşler arasındaki ebeveynlik çatışmaları alt kategorisinin tanılı grubun ebeveynlerinde 169 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde yalnızca 18 kez kodlandığı görülmektedir. Bu alt kategorinin içinde kodlanan ebeveynlik konusunda eşi yetersiz bulmak kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 71 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 16 kez kodlanmıştır. Üst ebeveynlerle ebeveyn arasındaki rol karmaşaları kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 26 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 1 kez kodlanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, ebeveynlik çatışmaları ve rol karmaşaları kategorisi altında yapılan kodlamaların çok büyük çoğunluğunun tanılı grubun ebeveynlerine ait olduğu görülmektedir. Bu kategori altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için bulgularda belirtilen kodlamalara örnek olması adına, katılımcılarla yapılan görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Kategori altında bulunan *"eşler arasındaki ebeveynlik çatışmaları"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 11.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Çok karışmıyor eşim. Nasıl desem hani sıkıştığı noktada da biraz eleştiri noktasında bağırıyor çocuklara. Onun dışında yani çok karışmıyor desem daha doğru olur. Şimdi hani benim de kurallarım vardır. Saat 14.40'ta okuldan alırım eve gider. 17.00'de kardeşini alıyoruz okuldan. 17.00'e kadar ödevlerini bitirir. Ama mesela bugün ben olmamış olsaydım annesi mesela evde olmuş olsaydı 14.40'ta o almış olsaydı mesela o bırakırdı çocuğu, çocukta

televizyon seyrederdi. Bu sefer gerçekten rahatsız edici bir durum olduğunda öfkelenip dozu yüksek bir şekilde müdahale ediyor, bağırarak vs. (Tanılı 11.B)

Ebeveynlik çatışmaları ve rol karmaşaları kategorisi altında bulunan *"ebeveynlik konusunda eşi yetersiz bulmak"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 15.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

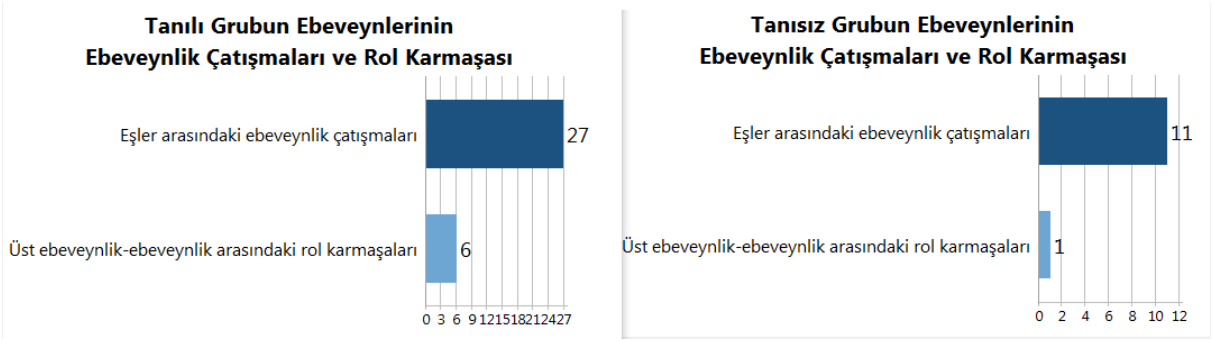
Ben şu anda A…'ya çok fazla yardımcı olamıyorum. Model olarak öyle bir baba yok. Yalvardım yakardım, lütfen yarım saat şu çocukla telefonu bırak ve kaliteli vakit geçir diye. Bir gün kitap oku, oyun oyna, etkinlik yap ve nasihat ver. Bu çocuğun babadan gördüğü sadece o. İşi gider, gelir telefon. Öyle espri yapayım, bir yerlere gidelim, bir bardak çay içelim lüksünü de istemiyorum. Yani hiç o kadar etkisiz bir insan yani. Ben diyorum ki çocuğun için bir iki saatlik orda ol diyorum. Birileri seferber oluyor. Orda olmamız gerekiyor yani benim için değil, çocuğun için. Gelemem diyor. Gerekirse telefonla konuşurum diyor ama gelemem diyor. Sosyal bir insan değil. Bir gününü anlatayım size. İşe gider gelir. Telefonu elinden düşmez. Ben demesem hiçbir şey yapacağı yok yani. (Tanılı 15.A).

Ebeveynlik çatışmaları ve rol karmaşaları kategorisi altında bulunan "*üst ebeveynlerle ebeveyn arasındaki rol karmaşaları"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 11.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Çocuğu yıkayamadım mesela annem varsa banyosunu annem yaptırdı. Yani sen yapamazsın, sen edemezsin, senden olmaz, sen nasıl annesin falan falan. Şöyle söyleyeyim size, mesela ben halini hatırını sormak için bile aradığımda her gün şu hesabı vermek zorundaydım, çocuklara yemek ne yaptın? Yani o düşünmeyince siz annelik yapamıyorsunuz gibi bir durum var. Yani hani belirli bir noktadan sonra şey diyorlardı; sen nasıl annesin, nasıl şeysin? Çünkü hani yer kalmıyordu ki bana o pozisyon hiç açılmıyordu bana. (Tanılı 11.A).

Ebeveynlik çatışmaları ve rol karmaşaları kategorisi altında eşler arasındaki ebeveynlik çatışmaları, ebeveynlik konusunda eşi yetersiz bulmak ve üst ebeveynlerle ebeveyn arasındaki rol karmaşaları gibi alt kategorilerin ve kodlamaların görüşme belgelerindeki durumları incelenmiştir. Bu kodlamaların belge sayısına göre dağılımını gösteren Şekil 50'deki grafik incelendiğinde, eşler arasındaki ebeveynlik çatışmaları alt kategorisi tanılı çocukların ebeveynlerinin 27'si tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 11'i bu alt kategori altındaki kodları ifade etmiştir. Üst ebeveynler ile ebeveynler arasındaki rol karmaşaları kodu tanılı çocukların ebeveynlerinin 6'sı tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 1'i bu kodu ifade etmiştir. Şekil 50'deki grafikte ebeveynlik çatışmaları ve rol karmaşaları kategorisi altındaki tüm ifadelerin tanısız gruba kıyasla çok daha fazla tanılı grubun ebeveyni tarafından ifade edildiği görülmektedir.

Şekil 50. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Disfonksiyonel Çocuk Yetiştirme Stilleri*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



4.2.6.3. Eşlerin Çatışmaları ve İletişim Problemleri Kategorisine Ait Bulgular

Disfonksiyonel aile özellikleri temasının en çok kodlanan üçüncü kategorisi eşlerin çatışmaları ve iletişim problemleri kategorisi olmuştur. Bu kategori içerisinde, eşlerin birbirini suçlamaları kodu 76 kez kodlanarak en çok kodlanan kod grubu olmuştur. Diğer kod grupları ise sırasıyla, eşlerin boşanma düşünceleri/eşten ayrı kalmak kodu 28 kez, ekonomik sorunlar

kodu 27 kez, ebeveynlerin teknoloji kötü kullanımı kodu 13 kez ve evlilikte sadakatsizlik kodu 6 kez şeklinde kodlanmıştır. Şekil 51'de eşlerin çatışmaları ve iletişim problemleri kategorisinde yapılan kodlamaların tanılı ve tanısız grupların ebeveynleri arasındaki yoğunluğuna ilişki bulgulara yer verilmiştir.

Şekil 51. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Eşlerin Çatışmaları ve İletişim Problemleri*" Kategorisine İlişkin Kodlamalarının Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Disfonksiyonel Aile Özellikleri	61	721
Eşlerin çatışmaları ve iletişim problemleri	21	237
Eşlerin birbirini suçlamaları	2	74
Eşlerin Boşanma düşünceleri/Ayrı kalması		28
Ekonomik sorunlar	2	25
Ebeveynlerin teknoloji kötü kullanımı		13
Evlilikte Sadakatsizlik		6

Şekil 51'deki eşlerin çatışmaları ve iletişim problemleri kategorisine ait kod yoğunluğu tablosu incelendiğinde, eşlerin birbirini suçlamaları tanılı grubun ebeveynlerinde 74 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde yalnızca 2 kez kodlandığı görülmektedir. Ekonomik sorunlar kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 25 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 2 kez kodlanmıştır. Eşlerin boşanma düşünceleri/ayrı kalmaları, ebeveynlerin teknolojiyi kötü kullanımı ve evlilikte sadakatsizlik kodları tanılı grubun ebeveynlerinde sırasıyla 28 kez, 13 kez ve 6 ez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde bu kodlar hiç kodlanmamıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, eşlerin çatışmaları ve iletişim problemleri kategorisi altında yapılan kodlamaların çok büyük çoğunluğunun tanılı grubun ebeveynlerine ait olduğu görülmektedir. Bu kategori altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için bulgularda belirtilen kodlamalara örnek olması adına, katılımcılarla yapılan görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Kategori altında bulunan *"eşlerin birbirini suçlamaları"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 15.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Ve tek başıma çırpınıyorum gibi hissediyorum yani. Yani biz eşimle de çok uyumlu değiliz. Hatalar yaptı fakat o hataları hiç düzeltmeye çalışmadı. Şey alışkanlığı vardı. Yani iddia olayı vardı. Spor, maç falan. Bunlar vardı. Bunlara devam etti. Çok kayıplar oldu. Birçok kayıp oldu. Araba vardı, gitti. Ev parası kadar vardı, o da gitti. Takılarım vardı gitti. Ben A…'ya bez almak için alyansımı bozdurduğumu bilirim yani. Öyle anlar yaşadık (Tanılı 15.A).

Eşlerin çatışmaları ve iletişim problemleri kategorisi altında bulunan *"eşlerin boşanma düşünceleri/ayrı kalmaları"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 10.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Çocuklarıma çok aşırı derecede… belki eşimden de ayrılabilirdim ama çocuklarıma aşırı derecede düşkün olduğum için o beni hep tuttu yani her yönden. Çocuklar için devam ettirdim. Ama gerçekten çocuklarımı çok sevdiğim için ben öyle düşünüyorum. Onları çok düşündüğüm için biz bir de babasız büyüdük yani. Biraz ne diyeyim yani o yokluğu her şeyi yaşadığım için yani istedim ki çocuklarım onu yaşamasın yani. Eşim, asla çalışmamazlık yapan bir insan değil. İnanın ki ben onu tanıdım tanıyalı hiç kaçırmadı 7/24 çalışan bir insandı ama bize maddi açıdan çok sıkıntı yaşattı. Bu hep böyle sürdü gitti. Ta ki eşime anlatana kadar. Bunu ben hata yapmışım diyene kadar devam etti. Yani şu anda, şu an olsak çocuklar büyük şu an yapsa aynı şeyleri, inan ki çekmem yani. Büyük konuşmayım Allah'ım, tövbe yani inan ki insan bir yere kadar (Tanılı 10.A)

Eşlerin çatışmaları ve iletişim problemleri kategorisindeki *"ekonomik sorunlar"* koduna örnek olması açısından (Tanısız 7.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Zaman zaman maddi sıkıntılar oldu, ailevi problemimiz de oldu. Ama bunu çocuklar konusunda en hafife indirerek ya da bazı şeyleri çok küçüklük dönemlerinde, onlara

yansıtmayarak, bir şeyleri farklı değiştirip göstererek üstesinden geldik çoğu şeyin (Tanısız 7.A).

Eşlerin çatışmaları ve iletişim problemleri kategorisindeki *"ebeveynlerin teknolojiyi kötü kullanımı"* koduna örnek olarak (Tanılı 7.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Şimdi şöyle bir şey babamız bizim çok geç yatar. Sabaha kadar oyun… Biraz oyunla alakalı bir sıkıntımız vardı, yani o dönemler çok bilgisayar oyunlarıyla falan. Ama şeye karşı dediğim gibi baba da hem telefon bağımlılığı hem de bilgisayar oyunlara karşı bir bağımlılık vardı. O yüzden de çocuğun telefona bir şeyi vardı yani, sürekli istiyordu yani. Hani zaten babası da veriyordu benim en çok kızdığım şey. Çevresel faktörlerin de bazı şeylerin çocukları ittiğini düşünüyorum yani. Ama bazen sizin elinizden bir şey gelmeyebiliyor. Yani o şeyleri yok edemiyorsunuz. Mesela şu anda da hala öyle, bir babanın elinde sürekli bir telefon varken çocuğunuza bırak o telefonu işte kısıtlayabiliyorsunuz ama 'bırak o telefonu' diyemiyorsunuz. Tam anlamıyla yasaklayamıyorsunuz, zaten olmaz. Eskiden beri var bu sorun. Ben evlendim playstation vardı. Playstatiton oynuyordu hatta çocuk sallarken bile playstation oynuyordu. Sonra internet kafeler açıldı. İnternet kafelerde bu oyunlar var ya, online oyunlar vardı, onları oynuyordu. Sonra işte ondan kurtulduk. Telefon var, nasıl olsa telefonda şu anda. Gözünde gözlük oturur köşede, babam ne yapıyor bile demene gerek yok. Baba orada oturur, sürekli oyun oynar (Tanılı 7.A).

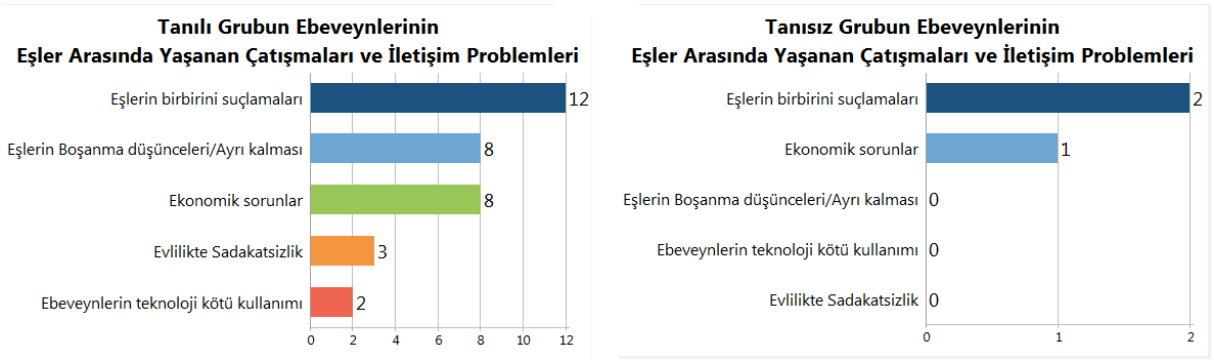
Eşlerin çatışmaları ve iletişim problemleri kategorisi altında bulunan *"evlilikte sadakatsizlik"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 4.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Okyanusta yüzdük yüzdük, her şey normale döndü işte o saatten sonra aramızda bir problem yaşadık ve ayrılmak zorunda kaldık yani. Benlik bir hata oldu, tabii ben de o arada

boşluğa düşmüş de olabilirim o kadar çok sıkıntı yaşadıktan sonra. Yani şöyle nasıl anlatayım… ben eşimi aldattım, o yüzden ayrıldık. Yani güven problemi yaşıyoruz, hala yaşıyoruz. 4 yıl oldu yani geçti 2 yıldır beraber desek, barıştık. Biz sürekli güven problemi yaşıyoruz (Tanılı 4.B).

Eşlerin çatışmaları ve iletişim problemleri kategorisi altında eşlerin birbirini suçlamaları, ekonomik sorunlar, eşlerin boşanma düşünceleri/ayrı kalmaları, ebeveynlerin teknolojiyi kötü kullanımı ve evlilikte sadakatsizlik gibi kodlamaların görüşme belgelerindeki durumları incelenmiştir. Bu kodlamaların belge sayısına göre dağılımını gösteren Şekil 52'deki grafik incelendiğinde, eşlerin birbirlerini suçlamaları kodu tanılı çocukların ebeveynlerinin 12'si tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 2'si bu kodu ifade etmiştir. Ekonomik sorunlar kodu tanılı çocukların ebeveynlerinin 8'i tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 1'i bu kodu ifade etmiştir. Eşlerin boşanma düşünceleri/ayrı kalmaları 8, evlilikte sadakatsizlik 3 ve ebeveynlerin teknolojiyi kötü kullanımı kodlamaları 2 tanılı grup çocukların 2 farklı ebeveyni tarafından ifade edilirken, bu kodlar hiçbir tanısız çocuğun ebeveyni tarafından ifade edilmemiştir. Şekil 52'deki grafikte bu kategorideki tüm ifadelerin tanısız gruba kıyasla çok daha fazla tanılı grubun ebeveyni tarafından ifade edildiği görülmektedir.

Şekil 52. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Eşlerin Çatışmaları ve İletişim Problemleri*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



4.2.6.4. Diğer Aile Üyelerine Karşı Olumsuz Tutumlar Kategorisine Ait Bulgular

Disfonksiyonel aile özellikleri temasının dördüncü kategorisi diğer aile üyelerine karşı olumsuz tutumlar kategorisi olmuştur. Bu kategori içerisinde aile içi şiddet alt kategorisi 114 kez kodlanarak en çok kodlanan kod grubu olmuştur. Aile içi şiddet alt kategorisi altında tanımlanan duygusal şiddet kodu 17 kez, fiziksel şiddet kodu ise 35 kez kodlanmıştır. Diğer kod grupları ise sırasıyla, ebeveynin eşinin köken ailesiyle uyumsuz ilişkisi kodu 98 kez ve ebeveynin kendi köken aile üyeleriyle uyumsuz ilişkisi kodu ise 45 kez kodlanmıştır. Şekil 53'de diğer aile üyelerine karşı olumsuz tutumlar kategorisinde yapılan kodlamaların tanılı ve tanısız grup çocukların ebeveynler arasındaki yoğunluğuna ilişki bulgulara yer verilmiştir.

Şekil 53. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Diğer Aile Üyelerine Karşı Olumsuz Tutumlar*" Kategorisine İlişkin Kodlamalarının Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Disfonksiyonel Aile Özellikleri	61	721
Diğer aile üyelerine karşı olumsuz tutumlar		
Aile içi şiddet	3	59
Duygusal şiddet	1	16
Fiziksel şiddet	1	34
Ebeveynin eşin köken ailesiyle uyumsuz ilişkisi	6	92
Ebeveynin kendi köken aile üyeleriyle uyumsuz ilişkisi	2	43

Şekil 53'deki diğer aile üyelerine karşı olumsuz tutumlar kategorisine ait kod yoğunluğu tablosu incelendiğinde, aile içi şiddet alt kategorisinin tanılı grubun ebeveynlerinde 59 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde yalnızca 3 kez kodlandığı görülmektedir. Bu alt kategori içerisinde tanımlanan duygusal şiddet kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 16 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 1 kez, fiziksel şiddet kodu ise tanılı grubun ebeveynlerinde 34 kez, tanısız grubun ebeveynlerinde 1 kez kodlanmıştır. Ebeveynin eşinin köken ailesinin üyeleriyle uyumsuz ilişkisi kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 92 kez kodlanırken, tanısız grubun ebeveynlerinde 6 kez kodlanmıştır. Son olarak ebeveynin kendi

köken ailesinin üyeleriyle uyumsuz ilişkisi kodu ise tanılı grubun ebeveynlerinde 43 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 2 kez kodlanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, diğer aile üyelerine karşı olumsuz tutumlar kategorisi altında yapılan kodlamaların çok büyük kısmının tanılı grubun ebeveynlerine ait olduğu görülmektedir. Bu kategori altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için bulgularda belirtilen kodlamalara örnek olması adına, katılımcılarla yapılan görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Kategori altında bulunan "aile içi şiddet" kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 9.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

O bazen oluyor hocam. Yani bazen diyorum ki oturun yerinize. Bazen rahatsız oluyorum yani bağırıyorum. Vurmuyorum yani bağırma sadece. Ama eşim bazen vuruyor. Ben bazen kızıyorum vurma diyorum (Tanılı 9.B)

Diğer aile üyelerine karşı olumsuz tutumlar kategorisi altında bulunan *"ebeveynin eşinin köken ailesinin üyeleriyle uyumsuz ilişkileri"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 7.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Babam hastaydı ve Ankara'da yatıyordu, annem ve tüm ailem de oradaydı. Bir tek ben gidemedim. Babamla konuştum, babam çocuklarını emanet edip, kimseye bırakıp gelme ölürsem ölürüm dedi yani. Bu babamla son konuşmamız oldu. Ben dedim ki gitmek istiyorum. Kayınvalidem demişti ki o zaman -sofradaydık çok iyi hatırlıyorum- dedi ki durumu iyi değilmiş dedi. Parasal yönden de durumumuz iyi değil dedi. Şimdi herhalde bir şey olacaktır dedi, sen en iyisi Ankara'ya gideceğine doğrudan memleketine gidersin dedi. Yani vefat ederken masraf olmasın sen oraya gitme, iki yolculuk yapma yani… İşte diyorum yani neyin içine düştünüz, neyin böyle gerçekten hala… (ağlıyor) ay çok özür dilerim yani böyle şeyler konuşuyorum ve benim bilmiyorum… Yani öyle bir şey söyledi yani ben çok öfkelendim nasıl bir şey dedim yani

bu nasıl bir şey? Bu nasıl bir düşünce tarzı? Gerçekten de yola çıktım yarı yolda babam vefat etti, gidemedim. O kadar üzgünüm ki yani anlatamam (Tanılı 7.A).

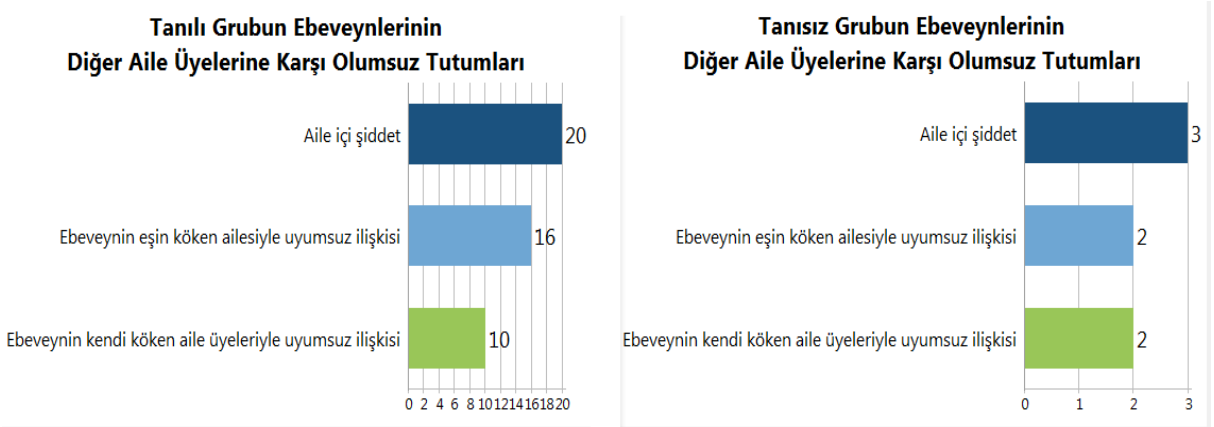
Diğer aile üyelerine karşı olumsuz tutumlar kategorisi altında bulunan "*ebeveynin eşinin köken ailesinin üyeleriyle uyumsuz ilişkileri"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 10.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Bir de bu işte abimin gölgesinde kalmaktan dolayı işte… Mesela evlendikten sonra abimin suyuna çok gittiler. Onun suyuna çok gittiler. Onun dedikleri, yaptıkları doğru hesabı işte. Bu da ister istemez bana da yansıdı. Aileme yansıdı, eşime daha çok yansıdı. Abimin düğünüyle benim düğünümde bile her şey çok daha farklı yapıldı. Yani ben evi alırken benim maaş aldığım bankaya babama kefil olur musun dedim, para çekeceğim, peşinatı yatıracağım dedim. Kefil olmadı, tamam bakayım edeyim dedi. Sonra tahminimce abimle konuşmuş, ondan sonra kefil olmadı. Yani o benim çok ağrıma gitti. Evlilik ile ilgili problemlerden çıkamayınca babama anneme dedim yani sizin benim evime gelmenizi istemiyorum diye. Olmuyor yani babamdan olayı bir sıkıntım yoktu aslında benim ama işte annem çok farklı şey mesela annem problem çıkarıyordu. Mesela E…'nin hastalık olayında falan bir kere arayıp… Yani insan böyle daralanınca anne babadan destek istiyor. Ya aradığında işte ben de çocuğu doktora götürdüm falan konuşma sırasında. Neyi var diyor. Ya falan çocuğu da öyleydi düzelir geçer diyor mesela annem. Yani en büyük suç abimin ve annemin diyeyim. Çok farklı yani arkamdan çok iş çevirdiler. Ondan sonra ben arada kaldım onların şeyinde. Yani ev aldım, bana abim hayırlı olsun diyeceğine nasıl ödeyeceksin dedi. Yani bir hayırlı olsun bile demedi. Mesela babam arayıp işte bizim elimizde yok, bize güvenerek girmeyin gibisinden konuştu. Şimdi annem burada mesela kız kardeşimde kalıyor. Çocukları birkaç kere istedi hani, getiremem anne kusura bakma dedim. Senin torunların yukarıda, sen torunların değil bunlar dedim. O da bir

şey demedi. Eşim de bana götür, sen götürme yok götür diye hayatta demez yani. Gitmek istemiyordum yani içimden gelmiyor (Tanılı 10.B).

Diğer aile üyelerine karşı olumsuz tutumlar kategorisi altında aile içi şiddet, ebeveynin eşin köken ailesiyle uyumsuz ilişkisi ve ebeveynin eşinin köken ailesinin üyeleriyle uyumsuz ilişkileri gibi kodlamaların görüşme belgelerindeki durumları incelenmiştir. Bu kodlamaların belge sayısına göre dağılımını gösteren Şekil 54'deki grafik incelendiğinde, aile içi şiddet kodu tanılı grubun ebeveynlerinin 20'si tarafından ifade edilirken, tanısız grubun ebeveynlerinin 3'ü bu kodu ifade etmiştir. Ebeveynin eşin köken ailesiyle uyumsuz ilişkisi kodu tanılı grubun ebeveynlerinin 16'sı tarafından ifade edilirken, tanısız grubun ebeveynlerinin 2'si bu kodu ifade etmiştir. Ebeveynin kendi köken ailesinin üyeleriyle uyumsuz ilişkileri kodu tanılı grubun ebeveynlerinin 10'u tarafından ifade edilirken, tanısız grubun ebeveynlerinin 2'si bu kodu ifade etmiştir. Şekil 54'deki grafik incelendiğinde bu kategori tüm ifadelerin tanısız grubun ebeveynlerine kıyasla çok daha fazla sayıda tanılı grubun ebeveyni tarafından ifade edildiği görülmektedir.

Şekil 54. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Diğer Aile Üyelerine Karşı Olumsuz Tutumlar*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



4.2.6.5. Ebeveynlerin Yaşadığı Ruhsal Sorunlar Kategorisine Ait Bulgular

Disfonksiyonel aile özellikleri temasının beşinci kategorisi ebeveynlerin yaşadığı ruhsal sorunlar kategorisi olmuştur. Bu kategori içerisinde babaların yaşadığı ruhsal sorunlar 37 kez, annelerin yaşadığı ruhsal sorunlar 34 kez kodlanmıştır. Babanın yaşadığı ruhsal sorunların altında madde kullanımı kodu da 5 kez kodlanmıştır. Şekil 55'de ebeveynlerin yaşadığı ruhsal sorunlar kategorisinde yapılan kodlamaların tanılı ve tanısız grup ebeveyn gruplarındaki yoğunluğuna ilişki bulgulara yer verilmiştir.

Şekil 55. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Ruhsal Sorunlar*" Kategorisine İlişkin Kodlamalarının Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Disfonksiyonel Aile Özellikleri	61	721
Ebeveynlerin yaşadığı ruhsal sorunlar	1	65
Babanın ruhsal sorunları		32
Madde Kullanımı		5
Annenin ruhsal sorunları		34

Şekil 55'deki ebeveynlerin yaşadığı ruhsal sorunlar kategorisine ait kod yoğunluğu tablosu incelendiğinde, babanın ruhsal sorunları kodunun tanılı grubun ebeveynlerinde 37 kez, annenin yaşadığı ruhsal sorunlar kodu ise tanılı grubun ebeveynlerinde 34 kez kodlanırken, bu kodlar tanısız grubun ebeveynlerinde hiç kodlanmamıştır. Bu kategorinin analiz sonuçları, tanısız grubun ebeveynlerinin 1 tek kod hariç ruhsal sorun bildirmediğini gösterirken tanılı grubun ebeveynlerinde ise 65 kodlamayla ebeveynlerin ruhsal sorunlarının varlığını göstermektedir. Bu kategori altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için, bulgularda belirtilen kodlamalara örnek olması adına, katılımcılarla yapılan görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Kategori altında bulunan *"babaların ruhsal sorunları"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 15.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Yaşadığım hastalık beni çok yıprattı, herhalde her insanı oldukça yıpratırdı. 3 ay boyunca etrafımdan da bir destek göremeyince eşim tek başına kaldı tabi ki. Bu beni daha kötü etkiledi. Bundan çıkınca da tabii normal hayatımıza geri döndük şükürler olsun ama o dönemlerde ciddi anlamda ciddi sorunlar yaşadık. Yani şöyle söyleyeyim ben o rahatsızlığı geçirdiğim zaman bana ek antidepresan kullandırdılar. Efexor kullandım. Yaklaşık 10-12 yıl oldu o hastalığı atlatalı ama hala o efexoru bırakamadım. Çünkü onu bıraktığım zaman vücutta bir dengesizlik oluyor. Bir titreme falan geliyor. Ben doktorla da onu görüştüm, bırakma şansın yok belki zamanla azaltabilirsin dedi. Belki de bir takıntı haline geldi onu bırakamıyorum. Onunla birlikte yaşam sürdürüyorum açıkçası. Yani tedirginlik çok fazla oluyor bende. İlacı bıraktığım zaman tedirginlik oluyor. Vücudumda tabi ki o anın etkisiyle büyük ihtimalle. Vücutta bir halsizlik, sersemlik bir kaygı oluyor. Onu içtiğin zaman rahatlıyorsunuz, yaşantım normale dönüyor. Her sabah mutlaka içiyorum (Tanılı 15.B).

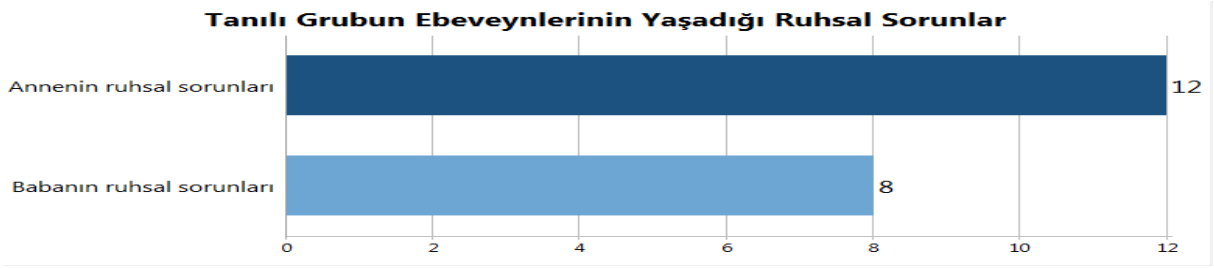
Ebeveynlerin yaşadığı ruhsal sorunlar kategorisi altında bulunan *"annelerin ruhsal sorunları"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 7.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Sadece benim öfkelendiğim şey yok sayılmak, sonra zaten ben çalışıyordum. Eve zaten ben bakıyordum, o zaman E… yoktu. 2 çocuk işte, elimden geldiğince, gerçekten 7 gün çalıştım. Ben 6 gün çalışıyordum, bir gün de başka yerde çalışıyordum. O şekilde yani çocukların ihtiyaçlarını… Eşim de yok gibi bir şeydi yani. Yani biraz mücadele verdim. Kendi içimde yorgunluklarım, böyle şeylerim var ama şöyle diyeyim, ben o zamanlar hiçbir şey hissetmiyormuşum. Mesela var olan şeyleri hissetmiyordum. Yani bir şey içindeydim, bir koşuşturmanın, mücadelenin içindeydim. Ama şu anda ben şeyim, tedavi görüyorum. Aslında inanılmaz kötü durumdayım yani hiç bu noktaya gelebileceğimi tahmin etmezdim. Depresyon

tedavisi görüyorum, ilaç kullanıyorum yani. Artık bir zaman sonra ben de patlamaları oldu. Sürekli ağlama, öfke patlamaları… Aslında şey… Doktorumun dediği, depresyon anlattığı kadarıyla çok uzun zamandır aslında ben bununla boğuşuyorum da ben farkında değilim. O yüzden de şu anda bir türlü ayağa kalkamıyorum yani, uzun zamandır (Tanılı 7.A).

Ebeveynlerin yaşadığı ruhsal sorunlar kategorisi altında babaların yaşadığı ruhsal sorunlar ve annelerin yaşadığı ruhsal sorunlar olarak tanımlanan kodlamaların görüşme belgelerindeki durumları incelenmiştir. Bu kategori altında yapılan kodlamaların tamamı tanılı grubun ebeveynlerine aittir. Bu kodlamaların belge sayısına göre dağılımını gösteren Şekil 56'daki grafik incelendiğinde, annelerin yaşadığı ruhsal sorunlar kodu tanılı grubun ebeveynlerinin 12'si tarafından ifade edilirken, babaların yaşadığı ruhsal sorunlar kodu tanılı grubun ebeveynlerinin 8'i tarafından ifade edilmiştir. Şekil 56'daki grafikte tanılı grubun ebeveynlerinin bir çoğunun ruhsal sorunlarla mücadele ettiği görülürken, tanısız grubun ebeveynlerinin ruhsal sorun bildirilmemesi dikkat çekici bir bulgu olarak görülmektedir.

Şekil 56. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin "*Diğer Aile Üyelerine Karşı Olumsuz Tutumlar*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



4.2.6.6. Çocuk Büyütme Sürecinde Eşlerin Birbirini Desteklememesi Kategorisine Ait Bulgular

Disfonksiyonel aile özellikleri temasının altıncı kategorisi çocuk büyütme sürecinde eşlerin birbirini desteklememesi kategorisi olmuştur. Bu kategori içerisinde annenin babayı desteklememesi 9 kez, babanın anneyi desteklememesi 45 kez kodlanmıştır. Şekil 57'de çocuk

büyütme sürecinde eşlerin birbirini desteklememesi kategorisinde yapılan kodlamaların tanılı ve tanısız grup ebeveyn gruplarındaki yoğunluğuna ilişki bulgulara yer verilmiştir.

Şekil 57. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Çocuk Büyütme Sürecinde Eşlerin Birbirini Desteklememesi*" Kategorisine İlişkin Kodlamalarının Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Disfonksiyonel Aile Özellikleri	61	721
Çocuk büyütme sürecinde eşlerin birbirini desteklememesi	1	74
Annenin babayı desteklememesi		9
Babanın anneyi desteklememesi		45

Şekil 57'deki çocuk büyütme sürecinde eşlerin birbirini desteklememesi kategorisine ait kod yoğunluğu tablosu incelendiğinde, annenin babayı desteklememesi kodunun tanılı grubun ebeveynlerinde 9 kez, babanın anneyi desteklememesi kodu ise tanılı grubun ebeveynlerinde 45 kez kodlanırken, bu kodlar tanısız grubun ebeveynlerinde hiç kodlanmamıştır. Bu kategorinin analiz sonuçları, tanısız grubun ebeveynlerinin 1 tek genel kod hariç eşlerin birbirlerini desteklememe ifadesi bildirmediğini gösterirken tanılı grubun ebeveynlerinde ise 128 kodlamayla ebeveynlerin birbirlerini desteklememe sorunu varlığını göstermektedir. Bu kategori altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için, bulgularda belirtilen kodlamalara örnek olması adına, katılımcılarla yapılan görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Kategori altında bulunan *"annenin babayı desteklememesi"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 11.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

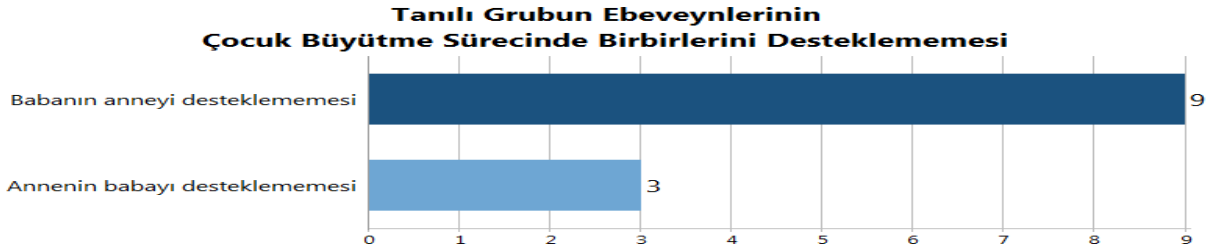
Biz çocukken babam sürekli çalışıyordu. Annemin yanındaydı. Annem her şeyimi idare edebildiği kadar hani okula götür getir veya hani ne bileyim veli toplantılarına bile annem gelirdi, babam gelemezdi çoğu zaman. Şimdi tam tersi her şey ile ben ilgileniyorum %99'yla, eşim çoğu şeyle ilgilenmiyor (Tanılı 11.B).

Çocuk büyütme sürecinde eşlerin birbirlerini desteklememesi kategorisi altında bulunan *"babanın anneyi desteklememesi"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 14.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Benim eşim çok iyi bir insan aslında, gerçekten özünde çok iyi bir insan. Asla kimseye zarar veremeyecek, kimseyi kıramayacak bir insan. Ama hep böyle… Ben kırılayım aman karşımdaki insanları kırmayayım. Gerçekten yeri geldiği zaman, hep kendin kırılmaktansa bazen karşıdaki insanı da kırmak gerekiyor. Çünkü kırıl kırıl nereye kadar kırılacaksın. Eşim yıllardır işle ilgili ödün veriyor ve geç saatte geliyor eve, akşam 10'da evde oluyor. T…'ye yetemiyor bu sefer T…'nin her şeyi benim üzerime kalıyor. Anneliği de ben yapıyorum babalığı da ben yapıyorum. Bu sefer bütün sorumluluk bana kalmış oluyor (Tanılı 14.A).

Ebeveynlerin çocuk büyütme sürecinde birbirlerini desteklememesi kategorisi altında babaların anneleri desteklememesi ve annelerin babaları desteklememesi olarak tanımlanan kodlamaların görüşme belgelerindeki durumları incelenmiştir. Bu kategori altında yapılan kodlamaların tamamı tanılı grubun ebeveynlere aittir. Bu kodlamaların belge sayısına göre dağılımını gösteren Şekil 56'daki grafik incelendiğinde, babanın anneyi desteklememesi kodu tanılı grubun ebeveynlerinin 9'u tarafından ifade edilirken, annenin babayı desteklememesi kodu tanılı grubun ebeveynlerinin 3'ü tarafından ifade edilmiştir. Şekil 58'deki grafikte tanılı grubun ebeveynlerinin çocuk büyütme sürecinde eş desteğini hissetmediklerini bildirdikleri görülürken, tanısız grubun ebeveynlerinin bu durumun bildirilmemesi dikkat çekici bir bulgudur.

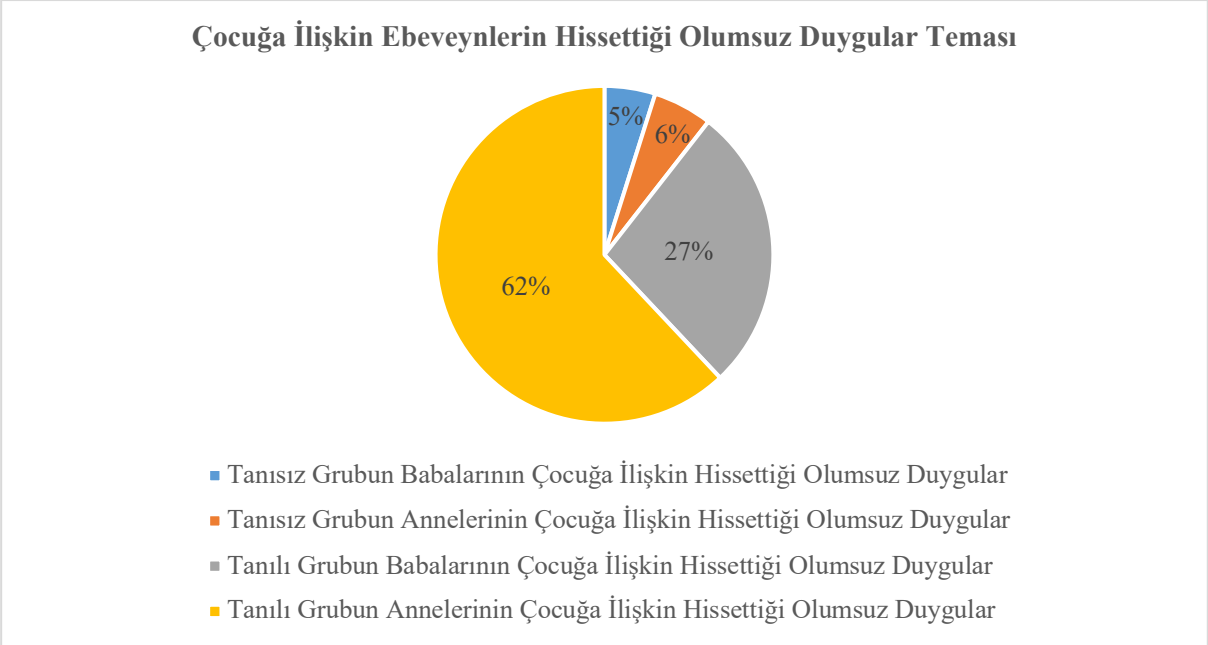
Şekil 58. Tanılı Grubun Ebeveynlerinin "*Çocuk Büyütme Sürecinde Eşlerin Birbirlerini Desteklememesi*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



4.2.7. Çocuğa İlişkin Ebeveynlerin Hissettiği Olumsuz Duygular Temasına Ait Bulgular

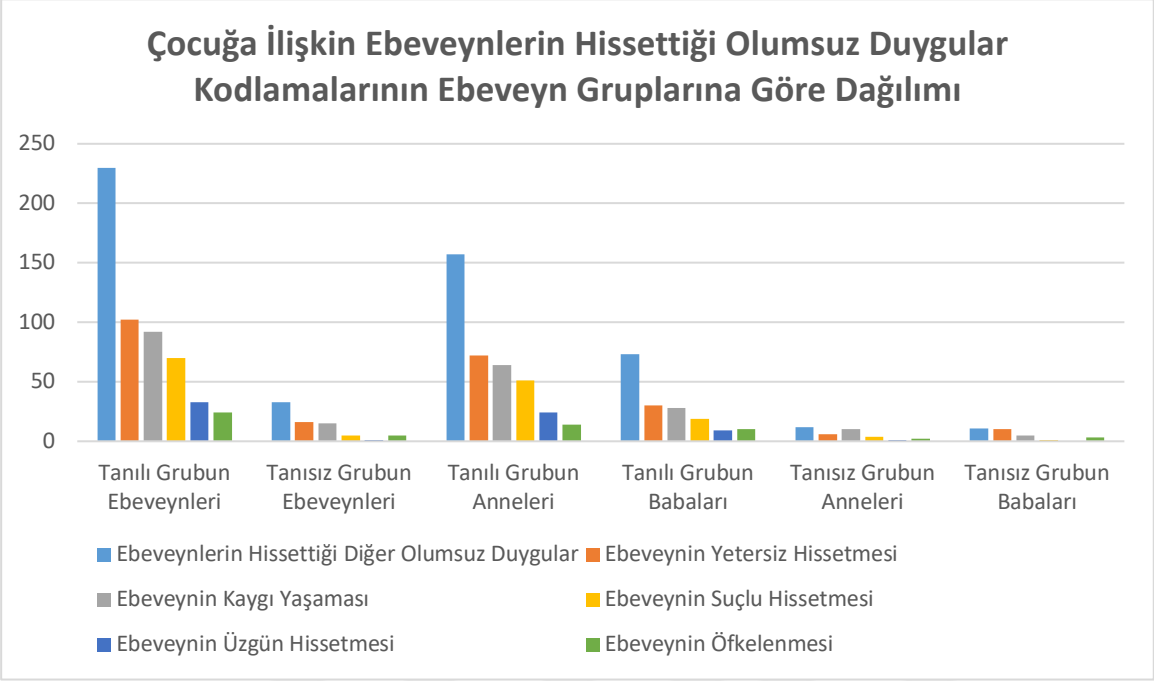
Bu tema altında, ebeveynlerin çocuk büyütme sürecinde çocuklarına yönelik olarak hissettikleri olumsuz ve zorlayıcı duygulara ilişkin faktörler incelenmiştir. Bu tema altında *"ebeveynin yetersiz hissetmesi", "ebeveynin kaygı yaşaması", "ebeveynin suçlu hissetmesi", "ebeveynin üzgün hissetmesi"* ve *"ebeveynin öfkelenmesi"* kodları oluşturulmuştur. Ebeveynin yetersiz hissetmesi 118 kez, ebeveynin kaygı yaşaması 107 kez, ebeveynin suçlu hissetmesi 75 kez, ebeveynin üzgün hissetmesi 34 kez, ebeveynin öfkelenmesi 29 kez ve temanın kendisi 253 kez kodlanmıştır. Bu tema altında yapılan 616 kodlamanın ebeveyn gruplarına göre dağılımını gösteren grafik Şekil 59'da gösterilmektedir.

Şekil 59. "*Çocuğa İlişkin Ebeveynin Hissettiği Olumsuz Duygular*" Temasına Ait Kodlamaların Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Yüzdelik Dağılımı



Çocuğa ilişkin ebeveynlerin hissettiği olumsuz duygular teması altında yapılan kodlamaların %62'si (382) tanılı grubun anneleriyle yapılan görüşmelerde, %27'si (169) tanılı grubun babalarıyla yapılan görüşmelerde olmak üzere toplam kodlamanın %87'sinin (551) tanılı grubun ebeveynleriyle yapılan görüşmelere ait olduğu görülmektedir. Tema altında yapılan kodlamaların %10'u (65) ise tanısız grubun ebeveynleriyle yapılan görüşmelerde yapılmıştır. Bu sonuçlar, tanılı grubun ebeveynlerinin tanısız grubun ebeveynlerine kıyasla oldukça fazla düzeyde çocuğa ilişkin olarak ebeveynlerin olumsuz duygular ifade ettiklerini göstermektedir.

Şekil 60. "*Çocuğa İlişkin Ebeveynin Hissettiği Olumsuz Duygular*" Temasına Ait Kategorilerin Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Dağılımı



Çocuğa ilişkin ebeveynin hissettiği olumsuz duygular teması altında oluşturulan kodların ebeveyn gruplarına göre kod dağılımı Şekil 60'daki grafikte gösterilmiştir. Grafikten de anlaşılacağı üzere tüm kategorilerde tanılı grubun ebeveynlerinin daha fazla kodlandığı görülmektedir. Tema altındaki kodlamaları daha detaylı inceleyebilmek adına kod yoğunluğu tablosu anne ve baba gruplarını karşılaştırarak hazırlanmıştır. Şekil 61'de çocuğa ilişkin ebeveynin hissettiği olumsuz duygular temasına ait tüm kodlamaların tanılı ve tanısız çocukların babalarından oluşan gruplarıdaki yoğunluğa ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Şekil 61. Tanılı ve Tanısız Grupların Babalarının "*Çocuğa İlişkin Ebeveynin Hissettiği Olumsuz Duygular*" Temasına Ait Kodlamalarının Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Çocuğa İlişkin Ebeveynlerin Hissettiği Olumsuz Duygular	11	73
Ebeveynin yetersiz hissetmesi	10	30
Ebeveynin kaygı yaşaması	5	28
Ebeveynin suçlu hissetmesi	1	19
Ebeveynin üzgün hissetmesi		9
Ebeveynin öfkelenmesi	3	10

Şekil 61'deki çocuğa ilişkin ebeveynlerin hissettiği olumsuz duygular temasına ait kod yoğunluğu tablosu incelendiğinde, ebeveynin kendini yetersiz hissetmesi kodu tanılı grubun babalarında 30 kez kodlanırken tanısız grubun babalarında 10 kez kodlanmıştır. Ebeveynin kaygı yaşaması kodu tanılı grubun babalarında 28 kez kodlanırken tanısız grubun babalarında 5 kez kodlanmıştır. Ebeveynin suçlu hissetmesi kodu tanılı grubun babalarında 19 kez kodlanırken tanısız grubun babalarında yalnızca 1 kez kodlanmıştır. Ebeveynin öfkelenmesi kodu tanılı grubun babalarında 10 kez kodlanırken tanısız grubun babalarında 3 kez kodlanmıştır. Ebeveynin üzgün hissetmesi kodu ise tanılı grubun babalarında 9 kez kodlanırken tanısız grubun babalarında hiç kodlanmamıştır. Bu sonuçlar çocuğa ilişkin ebeveynlerin hissettiği olumsuz duygular temasına ait tüm kodların tanılı grubun babalarında daha yoğun hissedildiğini göstermektedir. Şekil 62'de ise bu temaya ait tüm kodlamaların tanılı ve tanısız anne gruplarındaki yoğunluğuna ilişki bulgulara yer verilmiştir.

Şekil 62. Tanılı ve Tanısız Grupların Annelerinin "*Çocuğa İlişkin Ebeveynin Hissettiği Olumsuz Duygular*" Temasına Ait Kodlamalarının Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Çocuğa İlişkin Ebeveynlerin Hissettiği Olumsuz Duygular	12	157
Ebeveynin yetersiz hissetmesi	6	72
Ebeveynin kaygı yaşaması	10	64
Ebeveynin suçlu hissetmesi	4	51
Ebeveynin üzgün hissetmesi	1	24
Ebeveynin öfkelenmesi	2	14

Şekil 62'deki çocuğa ilişkin ebeveynlerin hissettiği olumsuz duygular temasına ait kod yoğunluğu tablosu incelendiğinde, ebeveynin kendini yetersiz hissetmesi kodu tanılı grubun annelerinde 72 kez kodlanırken tanısız grubun annelerinde ise 6 kez kodlanmıştır. Ebeveynin kaygı yaşaması kodu tanılı grubun annelerinde 64 kez kodlanırken tanısız grubun annelerinde10 kez kodlanmıştır. Ebeveynin suçlu hissetmesi kodu tanılı grubun annelerinde 51 kez kodlanırken tanısız grubun annelerinde 4 kez kodlanmıştır. Ebeveynin üzgün hissetmesi kodu

ise tanılı grubun ebeveynlerinde 24 kez kodlanırken tanısız grubun babalarında yalnızca 1 kez kodlanmıştır. Ebeveynin öfkelenmesi kodu tanılı grubun annelerinde 14 kez kodlanırken tanısız grubun annelerinde 2 kez kodlanmıştır.

Bu sonuçlar çocuğa ilişkin ebeveynlerin hissettiği olumsuz duygular temasına ait tüm kodların tanılı grubun annelerinde daha yoğun hissedildiğini göstermektedir. Bu tema altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için bulgularda belirtilen kodlamalara örnek olması adına, katılımcılarla yapılan görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Tema altında bulunan *"ebeveynin yetersiz hissetmesi"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 9.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Bakmıyor değildim hocam, her şeyini yapıyordum ama böyle mesela nasıl diyeyim… İstediğim gibi yapamıyordum yani. Bu duygu olarak da yapamıyordum yani. Yani istediğim gibi değil hocam hep kendimi eksik görüyorum. Hep başkasına örnek alıyorum. Bakıyorum yani, kadın diyor ki benim çocuğum daha okula gitmeden okuyor, benimki neden yapamıyor diyorum ya. Kurana geçmiş mesela, o yaptı benimki neden olmuyor. Kafam hep karışık, çok farklı bir kişi olmuşum yani. Çocuklarımla da istediğim gibi ilgilenemiyorum bence (Tanılı 9.A).

Çocuğa ilişkin ebeveynlerin hissettiği olumsuz duygular teması altında bulunan *"ebeveynin kaygı yaşaması"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 4.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Akrabalar olsun, arkadaşlar olsun, çevre olsun bir yere oturmaya gittiğimizde, sohbet muhabbet ediyoruz hani, insan arada alkol içer bir şey yapar sohbet esnasında. Ben onu bile içmiyordum. Çünkü anlık bir problem olur, rahatsız olur anlık gitmemiz gerekir işte araba

kullanmam gerekir o yüzden alkol bile almıyordum düzelene kadar. Yani uzun bir zaman çocuk her an hastalanabilir endişesiyle yaşadım (Tanılı 4.B).

Çocuğa ilişkin ebeveynlerin hissettiği olumsuz duygular teması altında bulunan *"ebeveynin suçlu hissetmesi"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 15.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

O şiddetleri gördüğüm için zaten… Ben kendi çocuğuma bile bazen, çok affedersiniz tokat atsam bile oturup köşede ağlayabiliyorum. Niye yaptım diye. Doğru olmadığının farkındayım. Biraz daha disiplin, biraz daha kısıtlayıcı, ceza sistemi de uygulanabilirdi ama ben bunu bir türlü oturtamadım (Tanılı 15.B).

Çocuğa ilişkin ebeveynlerin hissettiği olumsuz duygular teması altında bulunan *"ebeveynin üzgün hissetmesi"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 6.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Eşim de E…'ye çok üzülüyor ilaç kullandığı için. Sürekli… biz kendimizde mesela… diyorum ki kullanmayalım. Yazık günah, çocuk bakıyoruz ki uyuşuyor. Hiç hoş bir şey değil yani baktığımız zaman. Bir taraftan da öğretmen diyor ki E…'yi durduramıyoruz. Biz unuttuğumuz zaman veya geç kaldığımız zaman biz de durduramıyoruz evde (Tanılı 6.B).

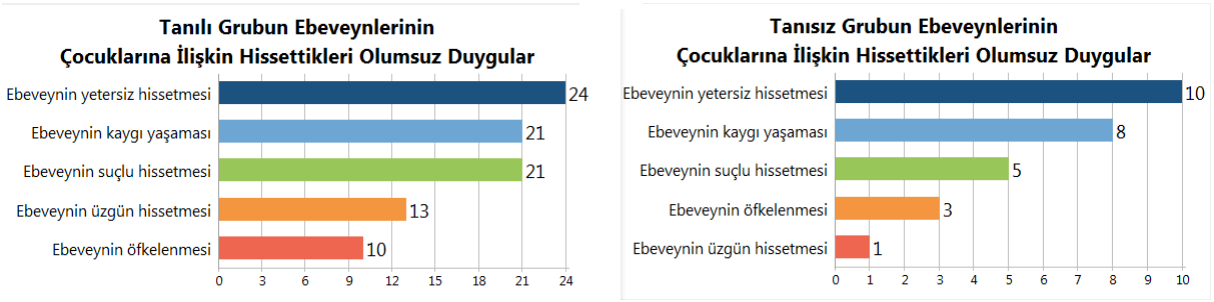
Çocuğa ilişkin ebeveynlerin hissettiği olumsuz duygular teması altında bulunan "*ebeveynin öfkelenmesi*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 12.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Bu sefer çocuğa yansıyordu. Kızdığınız zaman da çocuğa öfkeleniyorsunuz. Bir şey dese çocuk, normal aslında ama eşime sinirlendiğim zaman bu sefer çocuğuma da sinirleniyorum. Beni rahat bırak, git kendi başına oyna diyordum. Ben azıcık oturayım diyordum. Tek çocukken

bile beni çok yoruyordu. Aslında bizim onu sevdiğimizi çok biliyor, ona sürekli söylüyoruz. Bazen kızdığımız zaman yeter, bıktık dediğimiz zaman alınıyor. Bazen vurduğum olduğunda çok ağladığım oldu. Çünkü kızıyorsunuz, hani hiç vurmadım asla diyemem. Çok vurmuşumdur. Bunları düşündüğüm zaman çok ağlamışımdır. Tahammülüm çok azdı. Bir de sanırım çok hareketli olduğu için akşama kadar dayanamıyordum. Akşamdan sonra gücüm kalmayınca bitkin bir şekilde bütün öfkemi çıkartıyordum (Tanılı 12.A).

Çocuğa ilişkin ebeveynlerin hissettiği olumsuz duygular altında yapılan kodlamaların görüşme belgelerindeki durumları incelenmiştir. Bu kodlamaların belge sayısına göre dağılımını gösteren Şekil 63'deki grafik incelendiğinde, ebeveynin yetersiz hissetmesi tanılı çocukların ebeveynlerinin 24'ü tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 10'u bu kodu ifade etmiştir. Ebeveynin kaygı yaşaması kodu tanılı çocukların ebeveynlerinin 21'i tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 8'i bu kodu ifade etmiştir. Ebeveynin suçlu hissetmesi kodu tanılı çocukların ebeveynlerinin 21'i tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 5'i bu kodu ifade etmiştir. Ebeveynin üzgün hissetmesi kodu tanılı çocukların ebeveynlerinin 13'ü tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin yalnızca 1'i bu kodu ifade etmiştir. Son olarak ebeveynin öfkelenmesi kodu tanılı çocukların ebeveynlerinin 10'u tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 3'ü bu kodu ifade etmiştir. Şekil 63'deki grafikte tüm kod ifadelerinin tanısız gruba kıyasla çok daha fazla tanılı grubun ebeveyni tarafından ifade edildiği görülmektedir.

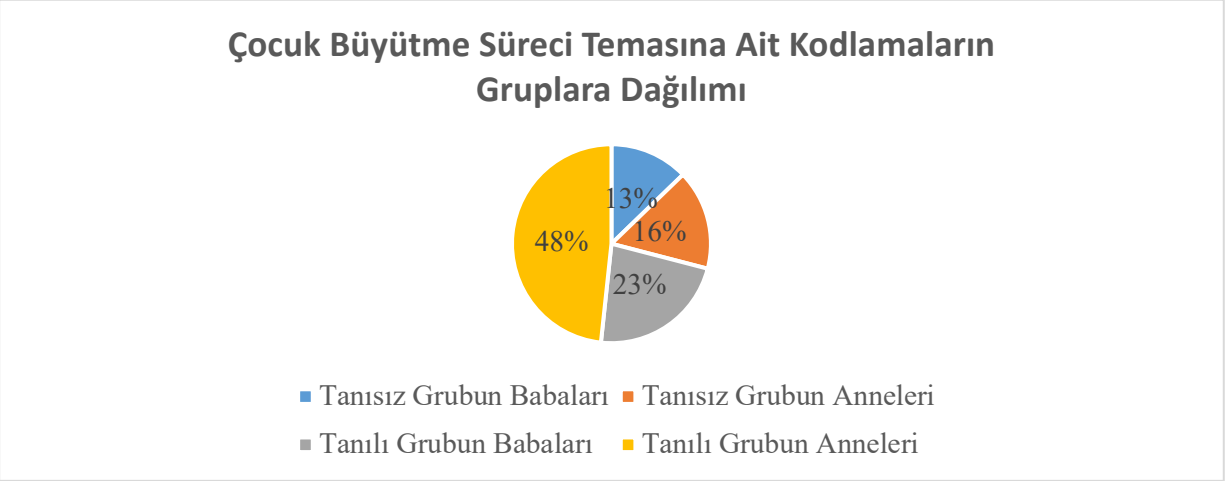
Şekil 63. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Çocuğa İlişkin Ebeveynlerin Hissettiği Olumsuz Duygular*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



4.2.8. Çocuk Büyütme Süreci Temasına Ait Bulgular

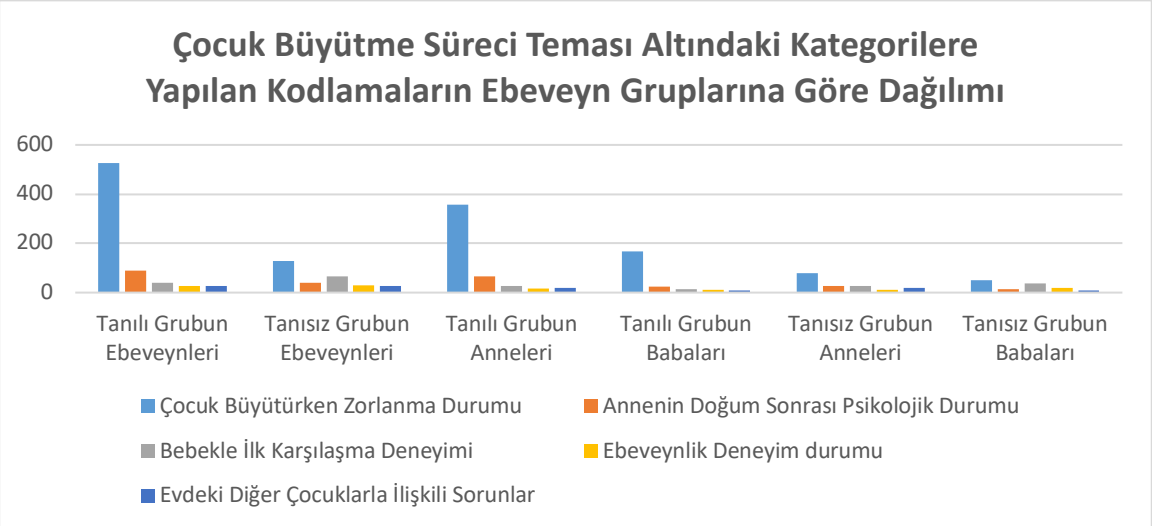
Bu tema altında, ebeveynlerin çocuk büyütme sürecine ait deneyimlerine ilişkin faktörler incelenmiştir. Bu tema altında *"çocuk büyütürken zorlanma durumu", "annenin doğum sonrası psikolojik durumu", "bebekle ilk karşılaşma deneyimi", "ebeveynlik deneyim durumu"* ve "*evdeki diğer çocuklarla ilişkili sorunlar"* kategorileri oluşturulmuştur. Ebeveynin çocuk büyütürken zorlanma durumu 654 kez, annenin doğum sonrası psikolojik durumu 130 kez, bebekle ilk karşılaşma deneyimi 107 kez, ebeveynlik deneyim durumu 56 kez, evdeki diğer çocuklarla ilişkili sorunlar 55 kez ve temanın tamamı 1002 kez kodlanmıştır. Bu tema altında yapılan 1002 kodlamanın ebeveyn gruplarına göre dağılımını gösteren grafik Şekil 64'de gösterilmektedir.

Şekil 64. "*Çocuk Büyütme Süreci*" Temasına Ait Kodlamaların Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Yüzdelik Dağılımı



Çocuk büyütme teması altında yapılan kodlamaların %43'ü (484) tanılı grubun anneriyle yapılan görüşmelerde, %26'sı (227) tanılı grubun babalarıyla yapılan görüşmelerde olmak üzere toplam kodlamanın %69'unun (711) tanılı grubun ebeveynleriyle yapılan görüşmelere ait olduğu görülmektedir. Tema altında yapılan kodlamaların %31'i (291) ise tanısız grubun ebeveynleriyle yapılan görüşmelerde yapılmıştır.

Şekil 65. "*Çocuk Büyütme Süreci*" Temasına Ait Kategorilerin Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Dağılımı



Çocuk büyütme süreci temasına ait kategoriler altında oluşturulan kodların ebeveyn gruplarına göre kod dağılımı Şekil 65'deki grafikte gösterilmiştir. Grafikten, çocuk büyütürken zorlanma, annenin doğum sonrası psikolojik durumu ve evdeki diğer çocuklarla ilişkili sorunlar kategorilerinin tanılı grubun ebeveynleri tarafından, bebekle ilk karşılaşma ve ebeveynlik deneyimi kategorilerinin ise tanısız grubun ebeveynleri tarafından daha fazla kodlandığı görülmektedir. Tema altındaki kategorilere ait bulgular ayrı başlıklar halinde ele alınmışlardır.

4.2.8.1. Çocuk Büyütürken Zorlanma Durumu Kategorisine Ait Bulgular

Bu kategori çocuk büyütme süreci teması altında en çok kodlanan kategori olmuştur. Kategori altında çocuk büyütürken zorlanma alt kategorisi ve zorlanmadan çocuk büyütme kodu tanımlanmıştır. Çocuk büyütürken zorlanma kategorisi toplamda 594 kez kodlanmıştır. Bu alt kategori altında duygusal zorluklar kodu 234 kez, fiziksel zorluklar kodu 169 kez, ekonomik zorluklar kodu 10 kez ve alt kategorinin kendi kodu 181 kez kodlanmıştır. Zorlanmadan çocuk büyütme kodu ise 60 kez kodlanmıştır. Şekil 66'da çocuk büyütme sürecinde zorlanma durumu kategorisine ait tüm kodlamaların tanılı ve tanısız çocukların ebeveynlerinden oluşan gruplardaki yoğunluğuna ilişki bulgulara yer verilmiştir.

Şekil 66. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Çocuk Büyütme Sürecinde Zorlanma Durumu*" Kategorisine Ait Kodlamalarının Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Çocuk Büyütme Süreci		
Çocuk Büyütürken Zorlanma Durumu		
Çocuk Büyütürken Zorlanma	40	141
Duygusal zorluklar	12	222
Fiziksel zorluklar	19	150
Ekonomik Zorluklar	1	9
Zorlanmadan Çocuk Büyütme	56	4

Şekil 66'daki çocuk büyütürken zorlanma durumu kategorisine ait kod yoğunluğu tablosu incelendiğinde, çocuk büyütürken zorlanma alt kategorisinin kendi kodu tanılı grubun

ebeveynlerinde 141 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 40 kez kodlanmıştır. Çocuk büyütürken zorlanma alt kategorisinin duygusal zorluklar kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 222 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 12 kez, fiziksel zorluklar kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 150 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 19 kez ve ekonomik zorluklar kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 9 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 1 kez kodlanmıştır. Zorlanmadan çocuk büyütme kodu ise tanılı grubun ebeveynlerinde 4 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 56 kez kodlanmıştır. Bu sonuçlar çocuk büyütme sürecinde tanılı grubun ebeveynlerinin tanısız grup ebeveynlere kıyasla çok daha fazla zorlanma durumu ifade ettiğini gösterirken tanısız grubun ebeveynlerinin ise tanılı grubun ebeveynlerine kıyasla daha fazla zorlanmadan çocuk büyütme durumunu ifade ettiğini de göstermektedir. Bu kategori altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için bulgularda belirtilen kodlamalara örnek olması adına, katılımcılarla yapılan görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Kategori altında bulunan "*duygusal zorluklar*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 9.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

O zamanlar zordu yani. Bazen sinirli oluyordum, bazen üzgün oluyordum. Ya bunu hiç kimseyle paylaşmadım aslında bazen eşimle paylaşıyordum. Sinirli olabiliyordum hani hatta zor geliyordu yani. Hatta insanlar bile fark ediyordu. Mesela böyle gece uykudan uyanıyorum sersem gibi hissediyorum. Herhalde ilk defa öyle bir sorumluluk geçtiği için bilmiyorum ama zor geliyordu. Uyumak istiyorum uyuyamıyorum, kalkmak istiyorum kalkamıyorum. Niye kaldırdı beni falan diyordum (Tanılı 9.A).

Çocuk büyütme sürecinde zorlanma durumu kategorisi altında bulunan *"fiziksel zorluklar"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 15.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Yani A… DEHB bir çocuk, çok zor bir çocuk. Yani Allah'ın gücüne gitmesin, çok çok zor bir çocuk. Sürekli konuşan ve sürekli bir şeylere el atan bir çocuk. Herkesin içinde telefonla konuşamıyorsun. Benim hiçbir sosyal hayatım yok. Bunları bile bile eşim… Yani bir on dakikanı bana ayır. Hani bir şey soruyorsun, şimdi değil. Her akşam aynı şey. Telefonla konuşuyorsun 'işim var' diyor. Eee ben neden evlendim? Konu bize döndü farkındaysanız. (gülerek) Ya ben anlatırsam konu konuyu açar (Tanılı 15.A).

Çocuk büyütme sürecinde zorlanma durumu kategorisi altında bulunan *"ekonomik zorluklar"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 2.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Maddi yönden sıkıntılar vardı o zamanlarda. (daha sonra bahsedeceği, eşinin gizlice kartlardan para çekmesi ve evde kriz ortamının oluşması durumu). Onu da bir dönemde atlattık (Tanılı 2.A).

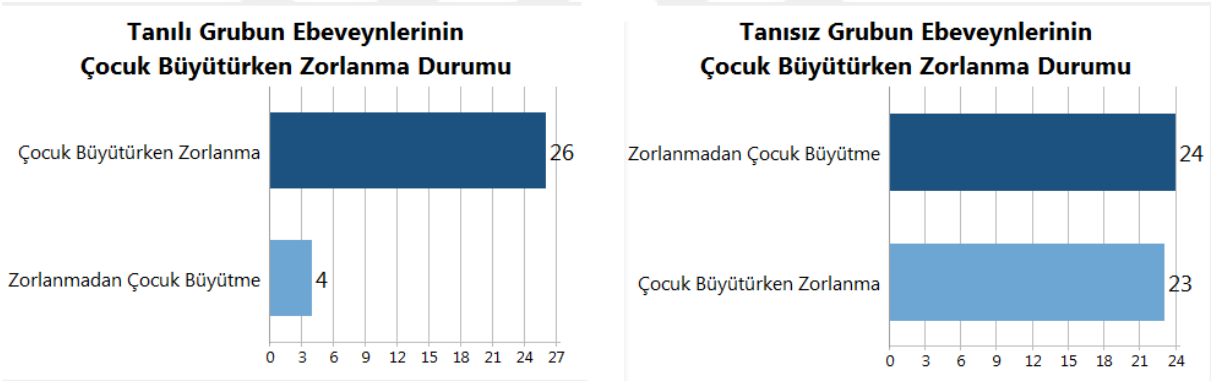
Çocuk büyütme sürecinde zorlanma durumu kategorisi altında bulunan "*zorlanmadan çocuk büyütme"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 1.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

N… huzurlu bir çocukluk süreci geçirdi. Çok şükür bir sıkıntımız yok. Rahat bir ailede büyüdüğünü düşünüyorum. O yüzden çok diyeceğim bir şey yok açıkçası (Tanısız 1.A).

Çocuğu büyütme sürecinde zorlanma durumu kategorisi altında yapılan kodlamaların görüşme belgelerindeki durumları incelenmiştir. Bu kodlamaların belge sayısına göre dağılımını gösteren Şekil 67'deki grafik incelendiğinde, çocuk büyütürken zorlanma alt kategorisi tanılı çocukların ebeveynlerinin 26'sı tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 23'ü bu kodu ifade etmiştir. Zorlanmadan çocuk büyütme kodu ise tanılı

çocukların ebeveynlerinin 4'ü tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 24'ü bu kodu ifade etmiştir.Her iki ebeveyn grubunda da benzer olarak çocuk büyütürken zorlanma durumu ifade edilmesine rağmen zorlanmadan çocuk büyütme durumu çok az sayıda tanılı grubun ebeveyni tarafından ifade edilmiştir. Bu sonuçlar tanısız grubun ebeveynlerinin de tanılı grubun ebeveynlerinin de zorluklar yaşadığını fakat tanısız grubun ebeveynlerinin süreç içerisinde zorlanmadan geçirdiği zamanları daha çok ifade ettiğini gösterirken, tanılı grubun çocuk büyütme sürecinin çoğunluğunu zorlanarak geçirdiğini ifade ettiğini göstermektedir.

Şekil 67. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Çocuk Büyütme Sürecindeki Zorlanma Durumu Kategorisine*" Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



4.2.8.2. Annenin Doğum Sonrası Psikolojik Durumu Kategorisine Ait Bulgular

Bu kategori çocuk büyütme süreci teması altında 130 kez kodlanarak en çok kodlanan ikinci kategori olmuştur. Kategori altında, annenin doğum sonrası negatif ruh hali kodu 51 kez, annenin doğum sonrası pozitif ruh hali 20 kez, anneliğe alışamamak 33 kez ve anneliğe hızlı alışmak 25 kez kodlanmıştır. Şekil 68'de annenin doğum sonrası psikolojik durumu kategorisine ait tüm kodlamaların tanılı ve tanısız çocukların ebeveynlerinden oluşan gruplardaki yoğunluğuna ilişki bulgulara yer verilmiştir.

Şekil 68. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "Annenin Doğum Sonrası Psikolojik Durumu" Kategorisine Ait Kodlamalarının Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Çocuk Büyütme Süreci		
Annenin Doğum Sonrası Psikolojik Durumu		1
Annenin doğum sonrası negatif ruh hali	3	48
Annenin doğum sonrası pozitif ruh hali	17	3
Anneliğe alışamamak	5	28
Anneliğe hızlı alışmak	16	9

Şekil 68'deki annenin doğum sonrası psikolojik durumu kategorisine ait kod yoğunluğu tablosu incelendiğinde, annenin doğum sonrası negatif ruh hali kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 48 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 3 kez kodlanmıştır. Annenin doğum sonrası pozitif ruh hali kodu, tanılı grubun ebeveynlerinde 3 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 17 kez kodlanmıştır. Anneliğe alışamamak kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 28 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 5 kez, anneliğe hızlı alışmak kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 9 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 16 kez kodlanmıştır. Bu sonuçlar annenin doğum sonrası psikolojik durumu kategorisi altındaki olumsuz kod gruplarının tanılı grubun ebeveynleri tarafından tanısız grup ebeveynlere kıyasla çok daha fazla ifade edildiğini göstermektedir. Bu kategori altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için bulgularda belirtilen kodlamalara örnek olması adına, katılımcılarla yapılan görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Kategori altında bulunan "*annenin doğum sonrası negatif ruh hali*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 11.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Ya şöyle söyleyeyim, çok zordu benim için. Birincisi hamileliğim çok zor geçti, devamlı hastanedeydim. İkincisi psikolojik olarak hiç iyi bir ortamda değildim. Açık konuşmamız gerekiyor, biliyorum hani. Bu çok zor bir süreçti ve ben bir haftalık doğum yapmışken kayınvalideme kanser teşhisi konuldu. Annem erkek kardeşimi evlendiriyor, gelin tarafı idare

etmiyor. Bizim evde düğün oluyor, anne tarafında. Eşimin annesi de kanser teşhisi konuldu. Yani böyle iki arada bir derede… İnanın aç yattığım günler oldu. Yani yatağa yatamıyordum. Sütüm yetmedi hiç, sonra mama falan söylediler öyle bir… İlk 10 gün zaten uyku falan haramdı. Bilmiyorum… Yanımda hiçbir büyüğüm yoktu. Çocuğa nasıl bakılır bilmiyordum açıkçası. Hani ilk defa… Yaşım da çok düşük değildi. Hatırladığım şey yatmıyordum. Uzanıyordum ki bebek ağlarsa nasıl kalkacağım? Çünkü ameliyatlıyım ve tekim (Tanılı 11.A)

Annenin doğum sonrası psikolojik durumu kategorisi altında bulunan "*annenin doğum sonrası pozitif ruh hali"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 10.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Doğumdan sonraki ruh halim iyiydi benim bir sıkıntım olmadı. 3 çocuğumun doğumunda da hiçbir sıkıntım olmadı. E… zaten benim ikinci çocuğumdu, ilkinde de bir sıkıntım olmadı bunda da olmadı (Tanısız 10.A).

Annenin doğum sonrası psikolojik durumu kategorisi altında bulunan *"anneliğe alışamamak"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 9.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

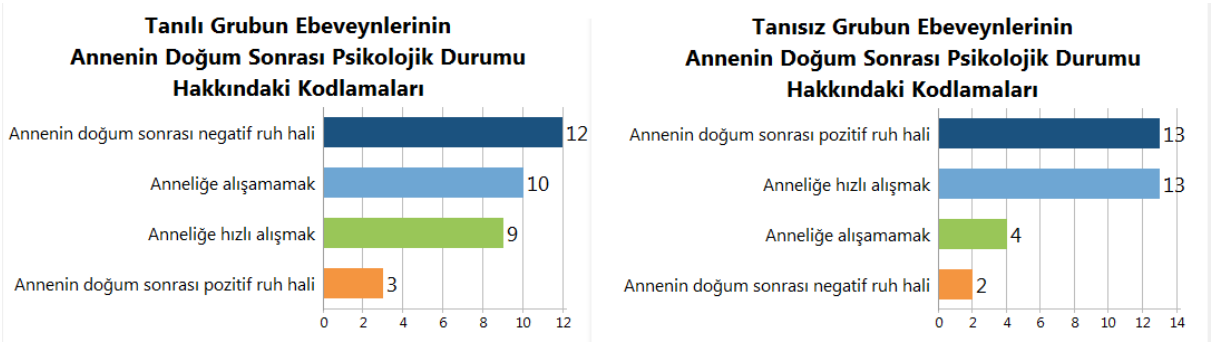
Sanki ben evli değilim, sanki benim çocuğum yokmuş gibi. Hani bu duygu yokmuş gibi… Düşünüyordum kendi kendime. Hani gidiyordum… Böyle diyordum hani bebek yokmuş gibi… Yani sonra geliyordum ve özlediğimi hissetmiştim. Özlüyordum (Tanılı 9.A)

Annenin doğum sonrası psikolojik durumu kategorisi altında bulunan *"anneliğe hızlı alışmak"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 10.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Anneliğe hemen alıştım. Biraz yapım gereği sorumluluk sahibiyimdir. Onun verdiği şeyle hemen yapabildim, böyle zorlanmadın (Tanısız 10.A).

Annenin doğum sonrası psikolojik durumu kategorisi altında yapılan kodlamaların görüşme belgelerindeki durumları Şekil 69'da incelenmiştir. Annenin doğum sonrası negatif ruh hali kodu tanılı çocukların ebeveynlerinin 12'si tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 2'i bu kodu ifade etmiştir. Annenin doğum sonrası pozitif ruh hali kodu ise tanılı çocukların ebeveynlerinin 3'ü tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 13'ü bu kodu ifade etmiştir. Anneliğe alışamamak kodu tanılı çocukların ebeveynlerinin 10'u tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 4'ü bu kodu ifade etmiştir. Anneliğe hızlı alışmak kodu ise tanılı çocukların ebeveynlerinin 9'u tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 13'ü bu kodu ifade etmiştir. Bu sonuçlar tanılı gruba kıyasla daha fazla sayıda tanısız grubun annelerinin, anneliğe hızlı alıştığını ve doğum sonrasında pozitif bir ruh haline sahip olduğunu göstermektedir.

Şekil 69. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Annenin Doğum Sonrası Psikolojik Durumu*" Kategorisinde Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



4.2.8.3. Bebekle İlk Karşılaşma Deneyimi Kategorisine Ait Bulgular

Bu kategori çocuk büyütme süreci teması altında 101 kez kodlanarak en çok kodlanan üçüncü kategori olmuştur. Kategori altında, bebekle ilk karşılaşmada olumlu anılar kodu 56

kez, bebekle ilk karşılaşmada olumsuz anılar 17 kez ve beklenen ve istenen bir bebek kodu 29 kez kodlanmıştır. Şekil 68'de bebekle ilk karşılaşma deneyimi kategorisine ait tüm kodlamaların tanılı ve tanısız çocukların ebeveynlerinden oluşan gruplardaki yoğunluğuna ilişki bulgulara yer verilmiştir.

Şekil 70. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Bebekle İlk Karşılaşma Deneyimi*" Kategorisine Ait Kodlamalarının Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Çocuk Büyütme Süreci		
Bebekle İlk Karşılaşma Deneyimi	2	3
Bebekle ilk karşılaşmada olumlu anılar	40	16
Bebekle ilk karşılaşmada olumsuz anılar	1	16
Beklenen ve istenen bir bebek	23	6

Şekil 70'deki bebekle ilk karşılaşma deneyimi kategorisine ait kod yoğunluğu tablosu incelendiğinde, bebekle ilk karşılaşmada olumlu anılar kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 16 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 40 kez kodlanmıştır. Bebekle ilk karşılaşmada olumsuz anılar kodu, tanılı grubun ebeveynlerinde 16 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 1 kez kodlanmıştır. Beklenen ve istenen bir bebek kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 6 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 23 kez kodlanmıştır. Bu sonuçlar bebekle ilk karşılaşma deneyimi açısından olumsuz deneyimlerin tanılı grubun ebeveynleri tarafından tanısız grubun ebeveynlerine kıyasla çok daha fazla ifade edildiği, olumlu ifadelerin ise tanısız grubun ebeveynleri tarafından daha fazla ifade edildiğini göstermektedir. Bu kategori altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için bulgularda belirtilen kodlamalara örnek olması adına, katılımcılarla yapılan görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Kategori altında bulunan *"bebekle ilk karşılaşmada olumlu anılar"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 7.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Önceki çocuğum erkekti. Kız çocuğunun şeyi nasıl olur hiç düşünmemiştim. Aynı mı olur, farklı mı olur? Kız çocuğu… A…'yı kucağıma aldığımda sanki ilk defa baba oluyormuşum gibi… Çünkü erkek çocuğunda olsa kızın kokusu, o gülüşü, o bakışı çok farklıydı. Çok mutluydum kız olduğu için. Gün geçtikçe o tatlılık 2'ye katlandı (Tanısız 7.B).

Bebekle ilk karşılaşma deneyimi kategori altında bulunan *"bebekle ilk karşılaşmada olumsuz anılar"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 11.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Doğumdan sonra ağlamaklıydım. Aslında çok güzel bakıldım. Çok güzel şeyler yapıldı bana sütüm artısın diye ama bir şekilde sütüm olmadı. İlk annelik deneyimimdi. Acım olduğu için emzirmeme gibi şeyim oldu ama yine de çok zorladık. Bu sefer çocuk çok acıkınca mamaya başladık. Ama yani sütüm hiç olmadı. Ama çok şeyde denedik (Tanılı 11.A)

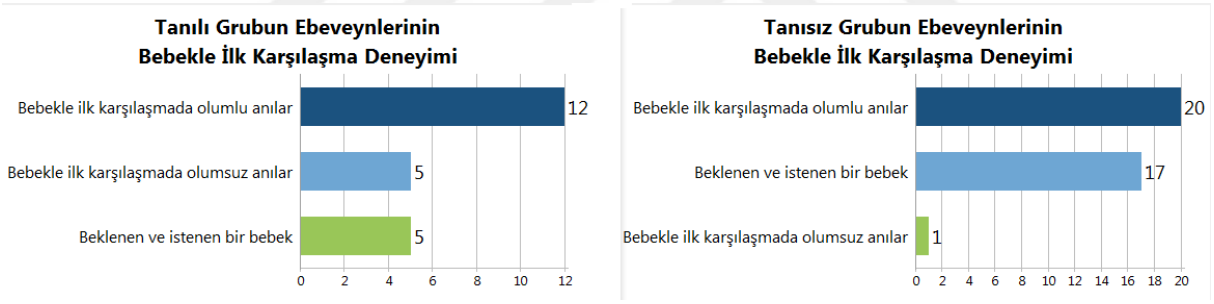
Bebekle ilk karşılaşma deneyimi kategori altında bulunan *"beklenen ve istenen bir bebek"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 9.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Ben düşünüyordum hocam açıkçası, D…'yi isteyerek yaptığım için, yani sürpriz değildi benim için açıkçası. Ona göre hazırlık yapıyordum. Bekliyordum hani, benim kızım 3 numara, 2 oğlum 1 kızım var. Dedim ki hani kardeş olur. Kız olursa ne güzel, olmazsa da kardeşi olacak zaten. Arkadaş gibi olur öyle düşünmüştüm. Çok şükür oldu diyorum. Seviyoruz açıkçası yaramaz ama zekâsı var maşallah (Tanısız 9.A).

Bebekle ilk karşılaşma deneyimi kategorisi altında yapılan kodlamaların görüşme belgelerindeki durumları incelenmiştir. Bu kodlamaların belge sayısına göre dağılımını gösteren Şekil 71'deki grafik incelendiğinde, bebekle ilk karşılaşmada olumlu anılar kodu tanılı

çocukların ebeveynlerinin 12'si tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 20'si bu kodu ifade etmiştir. Bebekle ilk karşılaşmada olumsuz anılar kodu ise tanılı çocukların ebeveynlerinin 5'i tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 1'i bu kodu ifade etmiştir. Beklenen ve istenen bir bebek kodu tanılı çocukların ebeveynlerinin 5'i tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 17'si bu kodu ifade etmiştir. Bu sonuçlar, tanılı çocukların ebeveyn sayısına kıyasla daha fazla tanısız grubun ebeveyninin, bebekle ilk karşılaşmada olumlu deneyim ve bebeklerini istediklerinin bildirirken, daha fazla sayıda tanılı grubun ebeveyni ise bebekle ilk karşılaşmada olumsuz deneyim bildirdiğini göstermektedir.

Şekil 71. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Bebekle İlk Karşılaşma Deneyimleri*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



4.2.8.4. Ebeveynlik Deneyim Durumu Kategorisine Ait Bulgular

Bu kategori çocuk büyütme süreci teması altında tanımlanan dördüncü kategoridir ve 56 kez kodlanmıştır. Kategori altında, tecrübeli ebeveynlik kodu 32 kez, acemi ebeveynlik kodu 24 kez kodlanmıştır. Şekil 72'de ebeveynlik deneyim durumu kategorisine ait tüm kodlamaların tanılı ve tanısız grubun ebeveynlerindeki yoğunluğuna ilişki bulgulara yer verilmiştir.

Şekil 72. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Ebeveynlik Deneyim Durumu*" Kategorisine Ait Kodlamalarının Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Çocuk Büyütme Süreci		
Ebeveynlik Deneyim durumu		
Tecrübeli Ebeveynlik	28	4
Acemi ebeveynlik	1	23

Şekil 72'deki ebeveynlik deneyim durumu kategorisine ait kod yoğunluğu tablosu incelendiğinde, tecrübeli ebeveynlik kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 4 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 28 kez kodlanmıştır. Acemi ebeveynlik kodu ise tanılı grubun ebeveynlerinde 23 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 1 kez kodlanmıştır. Bu sonuçlar, bebek büyütme sürecinde tecrübesiz olma durumunun tanılı grubun ebeveynleri tarafından tanısız grubun ebeveynlerine kıyasla çok daha fazla ifade edildiğini, tecrübeli olma durumunun ise tanısız grubun ebeveynleri tarafından daha fazla ifade edildiğini göstermektedir. Bu kategori altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için bulgularda belirtilen kodlamalara örnek olması adına, katılımcılarla yapılan görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Kategori altında bulunan *"tecrübeli ebeveynlik"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 4.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Bu ikinci çocuk olduğu için daha donanımlıydık. Ne yapacağımızı biliyorduk. İ…'ye oyuncak almadık. Bir tane toncuğu aldık. İ…'ye dünyaları almıştık mesela (ilk çocuktan bahsediyor). İ…'ye bir tane toncuk aldık daha yeni doğmuştu, 3 aylık falandı. Bir tanede bibi aldık. Onun haricindeki bütün bebeklerini, kız çocuğuydu zaten annesi ördü. İ…'ye (ilk çocuk) ben mesela çalıştığım yerde tahtadan oyuncaklar yaptım. Arabalar, kamyonlar falan. Ama İ…'ye hiç oyuncak almadık, telefonda vermedik. Annesinin ördüğü oyuncaklarla, bizde işte

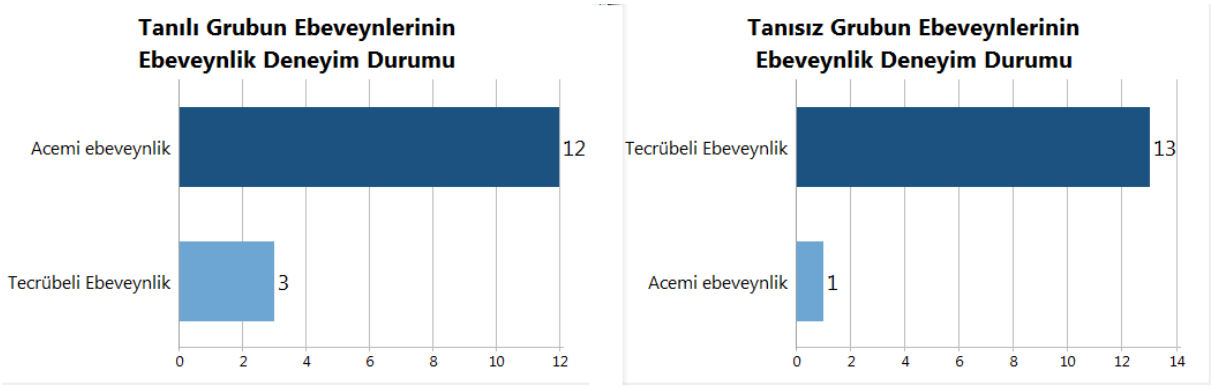
elimizden geldiğince evde oynayarak, işte öyle büyüttük İ…'yi. İ… daha donanımlı büyüdü, daha olgun büyüdü yani. İlk çocuk biraz daha acemiliğimize geldi yani (Tanısız 4.B).

Ebeveynlik deneyim durumu kategorisi altında bulunan *"bebekle ilk karşılaşmada olumsuz anılar"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 8.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Acemiydim hocam ve çocuğumu da acemice büyüttüm şahsen. Hani diyorum ya beslenme konusunda sıkıntılar yaşadık diye. Belki de benim beceriksizliğimdi. Çünkü ben veriyorum, öğretmeye çalışıyorum, öğretmeye çalışıyorum ne bileyim belki farklı bir şeyler daha deneseydim, yapsaydım belki yiyecekti ama ben yapmadım. M… ile iki çocuğum varken o şeye ben alıştım. Çocuklarıma bakmayı öğrendim, ne yapmam gerektiğini biliyorum. İhtiyaçlarını daha iyi anlıyorum. Yani ben dediğim gibi, Ş…'deki tek şeyimi şu olarak görüyorum. Ş… ile ilgili kendimdeki eksiklik olarak. Ş… ilk çocuğumdu, ona o kadar yani bakamadım açıkçası. Demek ki beceremedim, kendimi eksik görüyorum burada (Tanılı 8.A)

Ebeveynlik deneyim durumu kategorisi altında yapılan kodlamaların görüşme belgelerindeki durumları incelenmiştir. Bu kodlamaların belge sayısına göre dağılımını gösteren Şekil 73'deki grafik incelendiğinde, tecrübeli ebeveynlik kodu tanılı çocukların ebeveynlerinin 3'ü tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 13'ü bu kodu ifade etmiştir. Acemi ebeveynlik kodu ise tanılı çocukların ebeveynlerinin 12'si tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 1'i bu kodu ifade etmiştir. Bu sonuçlar, tanılı grubun ebeveyn sayısına kıyasla daha fazla sayıda tanısız grubun ebeveyni tecrübeli ebeveynliği ifade ettiğini, daha fazla sayıda tanılı grubun ebeveynin ise acemi ebeveynliği ifade ettiğini göstermektedir.

Şekil 73. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Ebeveynlik Deneyim Durumu*" Kategorisinde Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



4.2.8.5. Diğer Çocuklarla İlişkili Sorunlar Kategorisine Ait Bulgular

Bu kategori çocuk büyütme süreci teması altında tanımlanan beşinci ve son kategoridir. Kategori toplamda 55 kez kodlanmıştır. Kategori altında oluşturulan kodlardan, diğer çocukların davranış sorunları kodu 18 kez, diğer çocukların büyüme sürecinde travmatik deneyimler kodu 11 kez, diğer çocukların büyüme sürecinde işlevsiz ebeveyn tutumları kodu 9 kez, diğer çocukları büyütürken zorlanma kodu 7 kez, kardeşler arasındaki sorunlar kodu 6 kez ve diğer çocukları büyütme sürecinde ebeveyn çatışmaları kodu 3 kez kodlanmıştır. Şekil 74'de diğer çocuklarla ilişkili sorunlar kategorisine ait tüm kodlamaların tanılı ve tanısız grupların ebeveynlerindeki yoğunluğuna ilişki bulgulara yer verilmiştir.

Şekil 74. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Diğer Çocuklarla İlişkili Sorunlar*" Kategorisine Ait Kodlamalarının Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Çocuk Büyütme Süreci		
Evdeki Diğer Çocuklarla İlişkili Sorunlar	1	
Diğer çocukların davranış sorunları	7	11
Diğer çocukların büyüme sürecinde travmatik deneyimler	4	7
İşlevsiz ebeveyn tutumları_Diğer çocuklar	9	
Zorlanma_diğer çocuklar	4	3
Kardeşler arasındaki sorunlar		6
Diğer çocuk büyütürken ebevyn çatışmaları	2	1

Şekil 74'deki diğer çocuklarla ilişkili sorunlar kategorisine ait kod yoğunluğu tablosu incelendiğinde, diğer çocukların davranış sorunları kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 11 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 7 kez kodlanmıştır. Diğer çocukların büyüme sürecinde travmatik deneyimler kodu ise tanılı grubun ebeveynlerinde 7 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 4 kez kodlanmıştır. Diğer çocukları büyütürken zorlanma kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 3 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde 4 kez kodlanmıştır. Diğer çocukları büyütürken ebeveyn çatışmaları kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 1 kez kodlanırken, tanısız grubun ebeveynlerinde 2 kez kodlanmıştır. Diğer çocukların büyüme sürecinde işlevsiz ebeveyn tutumları kodu tanısız grubun ebeveynlerinde 9 kez kodlanırken tanılı grubun ebeveynlerinde hiç kodlanmamıştır. Kardeşler arası sorunlar kodu ise tanılı grubun ebeveynlerinde 6 kez kodlanırken tanısız grubun ebeveynlerinde hiç kodlanmamıştır. Bu sonuçlar, her iki grup ebeveynin de bu kategori altındaki sorunları yaklaşık olarak deneyimlediğini göstermektedir. Tanısız grubun ebeveynlerinde diğer çocuklarda işlevsiz ebeveyn tutumlarının görülmesi dikkat çekici bir bulgudur. Bu kategori altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için bulgularda belirtilen kodlamalara örnek olması adına, katılımcılarla yapılan görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Kategori altında bulunan "*diğer çocukların davranış sorunları*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 5.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

2. Oğlumda çok stresli bir hamilelik yaşadım. Çok büyük sıkıntılarla onu doğum yaptım. Bir ay kuvözde kaldı. Hala da söz dinlemeyen bir çocuk, E…'nin tam tersi öyle söyleyeyim size. O yüzden çok sakin bir anneliği tavsiye ediyorum, öyle söyleyeyim (Tanısız 5.A).

Diğer çocuklarla ilişkili sorunlar kategorisi altında bulunan *"diğer çocukların büyüme sürecinde travmatik deneyimler"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 10.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Çocuğumun kafa yapısı bozuk olduğu için çok üzüldüm, çok ağladım onun içinde. Mesela ameliyat olacağız diye gittik. Doktorun bana gösterdiği ve bana saçma sapan davranması beni inanılmaz etkiledi. Ameliyat fotoğrafını gösterdi bana hocam. 6 aydır takip ediyorum çocuğun kafasında bir gelişme oldu dedim. Allah'ın izniyle düzelir demiştim. O da bana "onu Allah düzeltmez ben düzelteceğim" dedi. Ben de o güne kadar, çocuklarla ilgili bu durumu hiç bilmiyordum. O ameliyatı bana gösterdi, ben şok yani. Bilmiyorum… Bir görseniz, zımbalarla bütün kafaya gitmişler yani. Şura tamamen çıkmış, şu iki tarafa köprüler koyuyor. İşte korkunç geldi bana. Bilmiyordum zaten. Şu an olsa o kadar korkar mıyım bilmiyorum ama o zaman çok farklıydı. Çok inanılmaz etkilendim (Tanılı 10.A).

Diğer çocuklarla ilişkili sorunlar kategorisi altında bulunan "*diğer çocukları büyütürken zorlanma"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 6.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Kızımın doğumunda 8 ay kadar sıkıntılı bir süreç geçirdim. O da loğusalık depresyonuydu. Oğlumda erken atlattım ama kızımda bu kadar şey atlatamadım. Kızımınki baya uzun sürdü. Kırılmış olarak duygularım vardı ama kızımda daha da nüksetti bu duygular. Yine aynı şeyler, evde geç kalma, emzirmeme problemi. En sıkıntılı dönemim benim için kızımım doğumundan sonraki süreçti (Tanısız 6.A).

Diğer çocuklarla ilişkili sorunlar kategorisi altında bulunan *"diğer çocukları büyütürken işlevsiz ebeveyn tutumları kullanmak"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 4.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

İkisini de aynı büyüttük. Birini ötekinden hiç ayırmadık ama birtakım farklılıklar oldu. Bu farklılığın nedeni eşimden kaynaklanıyor biraz. Bunu hiç kendisiyle paylaşmadım. Yani neden oldu, eşimin bir tane kız kardeşi vardı ve onu da kaybetti. Erkek çocuklarına davranış

şeklini bilmiyordu bence. Kız çocuğuna nasıl davranması gerektiği konusunda profesyoneldi. O yüzden çok güzel bir iletişim kurdu İ... ile. İ... çok güzel bir şekilde her şeye adapte oldu, konsantre oldu, dikkat dağınıklığı yaşamadı. Ama abisi öyle değildi mesela. Eşimin oğluma davranışı bence farklıydı. Daha doğrusu şöyle, eşim biraz çocuğu koşullandırıyordu. Ben kendisine de diyordum çocuğu kategorize etme diye. Onu bir şekle sokmaya uğraşma, ona ne yapması gerektiğini söyleme diyordum. Bu davranışını bozmuş olabileceğini düşünüyorum ben, her zaman da böyle düşündüm (Tanısız 4.B).

Diğer çocuklarla ilişkili sorunlar kategorisi altında bulunan *"kardeşler arasındaki sorunlar"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 3.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

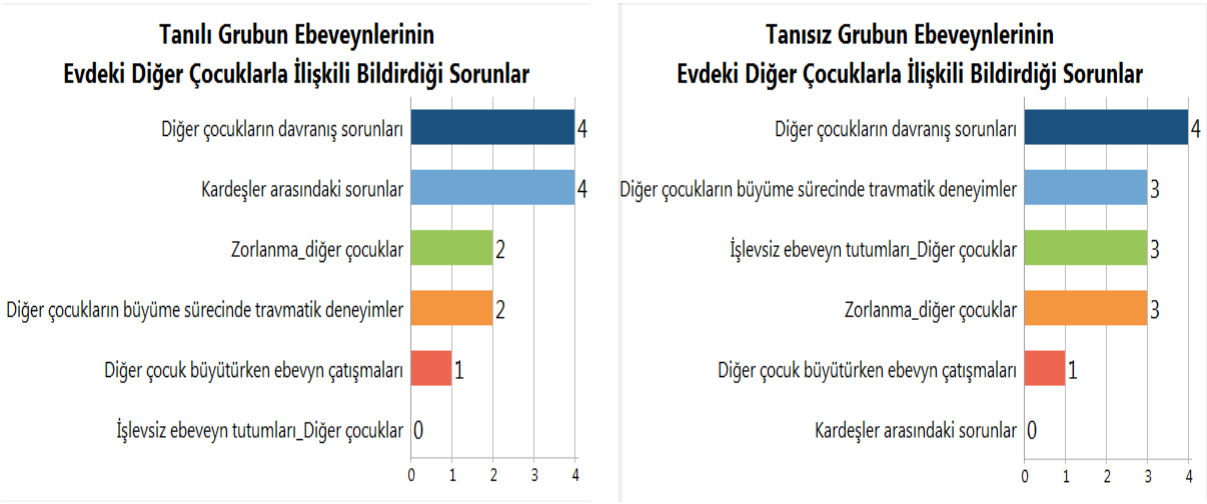
O ara ablayla kavga edecekse, ablaya böyle şey yapar. Vururum bir tane terlikle oğlum yapma etme diye. Artık ablayla öyle bir hale geliyor ki. Ablanın psikolojisini bozacak neredeyse. Erkek çocuğunu durdurmak daha zor (Tanılı 3.B)

Diğer çocuklarla ilişkili sorunlar kategorisi altında bulunan *"diğer çocukları büyütme sürecinde ebeveynlerin çatışmaları"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 4.B) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Ama eşim farklı davrandı oğluma. İ...'ye farklı davrandı, farklı büyüttü. Kendine yakın kız çocuğu gibi büyüttü ama oğlumu öyle büyütemedi. Onu da kendi kafasındaki hayal ettiği çocuk gibi büyütmeye çalıştı. Çocuk ona uymayınca sorunlar yaşandı. Öyle olduğunu düşünüyorum, bence öyle yani. Kız çocuğuyla erkek çocuğu aynı davranılmamalı. Erkek çocuğu biraz daha yaramaz olabiliyor. Onları biraz daha görmemezlikten gelmeli (Tanısız 4.B).

Diğer çocuklarla ilişkili sorunlar kategorisi altında yapılan kodlamaların görüşme belgelerindeki durumları incelenmiştir. Bu kodlamaların belge sayısına göre dağılımını gösteren Şekil 75'deki grafik incelendiğinde, diğer çocukların davranış sorunları kodu her iki grupta da 4 farklı ebeveyn tarafından, diğer çocukları büyütürken ebeveyn çatışmaları kodu ise her iki grupta da 1 ebeveyn tarafından ifade edilmiştir. Diğer çocukları büyütürken zorlanma kodu tanılı çocukların ebeveynlerinin 2'si tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 3'ü bu kodu ifade etmiştir. Diğer çocukların büyüme sürecindeki travmatik deneyimler kodu tanılı çocukların ebeveynlerinin 2'si tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 3'ü bu kodu ifade etmiştir. Diğer çocukların büyüme sürecinde işlevsiz ebeveyn tutumları kodu tanısız çocukların ebeveynlerinin 3'ü tarafından ifade edilirken, hiçbir tanılı çocuğun ebeveyni bu kodu ifade etmemiştir. Kardeşler arasındaki sorunlar kodu ise tanılı çocukların ebeveynlerinin 4'ü tarafından ifade edilirken, hiçbir tanısız çocuğun ebeveyni bu kodu ifade etmemiştir. Bu sonuçlar, kategori altındaki kodlamaların belgelere dağılımında dikkat çekici bir düzeyde farklılık olmadığını göstermektedir.

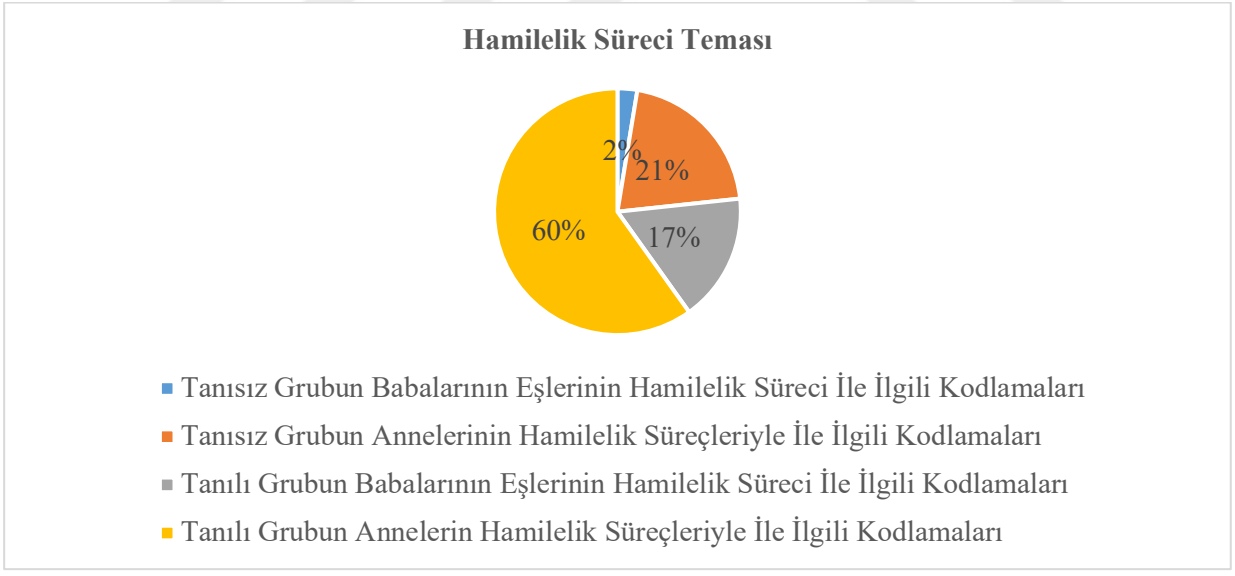
Şekil 75. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Diğer Çocuklarla İlişkili Sorunlar*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



4.2.9. Hamilelik Süreci Temasına Ait Bulgular

Bu tema altında, annelerin hamilelik sürecindeki olumlu veya olumsuz deneyimlerine ilişkin faktörler incelenmiştir. Bu tema altında *"zorlayıcı hamilelik/doğum süreci"* kategorisi, *"güzel ve sorunsuz hamilelik süreci"* ve *"hamilelikte annenin hareketliliği"* kodları oluşturulmuştur. Zorlayıcı hamilelik/doğum süreci kategorisi 245 kez kodlanırken, bu kategori altında yer alan hamilelikte olumsuz yaşantılar ve duygusal durumlar kodu 193 kez, erken doğum kodu 24 kez, sezaryen doğum kodu 8 kez ve sorunlu doğum süreci 6 kez kodlanmıştır. Güzel ve sorunsuz hamilelik süreci kodu 58 kez ve hamilelikte annenin hareketliliği kodu ise 6 kez kodlanmıştır. Bu tema altında yapılan 309 kodlamanın ebeveyn gruplarına göre dağılımını gösteren grafik Şekil 76'de gösterilmektedir.

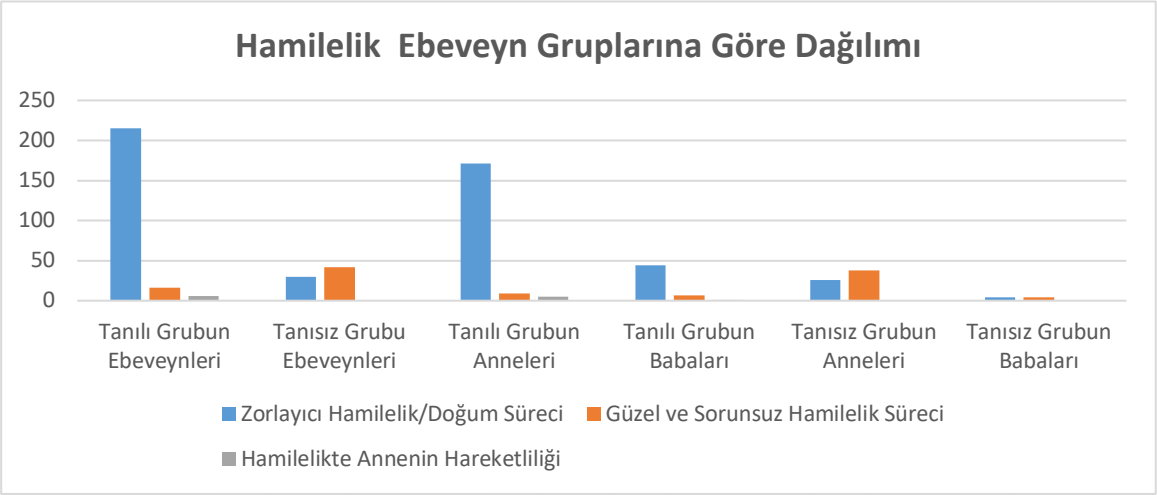
Şekil 76. "*Hamilelik Süreci*" Temasına Ait Kodlamaların Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Yüzdelik Dağılımı



Hamilelik süreci teması altında yapılan kodlamaların %60'ı (185) tanılı grubun anneleriyle yapılan görüşmelerde, %17'si (52) tanılı grubun babalarıyla yapılan görüşmelerde olmak üzere toplam kodlamanın %77'sinin (237) tanılı grubun ebeveynleriyle yapılan görüşmelere ait olduğu görülmektedir. Tema altında yapılan kodlamaların %23'ü (72) ise

tanısız grubun ebeveynleriyle yapılan görüşmelerde yapılmıştır. Bu sonuçlar tanılı grubun ebeveynlerinin tanısız grubun ebeveynlerine kıyasla daha fazla hamilelik süreci ile ilgili deneyimlerini ifade ettiklerini göstermektedir.

Şekil 77. "*Hamilelik Süreci*" Temasına Ait Kategori ve Kodların Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerine Göre Dağılımı



Hamilelik süreci teması altında oluşturulan kategori ve kodların ebeveyn gruplarına göre kod dağılımı Şekil 77'deki grafikte gösterilmiştir. Grafikten de anlaşılacağı üzere zorlayıcı hamilelik/doğum süreci kategorisini tanılı grubun ebeveynlerinin, güzel ve sorunsuz hamilelik sürecini ise tanısız grubun ebeveynlerinin daha fazla ifade ettiği görülmektedir. Ebeveynlerin hamilelik süreci ile ilgili ifadeleri kategoriler ve diğer kodlamalar ayrı başlık altında daha detaylı olarak incelenmektedir.

4.2.9.1. Zorlayıcı Hamilelik/Doğum Süreci Kategorisine Ait Bulgular

Bu kategori altında hamilelikte olumsuz yaşantılar alt kategorisi tanılı grubun ebeveynlerinde 164 kez, tanısız grubun ebeveynlerinde 29 kez kodlanmıştır. Bu kategori altındaki hamilelikle ilişkili sağlık sorunları kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 61 kez, tanısız grubun ebeveynlerinde 12 kez, hamilelikte aile sorunları kodu tanılı grubun ebeveynlerinde 18

kez, tanısız grubun ebeveynlerinde 1 kez ve hamilelikte çocuk ile ilgili kaygılar kodu ise tanılı grubun ebeveynlerinde 13 kez, tanısız grubun ebeveynlerinde 4 kez kodlanmıştır. Tanılı grubun ebeveynlerinde, hamilelikte yoğun üzüntü duyguları yaşamak kodu 15 kez, hamilelikte aile üyesinin kaza yapması kodu 7 kez, hamilelikte eşin hastalığı ile hamilelikte kaza kodu 3 kez ve çocuğu aldırmak istemek kodu ise 1 kez kodlanırken, bu kodlar tanısız grubun ebeveynlerinde hiç kodlanmamıştır. Yine bu kategori altında tanılı grubun ebeveynleri tarafından, erken doğum kodu 24 kez, sezaryen doğum kodu 8 kez ve sorunlu doğum süreci kodu 6 kez ifade edilirken bu kodlar hiçbir tanısız çocuğun ebeveyni tarafından ifade edilmemiştir.

Şekil 78. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Zorlayıcı Hamilelik/Doğum Süreci*" Kategorisine Ait Kodlamalarının Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Hamilelik Süreci		
Zorlayıcı hamilelik/doğum süreci	1	13
Hamilelikte olumsuz yaşantılar ve duygusal durumlar	12	43
Hamilelikle ilişkili sağlık sorunları	12	61
Hamilelikte aile sorunları	1	18
Hamilelikte çocukla ilgili kaygılar	4	13
Hamilelikte yoğun üzüntü duyguları yaşamak		15
Hamilelikte aile üyesinin kaza yapması		7
Hamilelikte eşin hastalığı		3
Hamilelikte Kaza		3
Çocuğu aldırmak istemek_anne		1
Erken Doğum		24
Sezeryan Doğum		8
Sorunlu doğum süreci		6

Bu sonuçlar tanılı grubun annelerinin tanısız grubun annelerine kıyasla çok daha fazla zorlayıcı hamilelik/doğum süreci geçirdiğini göstermektedir. Bu kategoriye ilişkin kod yoğunluğu tablosu Şekil 78'de gösterilmektedir. Kategori altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için bulgularda belirtilen bu kodlamalara örnek olması adına, katılımcılarla yapılan görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Kategoride *"hamilelikte olumsuz yaşantılar"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 15.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Çok özür dileyerek anlatıyorum. Üç tane düşükten sonra tedaviyle hamile kaldım. Şunu da ekleyeceğim. Bir şey olmuyorsa zorlamayacaksınız. Hayatta çünkü her şey planlamış aslında bizim için. Bir şey oluyorsa da olmuyorsa da bir hayrı, şerri var. Ben çok zorladım şartları. Kim ne diyorsa oraya gittim. Kim ne diyorsa onu yaptım. İlerde olamayacaksa da şunu keşke yaptırsaydım demeyeyim diye. Sonra işte bana iğne tedavisi, kan sulandırıcısı yapıldı. Hamileliğin başından sonuna kadar morarmıştı her yerim (Tanılı 15.A).

Zorlayıcı hamilelik/doğum süreci kategorisinden *"erken doğum"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 1.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Ben erken doğum yaptım, işteyken doğuma götürdüler beni. Ben ne olduğunu anlamadım bile, daha iki ayım vardı. Ben psikolojik olarak şeydeydim zaten. Biraz da zor doğum oldu. Normal doğum oldu ama nasıl oldu anlamadım. Orayı çok iyi hatırlayamıyorum. Zaten bir de çocuk çok hastalık yaşadı, erken doğduğu için. Doğduğunda kucağıma alamadan, kuvöze gitti. Çok kötü oldum, dünya başıma yıkıldı o zaman. Sadece arada bir ya sabah ya akşamları görebiliyordum. İlk kucağıma aldığımda emzirmek için almıştım (Tanılı 1.A).

Zorlayıcı hamilelik/doğum süreci kategorisinden *"sezaryen doğum"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 11.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

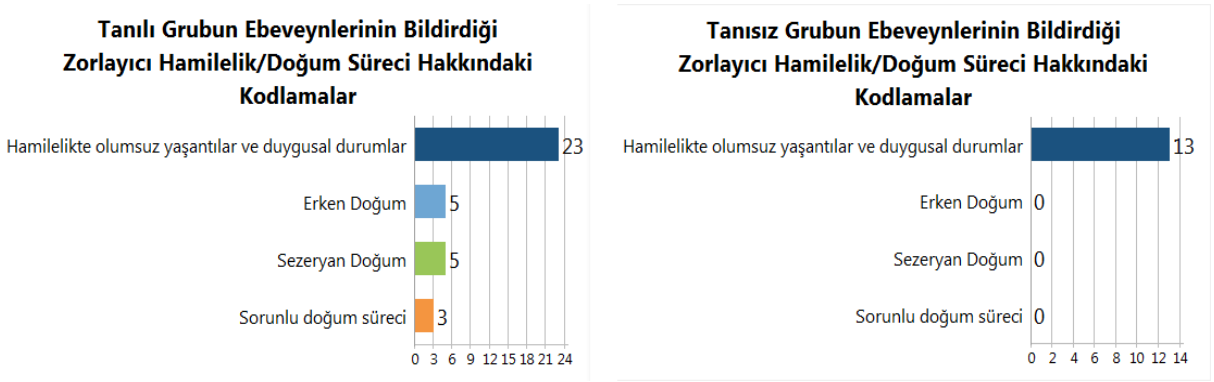
Benim için zorluklar bitmedi. Aslında anlatınca biraz da geçmişe dönüyorum ama şöyle A… normal doğacaktı ve çok güzel gelişimi vardı. Gerçekten kilolu ve uzun boylu doğdu. Normal doğarken kalbi durdu doğum esnasında. Böyle bir sıkıntı yaşadık ve bu beni çok strese soktu. A… 9 ay 10 günlük değil 13 günlük. 3 gün geç doğdu ve devamlı böyle aletler ötüyor etrafımda. Doktorların hepsi çok korktu yani kakasını yutarsa ölür dediler hatta öyle bir durum gelişti. Sonra beni acilen sezaryen ameliyata aldılar, ameliyat oldum (Tanılı 11.A).

Zorlayıcı hamilelik/doğum süreci kategorisinden "*sorunlu doğum süreci"* kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 11.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Doğumda herkesin ağladığını hatırlıyorum, eşimin dahil ağladığını hatırlıyorum. Doktor orada ne dedi ne bitti bana söylenmedi ama herkesin ağladığını hatırlıyorum ve çok büyük bir telaş yani o anı hatırladığım an bile kalbim hızlı çarpıyor öyle söyleyeyim size (Tanılı 11.A).

Zorlayıcı hamilelik/doğum süreci kategorisi altında yapılan kodlamaların görüşme belgelerindeki durumları incelenmiştir. Bu kodlamaların belge sayısına göre dağılımını gösteren Şekil 79'daki grafik incelendiğinde, hamilelikte olumsuz yaşantılar ve duygusal durumlar kodu tanılı çocukların ebeveynlerinin 23'ü tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 13'ü bu kodu ifade etmiştir. Sezaryen doğum kodu ve erken doğum kodu 5, sorunlu doğum süreci kodu 3 tanılı grubun ebeveyni tarafından ifade edilirken, tanısız grubun ebeveynlerinin hiç biri bu kodları ifade etmemiştir. Bu sonuçlar, kategori altındaki kodlamaların büyük çoğunluğunun tanılı grubun ebeveynleri tarafından ifade edildiğini göstermektedir.

Şekil 79. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Zorlayıcı Hamilelik/Doğum Süreci*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



4.2.9.2. Diğer Kodlara Ait Bulgular

Bu kategori altında güzel ve sorunsuz hamilelik süreci kodu ile hamilelikte annenin hareketliliği kodu ele alınmıştır. Güzel ve sorunsuz hamilelik kodu tanılı grubun ebeveynleri tarafından 15 kez, tanısız grubun ebeveynleri tarafından ise 42 kez ifade edilmiştir. Hamilelikte annenin hareketliliği kodu ise tanılı grubun ebeveynleri tarafından 6 kez ifade edilirken, hiçbir tanısız grubun ebeveyni bu kodu ifade etmemiştir. Şekil 80'de diğer kodlamalara ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Şekil 80. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Hamilelik Sürecine İlişkin Diğer Kodlamalar*" Kategorisine Ait Kodlamalarının Yoğunluğu

Kod Sistemi	Tanısız Grubun Ebeveynleri	DEHB'li Grubun Ebeveynleri
Disfonksiyonel Aile Özellikleri	229	2752
Hamilelik Süreci		
Güzel ve Sorunsuz hamilelik süreci	42	16
Hamilelikte annenin hareketliliği		6

Bu sonuçlar tanısız grubun annelerinin tanılı grubun annelerine kıyasla çok daha fazla güzel ve sorunsuz hamilelik süreci geçirdiğini göstermektedir. Kategori altında yapılan kodlamaların daha anlaşılabilir olması için bulgularda belirtilen bu kodlamalara örnek olması adına, katılımcılarla yapılan görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Kategoride "*güzel ve sorunsuz hamilelik süreci*" kodlamasına örnek olması açısından (Tanısız 14.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

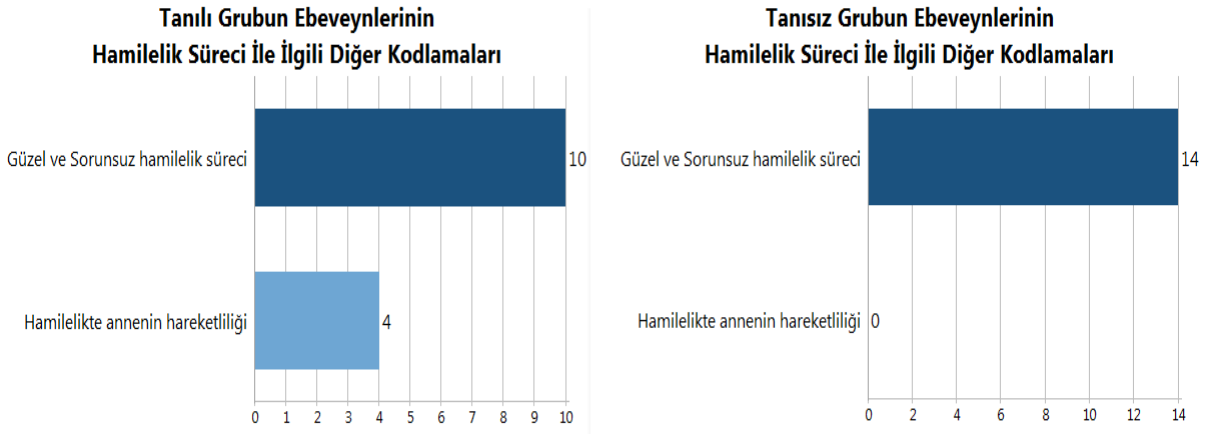
O kadar sakin geçirdim ki her anneye de bunu tavsiye ediyorum. Benim fikrim tabi ki bu sakin bir hamilelik geçirirseniz çocuğunuzda çok sakin oluyor. Çünkü E… çok sakin bir çocuktu (Tanısız 14.A).

Diğer kodlamalar kategorisinde "hamilelikte annenin hareketliliği" kodlamasına örnek olması açısından (Tanılı 6.A) isimli katılımcının ifadelerine yer verilmiştir.

Hamilelik döneminde ben çalışıyordum. Çalıştım çalıştım tam doğum zamanı eve kapandım ve kış ayıydı. Hamilelik sürecim güzel geçti benim, yani ben çok enerjiktim. Ben kendime inanamadım öyle diyeyim size. Hatta patronlarım dalga geçerdi, ben asansör falan kesinlikle kullanmadım yani, merdivenlerde bir şey olur görmeyiz derlerdi. Hani stresli bir hamileliğim olmadı öyle söyleyeyim. İçten içte bazı şeyler olmuştur ama kendim takmadım yani yormadım. Ciddi şeyler olmadı ama ben çok enerjiktim. Acaba bu çocuk nasıl bir şey olacak dedim. Çünkü hiç karnımda durmazdı çok fazla hareketliydi (Tanılı 6.A).

Diğer kodlamalar kategorisi altında yapılan kodlamaların görüşme belgelerindeki durumları incelenmiştir. Bu kodlamaların belge sayısına göre dağılımını gösteren Şekil 81'deki grafik incelendiğinde, güzel ve sorunsuz hamilelik süreci kodu tanılı çocukların ebeveynlerinin 10'u tarafından ifade edilirken, tanısız çocukların ebeveynlerinin 14'ü bu kodu ifade etmiştir.. Hamilelikte annenin hareketliliği kodu ise tanılı grubun ebeveynlerin 4'ü tarafından ifade edilirken, tanısız grubun ebeveynlerinin hiç biri bu kodu ifade etmemiştir. Hamilelikte annenin hareketliliğinin yalnızca tanılı grupta görülmesi dikkat çekici bir bulgudur.

Şekil 81. Tanılı ve Tanısız Grupların Ebeveynlerinin "*Hamilelik Sürecine İlişkin Diğer Kodlamalar*" Kategorisine Ait İfadelerinin Kodlandığı Belge Sayısını Gösteren Grafik



5. TARTIŞMA

5.1. Modern Psikotravmatoloji ve Dissoanaliz Kuramı Açısından Nicel Bulguların Tartışılması

"*Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Olan Çocukların Ebeveynlerinin Modern Psikotravmatoloji ve Psikopatoloji Açısından Değerlendirilmesi*" başlıklı bu çalışma, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı'ndaki "*Psikotravmatoloji ve Psikotarih Araştırmaları Birimi*"nde doktora tezi olarak hazırlanmıştır. Modern psikotravmatoloji ilkeleri *ve "Öztürk'ün Dissoanaliz Kuramı"* perspektifinden hazırlanan doktora tez çalışmamızın temel amacı; dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olan ve olmayan çocukların ebeveynlerinin çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantıları, psikopatolojik belirtileri, travma sonrası büyüme düzeyleri ve uyguladıkları çocuk yetiştirme stilleri açısından detaylı bir şekilde değerlendirmesidir. Ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif yaşantılar, psikiyatrik belirtiler, travma sonrası büyüme, çocuk yetiştirme stilleri ve çocukların DEHB belirtileri üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkisinin değerlendirildiği bu çalışma iki aşamada gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın ilk aşamasında nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın nicel kısmı, DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinden oluşan 60 anne, 60 baba ve DEHB tanısı olmayan çocukların ebeveynlerinden oluşan 60 anne ve 60 baba olmak üzere toplam 240 katılımcı ebeveyn ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın ikinci aşaması ise nitel araştırma yöntemi ile ilerletilmiş olup 15 tanılı grup çocuğun hem annesi hem de babası; 15 tanısız grup çocuğun hem annesi hem de babası ile toplam 60 yarı yapılandırılmış nitel görüşme gerçekleştirilmiştir. Modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanalitik kuram kapsamında tasarlanan bu çalışmanın hem anne hem baba gruplarıyla birlikte gerçekleştirilmesi hem de nicel ve nitel yöntemlerin

bütünleştirici bir şekilde kullanılmasıyla elde edilen kapsamlı bulguların literatüre önemli bilimsel katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışma neticesinde elde edilen bilimsel çıktıların, çocukluk çağı travmalarının önlenmesine yönelik psikotoplumsal politikaların geliştirilmesine imkân sağlayacağı öngörülmektedir. Çalışmanın bu aşamasında, yapılan analizler neticesinde elde edilen bulgular ilgili alanyazın çerçevesinde tartışılmaktadır.

"Tanılı grubun ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması, Kısa Semptom Envanteri toplam puanı, Conner's AnaBaba Derecelendirme Ölçeği'nin Karşı Gelme, Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik, Hiperaktivite ve DEHB indeksi alt ölçekleri puanları tanısız grubun ebeveynlerinin puanlarından istatistiksel açıdan daha yüksektir." şeklindeki ilk hipotezimiz yapılan istatistiksel analizler ekseninde doğrulanmıştır. Tanılı grubun ebeveynlerinin CTQ toplam puanlarının (38,05), tanısız grubun ebeveynlerinin CTQ toplam puanlarından (31,43) istatiksel açıdan daha yüksek olduğu ($p<.001$) bulunmuştur (Bkz. Tablo XI). Tanılı grubun ebeveynlerinin DES toplam puan ortalamalarının (18,45), tanısız grubun ebeveynlerinin DES toplam puan ortalamalarından (11,62) istatiksel açıdan daha yüksek olduğu ($p<.001$) tespit edilmiştir (Bkz. Tablo XIII). Tanılı grubun ebeveynlerinin KSE toplam puanlarının (42,41), tanısız grubun ebeveynlerinin KSE toplam puanlarından (23,60) istatiksel açıdan daha yüksek olduğu ($p<.001$) ortaya çıkmıştır (Bkz. Tablo XIV). Tanılı grubun ebeveynlerinin çocuklarını değerlendirerek doldurduğu CADÖ-KF'nin karşı gelme alt ölçeği puanının (7,88), DEHB indeksi toplam puanlarının (18,50), tanısız grubun CADÖ-KF karşı gelme alt ölçeği puanından (2,84); Tanılı grubun CADÖ-KF'nin bilişsel problemler-dikkatsizlik alt ölçeği puanının (9,13), tanısız grubun CADÖ-KF bilişsel problemler-dikkatsizlik alt ölçeği puanından (1,68); Tanılı grubun CADÖ-KF'nin hiperaktivite alt ölçeği puanının (7,21), tanısız grubun CADÖ-KF hiperaktivite alt ölçeği puanından (1,70); Tanılı grubun DEHB indeksi alt ölçeği puanının

(18,57), tanısız grubun CADÖ-KF DEHB indeksi alt ölçeği puanından (5,17) istatiksel açıdan daha yüksek olduğu ($p<.001$) belirlenmiştir (Bkz. Tablo XX).

Modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanaliz kuramı açısından hazırlanan doktora tez çalışmamızda, tanılı ve tanısız çocukların ebeveynleri ele alınan değişkenler açısından karşılaştırılarak incelenmiştir. Bu nedenle ilk olarak DEHB tanısına sahip olan çocukların ebeveynlerinin oluşturduğu tanılı grup ve DEHB tanısı olmayan çocukların ebeveynlerinin oluşturduğu tanısız grubun ebeveynleri istatistiksel açıdan incelenmiştir. Katılımcıların çocuklarının DEHB belirtileri hakkında bilgi veren CADÖ-KF ölçeğinin karşı gelme, bilişsel problemler-dikkatsizlik, hiperaktivite ve DEHB indeksi alt ölçeklerinden elde edilen puanların yüksek olması, çocukların DEHB belirtilerinin fazla olduğu anlamına gelmektedir. İleri sürülen ilk hipotezde beklendiği gibi, DEHB tanılı çocuğa sahip ebeveynlerin CADÖ-KF ölçeğinin karşı gelme, bilişsel problemler-dikkatsizlik, hiperaktivite ve DEHB indeksi alt ölçeklerinden elde ettikleri puanlar, tanısız grubun ebeveynlerinin elde ettiği puanlara kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı derece yüksek çıkmıştır (Bkz. Tablo XX). Bu sonuç, tanılı ve tanısız çocuğu olan ebeveynlerin oluşturduğu çalışma gruplarında farklar olduğunu ortaya koymaktadır.

Hipotezde tanılı grubun ebeveynlerinin CTQ, DES ve KSE ölçme araçlarına ait toplam puan ortalamalarının tanısız grup ebeveynlere kıyasla daha yüksek olacağı ileri sürülmüş ve sonuçlar bu hipotezi doğrulamıştır (Bkz. Tablo XI, XIII ve XIV). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu bir aile psikopatolojisi olarak ifade edilmektedir (Biederman & Faraone, 2005). Bu nedenle DEHB tanılı çocukların ebeveynleri ve aile özellikleri üzerine farklı çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalar DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin normal örnekleme kıyasla daha fazla çocukluk çağı travmalarına maruz kalmış olduğunu göstermektedir (Gül & Gürkan, 2018; Moog ve ark., 2023). Çocuklukta deneyimlenen travmatik deneyimler doğrudan bireyi etkilerken aynı zamanda bireyle ilişki içerisinde olan

diğer kişileri de dolaylı olarak etkilemektedir. Çocukluk çağı travmalarından, dolaylı bir şekilde etkilenen en hassas grup ise travmatik bireylerin kendi çocuklarıdır. Bu durum Öztürk tarafından kuşaklararası travma geçişi olarak kavramsallaştırılmıştır (Derin & Öztürk, 2018). Çocukluk çağı travmalarının olumsuz etkisinin nötralize edilemeyerek üç veya daha fazla kuşağa etki etmesi ise kuşaklaraşırı travma geçişi olarak kavramsallaştırılmıştır (Öztürk, 2023a). Çocukluk çağı travmalarını yoğun bir şekilde deneyimleyen ve bu travmatik deneyimleri nötralize edemeyen bireylerin, başta dissosiyatif bozukluklar olmak üzere birçok farklı psikopatoloji geliştiribileceği ve bu bireylerin kendileri birer ebeveyn olduklarında ise çocuklarına karşı sıklıkla yanlış çocuk yetiştirme stillerini kullandıkları belirtilmektedir (Öztürk, 2021a). Dissoanalitik kurama göre, şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri çocukluk çağı travmalarına sebep olmakta, çocukluk çağı travmaları ise nötralize edilmediği takdirde dissosiye edilmekte ve bu süreç bir dissosiyojen devinim olarak varlanışını sürdürmeye devam etmektedir. Umursanmayan ve inkar edilen her dissosiyojen devinim şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri içerisinde saklanarak kuşaklararası travma geçişine ve kuşaklararası psikopatoloji aktarımına yol açabilmektedir (Öztürk, 2022a).

DEHB'li çocukların ebeveynlerinin psikopatolojik durumlarını araştıran çalışmalar, tanılı grubun ebeveynlerinin tanısız grubun ebeveynlerine kıyasla birçok farklı psikopatoloji yaşadıklarını ve bu psikopatolojileri diğer gruba göre daha yoğun bir şekilde deneyimlediklerini bildirmiştir (Cheung & Theule, 2016; Johnston & Chronis-Tuscano, 2015; Wesseldijk ve ark., 2018). DEHB üzerinde önemli çalışmaları olan Biederman dahil olmak üzere farklı araştırmacılar, DEHB'li çocukların ebeveynlerinde depresyon ve kaygı bozukluklarının daha yüksek oranda görüldüğünü bildirmiştir (Biederman, 1991, 1992; Braaten ve ark., 2003). Bu çalışmalardan birini gerçekleştiren Cheung ve Theule (2016), DEHB tanılı çocuğu olan ebeveynlerin, normal popülasyona göre 2,85 kat daha fazla ruhsal bozukluk geliştirdiğini

yaptıkları kapsamlı çalışma ile kanıtlamıştır. Cheung ve Theule'nin gerçekleştirdiği çalışmanın sonucu ile doktora çalışmamızda elde ettiğimiz bulguların benzer doğrultuda olduğu görülmüştür. Çalışmamızda, tanılı grubun ebeveynlerinin psikiyatrik belirti toplam puanının, tanısız grubun ebeveynlerinin toplam puanının 1.8 katı kadar olduğu hesaplanmıştır. Tanısız ve tanılı grubun ebeveynlerinin psikiyatrik belirtilerindeki bu dikkat çekici farklılığın iki boyuttan ele alındığı alanyazında görülmektedir. İlgili araştırmalar, ebeveynlerin psikopatolojileri ile çocukların DEHB'si arasındaki ilişkide, karşılıklı olumsuz etkinin söz konusu olduğunu ileri sürmüşlerdir (Chronis-Tuscano ve ark., 2008; Ghanizadeh ve ark., 2008). Karşılıklı etkinin ilk boyutu, DEHB tanılı çocuğu olan ebeveynlerin yaşadığı psikopatojik süreçlerin, çocuğun DEHB belirtileri geliştirmesine veya belirtilerinin artmasına yol açtığını bildirirken, ikinci boyut ise çocukların DEHB kaynaklı davranışlarının ebeveynlerindeki psikopatolojik durumu arttırdığını ileri sürmektedir (Biondic, 2011; Steinhausen ve ark., 2013; Wiener vd., 2016).

Araştırmalarda çocuklarda görülen DEHB belirtilerinin artmasının çocukların stres düzeyinin yükselmesiyle doğrudan ilişkili olduğu belirtilmektedir ve artmış stresle birlikte dissosiyatif yaşantılar da yaygın bir şekilde ortaya çıkabilmektedir (Endo ve ark., 2006; Johnson ve ark., 2007; Martínez ve ark., 2016). Bu bağlamda, bozulmuş gelişimsel süreçler, DEHB'li birçok çocukta dikkat ve duygulanım bozukluklarını artıran patolojik düzeyde dissosiyatif yaşantıların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir (Bob & Konicarova, 2018). DEHB ve dissosiyasyon konusunda yapılan bir çalışma, çocuğun ebeveynleri veya diğer önemli erken dönem figürleri tarafından eksik ve yetersiz büyütülmesinin, çocuğun benliğinde dissosiyasyona neden olduğu ve bu durumunda çocukta DEHB gelişimine yol açtığı ileri sürülmüştür (Low, 1999). Yetişkin DEHB vakalarında da benzer şekilde dissosiyasyonun varlığı ifade edilmektedir (Harrison & Wilson, 2005). Ebeveylerde görülen psikopatolojilerin (Biederman, 1991), ebeveynlerin travmatize edici, şiddet odaklı çocuk yetiştirme stillerine

sahip olmasının ve çocukların büyüme sürecinde deneyimledikleri dissosiyatif yaşantıların (Bob & Konicarova, 2018; Low, 1999) DEHB etiyolojisinde etkisi olan risk unsurlarından olduğu ifade edilmektedir. Bu doğrultuda DEHB tanısı olan çocukların ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanının, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği'nin toplam puan ortalamasının ve Kısa Semptom Envanteri toplam puanlarının tanısız grubun ebeveynlerine kıyasla daha yüksek olması anlamlı bir sonuçtur (Bkz. Tablo XI, XIII ve XIV).

"*Tanılı grubun ebeveynlerinin Yetişkin Ergen Ebeveyn Envanteri'nin alt ölçek puanları, tanısız grubun ebeveynlerinin puanlarından istatistiksel açıdan daha düşüktür."* şeklindeki ikinci hipotezimiz doğrulanmıştır. Tanılı grubun ebeveynlerinin YEEE'nin çocuklardan beklentiler alt ölçeği puanının (20,93), tanısız grubun ebeveynlerinin çocuklardan beklentiler alt ölçeği puanından (24,83); tanılı grubun ebeveynlerinin çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt ölçeği puanının (31,91), tanısız grubun ebeveynlerinin çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt ölçeği puanından (37,19); tanılı grubun ebeveynlerinin disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı alt ölçeği puanının (38,90), tanısız grubun ebeveynlerinin disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı alt ölçeği puanından (44,53); tanılı grubun ebeveynlerinin ebeveyn-çocuk rol ve sorumluluk alt ölçeği puanının (21,65), tanısız grubun ebeveynlerinin ebeveyn-çocuk rol ve sorumluluk alt ölçeği puanından (24,40) ve tanılı grubun ebeveynlerinin çocukların güç ve bağımsızlığı alt ölçeği puanının (17,90) tanısız grubun ebeveynlerinin çocukların güç ve bağımsızlığı alt ölçeği puanından (20,30) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo XVI).

İstismar edici çocuk yetiştirme stillerini ölçmek üzere geliştirilmiş bir ölçme aracı olan YEEE alt ölçeklerinden alınan yüksek puanlar olumlu ebeveynlik tutumlarına işaret ederken, düşük puanlar istismar edici ebeveynlik tutumlarının çok daha fazla olduğuna işaret etmektedir (Yaman & Yüksel, 2019). Hipotezde tanılı grubun ebeveynlerinin tanısız grubun

ebeveynlerinden daha düşük seviyede ölçek puanları elde edeceği ileri sürülmüş ve bu hipotez doğrulanmıştır. Çalışmamızın sonuçları, tanısız grubun ebeveynlerinin tanılı grubun ebeveynlerine göre, çocuklarının gelişimine daha uygun beklentilere sahip olduklarını, çocuklarının ihtiyaçlarına karşın daha empatik olabildiklerini, çocuklarını disiplin etmek için fiziksel ceza kullanımını işlevsiz bulduklarını, çocuklarına onların gelişimini destekleyecek roller ile görevler verebildiklerini ve çocukların ruhsal anlamda güçlenebilmeleri, kendine yetebilen bağımsız bireyler olabilmeleri için daha fazla destekler nitelikle tutumlar sergilediklerini göstermektedir (Bkz. Tablo XVI). Başka bir ifadeyle tanılı grubun ebeveynlerinin tanısız grubun ebeveynlerine göre çocuklarına karşı daha fazla ihmal ve istismar edici tutumlara sahip olduklarını, tanılı grubun ebeveynlerinin yanlış çocuk yetiştirme stillerini tanısız çocuğu olan ebeveynlere oranla daha fazla benimsemiş olduklarını göstermektedir.

Empatiden uzak şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerinin etkisiyle çocukta gelişen psikopatoloji, ailenin ve ebeveynlerin dinamiklerinde yatan psikopatolojik işleyişten ayrı tutulamayacak bir olgudur (Öztürk, 2021a; Biederman & Farone, 2005). Bu doğrultuda ebeveynlerin ihmal ve istismar edici ebeveynlik stilleri üzerine yapılan çalışmaların, ileri sürülen hipotezi destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Ebeveyn tutum ve davranışlarıyla DEHB ilişkisi üzerine yapılan çalışmalar, tanılı çocukların ebeveynlerinin tanısız çocukların ebeveynlerine göre daha fazla olumsuz tutum ve davranış sergilediklerini göstermiştir (Johnston & Chronis-Tuscano, 2015). Olumsuz ebeveyn tutumlarından çocuğa tutarsız davranmak, acımasız ve cezalandırıcı olmak, çocukların daha mutsuz, öfkeli ve saldırgan olmalarına yol açmakta hatta çocukların sosyal yeteneklerinin düşük olmasına sebep olmaktadır (Kaiser ve ark., 2011). Ebeveynlerin empatiden uzak baskıcı ya da tam tersi aşırı izin verici tutumlarının ve örseleyici davranışlarının çocuklarda problemli dışsallaştırma davranışlarına yol açtığı tespit edilmiştir (Combs-Ronto ve ark., 2009; Kopala-Sibley ve ark., 2017).

DEHB tanılı çocuğu olan ebeveynlerde tutarsız ve düşmanca tutumların daha yaygın bir şekilde görüldüğü ve bununla birlikte empatik ve karşılıklılığı bulunan sıcak ve güvene dayalı ilişkinin yerine kaygının ve stresin hâkim olduğu ebeveyn-çocuk ilişkisinin söz konusu olduğu bildirilmektedir (Cussen ve ark., 2012; Durukan ve ark., 2009). Ebeveynlerin stresin ve kaygının baskısından kurtulamayarak çocuklarının bir birey olarak güçlenmesini ve özgürlüğünü desteklememeleri, çocuklarının ruhsal esnekliklerine yönelik aşırı müdahaleci tutum ve davranışları çocukların bu duruma karşı sorunlu davranışlarla tepki göstermesine yol açmaktadır (Yan ve ark., 2019). DEHB tanılı çocuklarda görülen dürtüsellik ve aşırı hareketlilik davranışlarının, ebeveynlerin empatiden ve ilgiden yoksun, sıcaklıktan ve ilgiden uzak, kabul edici olmayan tutumlarıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Çöp ve ark., 2016). İstismar edici şiddet odaklı ve empatiden uzak yanlış çocuk yetiştirme stillerini kendi öz çocuklarına bir cezalandırma yöntemi olarak kullanan ebeveynler çocuklarını travmatize ederek adeta "*kurban*" etmiş olurlar (Öztürk, 2021a). Ebeveynleri tarafından kurban edilmiş çocuk hem kendi ailesi hem de etrafındaki kişiler tarafından "*hasta*" rolüne itilerek kontrol altına alınırlar. İlgili hipotezde tanılı grubun ebeveynlerinin tanısız grup ebeveynlere göre empatiden uzak, şiddet odaklı, düşük ve yetersiz ebeveynlik tutumlarına sahip olması ve çocukların literatürdeki araştırmalarla doğru orantılı bir şekilde psikopatolojiye sahip olmaları, ebeveynlik becerilerinin DEHB gelişiminde önemli bir etken olduğunu kanıtlar niteliktedir.

"*Tanılı grubun ebeveynlerinin Travma Sonrası Büyüme Envanteri toplam puanı, tanısız grubun ebeveynlerinin toplam puanından istatistiksel açıdan daha düşüktür.*" şeklinde ileri sürülen üçüncü hipotezimiz doğrulanmamıştır. Tanılı grubun ebeveynlerinin TSBE toplam puanlarının (48,54), tanısız grubun ebeveynlerinin TSBE toplam puanlarından (50,20) daha düşük olduğu hesaplanmış olup; aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür ($p>.05$). Benzer istatiksel sonuç, ölçme aracının benlik algısında değişim, yaşam

felsefesinde değişim ve başkalarıyla ilişkilerde değişim alt ölçeklerinden elde edilen puanlar için de geçerlidir (Bkz. Tablo XVIII). Travma sonrası büyüme, bireyin örseleyici yaşantıyı deneyimlemeden önceki tipik işlevsellik düzeyini geri kazanması hatta bu işlevsellik kapasitesinin daha da artması anlamına gelmektedir (Altınsoy & Aypay, 2023; Joseph ve ark., 2012). Bu perspektif temel alındığında çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin olumsuz etkisini atlatan bireylerin travma sonrası büyüme sağladığı temel düzeyde ifade edilebilir. Fakat travma sonrası büyümenin birçok farklı psikososyal faktöre bağlı olarak geliştiği, kişiye özel bir durum olduğu ve bu nedenle de farklı karakteristikleri bulunan gruplara genellenebilecek bir yapı olmadığı belirtilmiştir (Altınsoy & Aypay, 2023; Zeligman ve ark., 2019).

Bu fenomen ile ilgili farklı bir görüş ise travma sonrası büyümenin doğrusal bir düzlemde gerçekleşmediğini ileri sürmektedir (Joseph, 2004). Travmatik etkinin bireyin baş etme becerisine göre çok düşük olması veya çok şiddetli olması durumuna kıyasla etkinin ortalama düzeyde olması, travma sonrası büyümenin optimal seviyede gerçekleşmesini sağlamaktadır (Greenberg ve ark., 2021). Doktora tez çalışmamızda tanılı ve tanısız ebeveyn gruplarının travma sonrası büyüme toplam puanlarının anlamlı bir şekilde ayrışmaması ve her iki grupta da travma sonrası büyüme puanlarının benzer olması bu açıdan açıklanabilir. Çalışmada grupların çocukluk çağı travma düzeylerinin farklı olması, yani tanılı grubun ebeveynlerinin tanısız grubun ebeveynlerine kıyasla daha fazla ve yoğun düzeyde çocukluk çağı travmaya maruz kalmış olması bu grup ebeveynlerin travma sonrası büyümelerini azaltmaktayken, tanısız grubun ebeveynlerinin ise düşük travmatik etkiye maruz kalmaları da yine ebeveynlerin travmatik büyüme düzeylerini azaltmaktadır (Bkz. XVIII). Bu sonuçlar, tanılı grubun ebeveynleri ve tanısız grubun ebeveynleri arasında travma sonrası büyüme düzeyleri üzerine test edilecek hipotezlerin benzer travmatik deneyim puanlarına sahip bireyler üzerinden yapılmasının gerekli olduğunu göstermiştir.

"*Tanılı grubun ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri ve Conner's AnaBaba Derecelendirme Ölçeği arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.*" şeklindeki dördüncü hipotezimiz ve "*Tanılı grubun ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanı ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalaması, Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği puanlarını yordamaktadır.*" şeklindeki beşinci hipotezimiz yapılan istatiksel analizler ekeseninde doğrulanmıştır. Bu iki hipotezin incelemesi aynı değişkenleri içerdiği için birlikte ele alınmıştır. Yapılan analizler neticesinde katılımcıların çocukluk çağı travmaları ile; dissosiyatif yaşantıları (r=.399; p<.01), psikiyatrik belirti toplamı (r=.254; p<.01), psikiyatrik belirtilerin olumsuz benlik boyutuyla (r=.396; p<.01), psikiyatrik belirtilerin hostilite boyutuyla (r=.382; p<.01), çocukların DEHB belirtilerinden karşı gelme boyutuyla (r=.271; p<.01), çocukların DEHB belirtilerinden bilişsel problemler ve dikkatsizlik boyutuyla (r=.234; p<.01), çocukların DEHB belirtilerinden hiperaktivite boyutuyla (r=.247; p<.01) ve çocukların DEHB belirtileri hakkında genel bilgi veren DEHB indeksi boyutuyla (r=.284; p<.01) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Bkz. Tablo XXXII).

Beşinci hipoteze dair, çocukluk çağı travmalarının alt ölçeklerinin yordayıcı değişken, çocukların DEHB belirtilerinin yordanan değişken olduğu çoklu regresyon analizi sonucunda, oluşturulan modelin anlamlı olduğu [F= 3,071; p<.05]; modeldeki çocukluk çağı travmaları değişkeninin, çocukların DEHB belirtileri bağımlı değişkenindeki varyansın %8'ini açıkladığı (R=.345; R^2=.080) ve bu değişken üzerinde Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nin duygusal istismar alt ölçeğinin yordayıcı etkisinin olduğu, diğer alt ölçeklerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri üzerinde çoklu regresyon modelinde yordayıcı etkisinin olmadığı bulunmuştur (Bkz. Tablo XXXVIII). Bu hipoteze dair ikinci regresyon modeli Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamasının DEHB belirtilerini yordamasını

inceleyen basit regresyon modelidir. Analiz sonucunda ilgili modelin anlamlı olduğu [F= 21,209; p<.05]; modeldeki dissosiyatif yaşantılar değişkeninin, çocukların DEHB belirtileri bağımlı değişkenindeki varyansın %14,5'ini açıkladığı (R=.390; R^2=.145) ve bu değişken üzerinde yordayıcı etkisinin olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo XXXIX).

Yapılan birçok araştırma çocukluk çağı travmaları ve dissosiyasyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğunu göstermektedir (Álvarez ve ark., 2015; Jowett ve ark., 2022; Öztürk, 2020a). Dissosiyatif yaşantıların ve dissosiyatif bozuklukların oluşumunda erken yaşta maruz kalınan kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmatik yaşantılarının etkili olduğu ifade edilmektedir (Öztürk, 2020a; Öztürk ve ark., 2021; Şar, 2018b, 2020). Çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar arasındaki istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yöndeki ilişki bu konu ile ilgili yapılan birçok çalışmada olduğu gibi bu doktora tez çalışmasında da yeniden doğrulanmıştır (Cohen, 2019; Karaman, 2023).

Modern psikotravmatoloji, travma ve dissosiyasyon ilişkisini detaylı bir şekilde inceleyerek açıklayan bilimsel bir uzmanlık alanı olarak karşımıza çıkmaktadır (Öztürk, 2022a). Öztürk, çocukluk çağı travmasına maruz kalan bireyin dissosiyasyon aracılığıyla hayata devam edebildiğini belirtmektedir (Öztürk, 2020a). Bireyin travma sonrasındaki hayatına uyum sağlamasına yardım eden dissosiyasyon fenomenine, travmaların şiddetli şekilde gerçekleşmesi durumunda aşırı şekilde başvurulmaktadır. Dissosiyasyonun aşırı kullanımı ise ruhsal bileşenlerin bütünleşmesinin önüne geçmekte ve psikopatolojilerin oluşmasına yol açmaktadır (Öztürk & Derin, 2018). Simeon ve Putnam (2022) tarafından geniş bir örneklem üzerinden yapılan çalışma, bireylerin çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin dissosiyatif bozukluklara sebep olduğunu göstermiştir. Akiş (2023) tarafından yapılan tez çalışması, borderline kişilik bozukluğu ve depresif bozukluk vakalarında travma kaynaklı dissosiyatif belirtilerin yoğun bir şekilde görüldüğünü göstermiştir. Çocukluk çağı

travmalarıyla ilişki olarak ortaya çıkan dissosiyasyon birçok psikiyatrik bozukluğa eşlik etmektedir. Bu bozukluklardan biri olan travma sonrası stres bozukluğu tanısına sahip hastaların yaklaşık %14'ünde dissosiyatif belirtilerin görüldüğü, bu kişilerde karşılaşılan dissosiyatif belirtilerin duygusal ve fiziksel istismar başta olmak üzere bireyin çocukluk çağı travmatik deneyimleriyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (King ve ark., 2020).

Boyer ve arkadaşları (2022) dissosiyatif bozuklukların, fazlaca tanılanan psikiyatrik bozukluklardan olan bipolar bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk ve şizofreni gibi psikopatolojilerden daha yaygın görüldüğünü fakat travmayla ilişkili olarak ortaya çıkan bu bozukluğun çoğu kez ihmal edildiğini vurgulamıştır. Benzer doğrultuda Loewenstein'de (2018) dissosiyatif bozuklukların klinik örneklemde azımsanmayacak kadar fazla olduğunu fakat bilgi eksikliği sebebiyle bu vakaların çoğu kez gözden kaçırıldığını veya yanlış tanı aldığını ifade etmiştir. Dissosiyatif bozuklukların ruhsal travma ile ilişkili, yaygın görülen ve özellikle de kronik çocukluk çağı travmaları kaynaklı gelişen bir psikopatoloji olduğu, modern psikotravmatoloji ekseninde yapılan birçok araştırmanın ortaya koyduğu sonuçlar neticesinde kanıtlanmış durumdadır (Öztürk, 2022c). Çalışmamız sonuçları da literatürdeki araştırmalarla benzer şekilde çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantıların pozitif ilişkisini göstermiştir (Bkz. XXXII). Dissosiyatif bozukluklar çocukluk çağı travmalarının hem uzun hem de kısa dönemli bir sonucudur. Bu nedenle çocukluk çağı travmaları konusunun dissosiyatif bozukluklardan ayrı bir şekilde çalışılması önemli bir eksiklik yaratarak çalışılan konunun bütünlüğü yakalamasını olanaksız kılacaktır. Bu bağlamda travma ile ilişkili vakaların değerlendirilmesinde ve tedavi edilmesinde mutlaka travma ve dissosiyasyon konusunda yeterli akademik ve klinik bilgiye sahip ruh sağlığı uzmanlarının bulunması önerilmektedir (Öztürk, 2022c). Buna ek olarak, özellikle travmaya yönelik geliştirilmiş olan ve travmayla ilişkili

psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılan "*Travma Merkezli Alyans Model Terapi"* gibi etkili tedavi yöntemlerin kullanılması tavsiye edilmektedir Öztürk, 2018b; 2021c).

Bireyin yaşamın erken dönemlerinde kronik ve şiddetli travmatik deneyimlere maruz kalması, yetişkinlik döneminde psikiyatrik bozukluklar geliştirmesini kolaylaştırmaktadır (Helvacı Çelik & Hocaoğlu, 2018). Bu durumun aksine bireyin çocukluk döneminde yeterli, doyurucu ve kapsayıcı aile ilişkilerine sahip olması, hayatının zorlu dönemlerde aile üyelerinden destek görmesi ve ebeveynler ile güçlü duygusal bağlara sahip olması durumları bireyin ruh sağlığı üzerinde koruyucu işlevlere sahiptir (Tütüncü, 2020). Bu doğrultuda çocukluk çağı travmalarının, kişiyi yalnızca çocukluk çağı travmalarına maruz kaldığı süre zarfında etkileyerek kalmadığı, kişinin yaşamının farklı dönemlerine de etki ettiği ileri sürülmektedir. Bu kişi üzerinde negatif ruhsal izler yaratan deneyimler öznelerin travmadan sonraki hayatının gidişatına yön verebilmekte ve bireyin psikolojik iyi oluşuna olumsuz şekilde etki edebilmektedir (Nurius ve ark., 2015). Ayrıca bu dissosiyojen etki, bireyin yineleyen psikiyatrik bozukluklar yaşamasına yol açmaktadır (Carr ve ark., 2013; Öztürk, 2020a).

Araştırmacılar, çocukluk çağı travmalarının sebep olduğu psikopatolojilerin psikotik bozukluklardan kişilik bozukluklarına kadar çeşitlendiğini bildirmişlerdir (Dvir ve ark., 2013; Schäfer & Fisher, 2011; Zhang ve ark., 2012). Croft ve arkadaşları (2019), psikotik deneyimleri olan kişilerin %45'inin çocukluk çağı travmatik yaşantısına maruz kalmış olduğunu bildirmiştir. Araştırmacılar, çocukluk çağı travmalarının bireyin yetişkinlik döneminde depresyon, kaygı bozuklukları ve bipolar bozukluk gibi psikopatolojiler yaşamasına yol açabileceğini belirtmişlerdir (Li ve ark., 2016; Marangoni ve ark., 2016; Yap ve ark., 2019). Çocukluk çağı travmaları olan bireyin, yaşamış olduğu travmatik durumları nötralize edememesi sonucunda deneyimlemeye başladığı dissosiyatif yaşantılar, kişinin yakınlarıyla kurduğu iletişimin niteliğini zayıflatmakta ve yakınları arasındaki ilişkinin disfonksiyonel bir

odakta ilerlemesine sebep olmaktadır (Öztürk, 2020a). Kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmaları olan annelerin çocuklarıyla yakın ilişki kurabilmekte zorlandığı ve bu durumunda ebeveyn ve evlatları arasındaki bağlanmanın bozulmasına yol açtığı bildirilmektedir (Tütüncü, 2020). Çocukluk çağı travma öyküsü olan annelerin çocuklarında DEHB'de görülen içselleştirme ve dışsallaştırma sorunlarının bulunduğu ifade edilmektedir (Plant ve ark., 2018). Ebeveynin travmatik geçmişi, çocukların karşı gelme, saldırganlık ve dürtüsellik gibi DEHB belirtilerinde artışa sebep olmaktadır (Balcı ve ark., 2023).

Konuyla ilgili yürütülen çalışmaların genellikle DEHB tanılı çocukların anneleri üzerinden araştırıldığı görülmüştür. Moog ve arkadaşları (2023) tarafından 4000'den fazla katılımcı ile anne çocuk ilişkisi üzerine gerçekleştiren retrospektif bir araştırma, çocukluğunda şiddet ve istismar gibi travmatik deneyimlere maruz kalmış annelerin çocuklarında en çok görülen psikopatolojinin otizm spektrum bozukluğu ve DEHB olduğu belirtilmiştir. Babaların çocukluk çağı travmalarının olumsuz etkilerini ebeveynlik stresi üzerinden inceleyen az sayıdaki çalışmalardan biri ise, travmatik geçmişi olan babaların tanısız gruba kıyasla daha fazla ebeveynlik stresi yaşadığını keşfetmiş, bu durumun da ebeveynlerin davranışlarına etki ettiğini ve bu davranışların çocukların travmatize olmasına yol açarak psikopatoloji geliştirmesine yol açtığı ifade edilmiştir (Granner ve ark., 2023). Ebeveynlerin çocukluk çağı travmatik deneyimleriyle çocuklarının DEHB belirtileri geliştirmeleri arasındaki ilişki birçok çalışma ile gösterilmiştir. Modern psikotravmatoloji temelli doktora çalışmamız, literatürdeki sonuçlarla paralel olarak ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları ile çocukların DEHB belirtileri arasındaki pozitif yönde anlamlı ilişkiyi ve ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının çocukların DEHB belirtilerini yordadığını ortaya koymuştur (Bkz. XXXII ve XXXIII).

"*Tanılı grubun ebeveynlerinin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri arasında istatistiksel açıdan*

negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır." şeklindeki altıncı hipotezimiz doğrulanmıştır. Tanılı grubun çocukluk çağı travmalarıyla; YEEE'nin alt ölçeklerinden çocuklardan beklentiler (r= -.333; p<.001), çocuğun ihtiyaçlarına yönelik empati (r= -.375; p<.001), disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı (r= -.383; p<.001), ebeveyn-çocuk rol ve sorumluluk (r= -.336; p<.001) ve ebeveyn-çocuk güç ve bağımsızlık (r= -.413; p<.001) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır (Bkz. Tablo XXXII). YEEE ölçme aracından alınan düşük puan istismar edici ebeveynliğin yoğun olduğunu, alınan yüksek puanlar ise olumlu ebeveynliğin varlığını göstermektedir (Yaman, 2019). Doktora tez çalışmamızın istatiksel sonuçları, çocukluk çağı travma yaşantıları fazla bireylerin istismar ve dissosiye edici ebeveynlik özelliklerine daha fazla sahip olduğunu göstermiştir (Bkz. Tablo XXXII). Araştırmamızdan elde edilen bu sonuçların ilgili literatürde benzer konu üzerinde yapılmış çok sayıda çalışmayla paralellik gösterdiği görülmektedir (Öztürk, 2021a; Shaw & Bailey, 2018; Terry ve ark., 2021).

Öztürk, dissosiyatif bozukluk hastaları üzerine yaptığı çalışmalar neticesinde, çocukluk çağı travmaları olan bireylerin kendi çocuklarını da şiddet odaklı istismar edici ebeveynlik stilleri aracılığıyla travma mağduru ettiğini bildirmiştir (Öztürk, 2020a; 2021a). Siverns ve Morgan (2019), ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları ile ebeveynlik deneyimleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu çalışma, ebeveynlerin çocukluğunda travmatik deneyimlerin fazlaca olmasının, çocuklarına yönelik daha fazla olumsuz ebeveynlik davranışları göstermelerine sebep olduğunu ve bu kişilerin ebeveynliği daha zor bir süreç olarak algılamalarına yol açtığını göstermiştir. Ebeveynlik her birey için birtakım zorluklar içermektedir fakat bazı ebeveynler bu durumu normalden daha fazla zor olarak deneyimlemektedirler. Çocukluk çağı travmalarını nötralize edememiş bireyler, travmatik olaylarla genellikle dissosiyatf savunmalarla baş etmeye çalışmaktadırlar. Travmatik anamnezi bulunan ebeveynler, çoğu zaman dissosiyojen konformizmleri doğrultusunda çocuklarını farkında olup olmaksızın ihmal ve istismar etmeye

eğilimlidirler ki adeta kendi örseleyici yaşantılarını hem onlara aktarırlar hem de bu örseleyici yaşantılarını kendi çocuklarını travmatize ederek gidermeye yönelirler (Öztürk, 2021a).

Çalışmamızda, ebeveynin çocukluk çağı travmaları ile negatif yönde en fazla ilişkili olan boyutun çocuğun güçlü bir birey olmasının ve bağımsızlığının desteklenmesi olduğu, ikinci boyutun ise, çocuğa karşı bir disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanılması olduğu görülmektedir (Bkz. XXXII). Hem fiziksel cezanın kullanımı hem de çocuğun bağımsızlığına yönelik çabaların sergilenmemesinin ebeveynlerin aile psikopatolojisi ve patolojik konformizmleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Öztürk, 2022d). Patolojik konformizmleri sebebiyle sürekli rahatlığı ve özgürlüğü talep eden ebeveynlerin çocuklarını bu istismar edici stillerle travmatize ettiği söylenebilir. Sauvé ve arkadaşları (2022) çocuklarına karşı yardımsever olmayan ve düşmanca davranışlar sergileyen ebeveynlerin diğer ebeveynlere kıyasla çok daha fazla çocukluk çağı travma deneyimi bildirdiğini ifade etmiştir. Konu üzerine yapılmış bir başka çalışma, çocuklarına istismar edici tutumlar sergileyen annelerin %42'sinin çocuklarına düşmanca tavırlar sergilediğini ve bu annelerin çocukluğunda ihmal ve istismar türlerinden en az birinin mutlaka bulunduğunu göstermiştir (Terry ve ark., 2021). Shaw ve Bailey (2018) çocukluk çağı travmalarının anne-babaların getirdiği zorlukları potansiyel olarak daha da kötüleştirebileceği konusunda ruh sağlığı uzmanlarının farkındalığının yüksek olmasını ve hem ebeveyn hem de çocuk için sürecin daha da karmaşık bir hal almaması için müdahalelerde bulunulmasının önemini dile getirmiştir.

Katılımcıların çocukluk çağı travmaları ile travma sonrası büyümeleri ($r = -.185$, $p<.05$) ve benlik algısında değişim ($r = -.204$, $p<.05$) ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. CTQ'nin duygusal istismar alt ölçeği ile benlik algısında değişim ($r = -.192$, $p<.05$) ölçeği arasında negatif yönde anlamlı ilişki görülmektedir. CTQ'nin duygusal ihmal alt ölçeği ile TSBE ($r = -.181$, $p<.05$) ve benlik algısında değişim ($r = -.182$, $p<.05$) ölçekleri

arasında negatif yönde anlamlı ilişki görülmektedir (Bkz. Tablo XXXII). Doktora tez çalışmamızda katılımcıların travma sonrası büyüme envanterini çocukluk dönemi travmatik deneyimleri doğrultusunda cevaplamaları istenmiştir. Travmatik deneyim ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi anlamaya yönelik birçok çalışma gerçekleştirilmiştir (Akhtar, 2017; Mangelsdorf ve ark., 2019; Tedeschi ve ark., 2018). Bu çalışmaların travmatik deneyim ile travma sonrası büyüme arasında ilişkiye yönelik farklı sonuçlar verdiği görülmektedir. Literatürde genel olarak travma deneyimlerinin şiddeti ile travma sonrası büyüme düzeyi arasında pozitif bir ilişkinin varlığı ileri sürülmektedir (Strasshofer ve ark., 2018) fakat alanyazında, bu iki değişken arasında negatif bir ilişki olduğunu ileri sürerek aksini belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Ai ve ark., 2005; Shand ve ark., 2015). Daha farklı çalışmalar ise, travmatik yaşantıların şiddeti ile travma sonrası büyüme arasında doğrusal olmayan bir ilişkinin olduğunu ve bu ilişkinin farklı bilimsel çalışmalarda farklı sonuçlar verdiği ortaya çıkmıştır (Greenberg ve ark., 2021; Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014; Tsai ve ark., 2015).

Çalışmamızda örneklem gruplarının farklı travma puanlarına sahipken benzer travma sonrası büyüme puanları elde etmiş olmaları travma sonrası büyümenin lineer bir şekilde gerçekleşmediğini öneren diğer bulguları desteklemektedir (Bkz. Tablo XVIII). Çalışma sonucumuza başka bir açıdan bakıldığında ise örneklem gruplarımızda travma sonrası büyümeyi etkileyen farklı etmenlerin var olabileceği sorusu akla gelmektedir. Bu iki değişken arasındaki ilişkide farklı değişkenlerin devreye girmesi araştırma sonuçlarının farklılaşmasına sebep olmaktadır (Greenberg, 2021). Quan ve arkadaşlarının (2022) yaptıkları araştırmanın sonuçları, çocukluk çağı travmalarına maruz kalmanın travma sonrası büyümeyi doğrudan ve olumsuz yönde etkilediğini belirtmektedir. Aynı çalışma çocukluk çağı travmasına maruz kalmanın özne tarafından kabul edilmesi şartıyla travma sonrası büyümenin olabileceğini bildirmiştir. Bu noktada, tanısız grubun ebeveynlerine kıyasla daha yüksek düzeyde çocukluk

çağı travmaları olan tanılı çocukların ebeveynlerinin çocukluk çağı travmalarını olumsuz etkilerini nötralize edememiş olabileceği düşünülebilir. Tanılı grubun ebeveynlerinin dissosiyatif yaşantılarının (Bkz. Tablo XIII) ve psikopatolojik belirtilerinin (Bkz. Tablo XIV) tanısız çocukların ebeveynlerine göre fazla olması, bu grubun çocukluk çağı travmalarının olumsuz etkilerini yeterince nötralize edilememesi şeklinde ifade edilebilir.

Araştırmamızda elde ettiğimiz farklı bulgular literatür ışığında değerlendirildiğinde tanılı grubun ebeveynlerinin travmatik yaşantı düzeyi ile travma sonrası büyüme puanlarının arasındaki ilişkinin negatif yönde olmasını anlaşılır kılmaktadır. Araştırmalar, travmayı bilişsel ve duygusal açıdan yeniden değerlendirmenin ve olumlu duygu düzenleme becerilerinin travma sonrası büyüme için önemli pozitif etkenler olduğunu ortaya koymuştur (Hussain & Bhushan, 2011; Zhou ve ark., 2017). Araştırmalarda travma sonrası büyüme için önemli olduğu vurgulanan duygu düzenleme ve olumlu duygu geliştirme becerilerinin, çocuklukta duygusal ihmale ve istismara maruz kalmış bireylerde yetersiz düzeyde bulunması, bu bireylerin optimal düzeyde travma sonrası büyüme göstermelerini engellemektedir (Paivio & Laurent, 2001; Wild & Paivio, 2004). Çalışmamızda tanılı grubun ebeveynlerinin duygusal istismar ve ihmal deneyimlerinin tanısız grubun ebeveynlerine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı bulunmuştur (Bkz. Tablo XI). Bulguların tamamı bir bütün olarak değerlendirildiğinde tanısız grubun ebeveynleri ile tanılı grubun ebeveynlerinin farklı travma düzeylerine sahip olmalarına rağmen benzer travma sonrası büyüme göstermeleri anlamlı hale gelmektedir.

"*Tanılı grubun ebeveynlerinin Conner's AnaBaba Derecelendirme Ölçeği ile Dissosiyatif Yaşantılar ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır" şeklindeki yedinci hipotezimiz doğrulanmıştır.* Çocukların DEHB belirtileri ile ebeveynlerin dissosiyatif yaşantıları arasındaki ilişkiyi

keşfetmek için yapılan analiz sonuçlarına göre, dissosiyatif yaşantılar ile DEHB belirtilerinden karşı gelme ($r = .239$, $p<.001$), bilişsel problemler ve dikkatsizlik ($r = .253$, $p<.001$), hiperaktivite ($r = .346$, $p<.001$) ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite indeksi ($r = .388$, $p<.001$) alt ölçekleriyle pozitif yönde anlamlı bir ilişki görülmektedir. Çocukların DEHB belirtileri ile ebeveynlerin psikiyatrik belirtileri arasındaki ilişkiyi keşfetmek için yapılan analiz sonuçlarına göre, psikiyatrik belirtiler ile DEHB belirtilerinden karşı gelme ($r = .350$, $p<.001$), hiperaktivite ($r = .259$, $p<.001$) ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite indeksi ($r = .188$, $p<.001$) alt ölçekleriyle pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. DEHB belirti indeksinin ise, psikiyatrik belirtilerden anksiyete ($r = .192$, $p<.001$) ve olumsuz benlik ($r = .207$, $p<.001$) ile arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiye sahip olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo XXXII).

Literatür incelendiğinde ebeveynlerin dissosiyatif yaşantıları ile çocuklarındaki DEHB belirtileri arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat ebeveynlerin dissosiyatif yaşantılarının çocukları üzerindeki olumsuz etkilerinden bahseden çalışmalar bulunmaktadır (Öztürk, 2022d; Yayla, 2022). Dissosiyatif bozuklukların nötralize edilmemiş şiddetli travmatik deneyimlerle ilişkili olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda dissosiyatif bozukluk yaşayan hastaların günlük işlevselliğini bozulduğu ve bunun kişinin ilişki içerisinde olduğu diğer kişilere de yansıdığı ifade edilmektedir (Öztürk, 2020a). Dissosiyatif yaşantılar bireyin ebeveynlik becerilerini bozmakta ve yanlış çocuk yetiştirme stilleri aracılığıyla çocukları olumsuz yönde etkilemektedir. Dissosiyatif yaşantıların devreye girdiği empati kesintili ve şiddet odaklı yanlış ebeveynlik davranışları, çocukların psikopatoloji geliştirmesine yol açmaktadır (Öztürk, 2021a). Çocuklarda psikopatolojinin gelişme sürecinde dissosiyasyonun empati yoksunu ve şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerini bir aracı rol olarak kullandığı ifade edilmektedir. Bireyin ebeveynlik becerilerini olumsuz yönde etkileyen dissosiyasyon, varlığını ebeveynlerin dissosiyojen iletişim şekilleri ile devam ettirmektedir

(Öztürk, 2022d). Bu dissosiyojen iletişim şekilleri, ebeveynlerin çocuklarına karşı travmatize edici tutumlar ve davranışlar sergilemesine sebep olmaktadır. Dissosiyojen iletişim şekillerine sıkça ve yoğun bir şekilde maruz kalan çocuklar, yaşadıkları bu olumsuz deneyimlerin etkisiyle ruhsal gelişim sürecini sağlıklı bir şekilde ilerletemezler (Öztürk, 2020a; 2023a; 2023b).

Türkiye'de DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin tutum ve davranışları üzerine gerçekleştirilmiş olan bir çalışma DEHB tanılı çocuğu olan ebeveynlerin dissosiyojen iletişim şekillerinden çocuğa tutarsız davranma ve çocukla ilgilenmemeyi tanısız çocukların ebeveynlere göre daha fazla kullandığını göstermiştir (Yayla, 2022). DEHB'li çocuğu olan ebeveynlerde karşılaşılan çocuğa karşı tutarsız tutum ve davranışlar, dissosiyatif yaşantıların yoğun bir şekilde deneyimlendiği disfonksiyonel iletişim şekillerinden "*çift mesaj*" ile açıklanmaktadır (Öztürk, 2021a). Dissosiyasyonun etkisiyle hayattan ve ilişkilerden kopuk yaşayan ebeveynler, ruhsal dünyasının kopukluğunun etkisiyle bu disfonksiyonel iletişimi kullanarak çocuklarını belirsizlik ve karmaşa içerisine itmektedirler (Öztürk, 2020a). Çift mesaj karşısında çocuğun sergileyeceği tüm davranışlar eksik ya da hatalı olacaktır. Bu durum da çocuğun ruhsallığını kesintiye uğratmakta yani ebeveynin dissosiye sürecinin çocuğa yansımasına sebep olmaktadır (Öztürk, 2022d). Konu üzerinde yapılmış başka bir çalışma DEHB'li çocuğu olan ebeveynlerde iletişim kurma, duygusal tepkiler, davranış kontrolü gibi alanlarda işlevsiz tutumların varlığını göstermiştir. Ayrıca bu ebeveynlerin çocuklarına karşı aşırı hoşgörülü tutumlar sergiledikleri belirtilmiştir (Börekçi, 2017). Aşırı hoşgörülü ebeveynlik tutum ve davranışları her ne kadar görünüş itibariyle olumlu bir ebeveynlik stili olarak algılansa da disfonksiyonel bir ebeveynlik stilidir (Öztürk, 2022d). Öztürk'ün, disfonksiyonel iletişim şekillerinde tanımladığı "*çocuğun şımartılması*" durumu, çocuklarda özellikle frustrasyon, belirsizlik ve anksiyete toleranslarını düşürmekte, çocuğun narsisistik bir yapılanma geliştirmesine yol açmakta ve çocuğun sosyal ilişkilerine zarar verici özellikler geliştirmesine

sebep olmaktadır. Disfonksiyonel aile dinamikleri perspektifinden ebeveynlerin patolojik konformizme erişme ve başkalarına iyi görünme çabası neticesinde görülen bu dissosiyojen iletişim şekli, çocukların gerçeklikten kopuk ve yanılsama içerisinde büyümesine sebep olarak, ruhsal entegrasyonlarını kesintiye uğratmaktadır (Öztürk, 2020a; 2021a).

Molina ve Musich (2016) DEHB tanılı çocuklar ve ebeveynleri üzerine yaptıkları araştırmada, DEHB tanılı çocuğu olan ebeveynlerin tanısız grubun ebeveynlere kıyasla sıcak, kabul edici, şefkatli, duyarlı ve ilgili gibi olumlu ebeveynlik özellikleri açısından kendilerini daha yetersiz olarak değerlendirdiklerini rapor etmiştir. Ayrıca bu ebeveynlerin çocuğun davranışlarını kontrol etmeye çalışırken de fiziksel şiddete başvurduklarını bildirmiştir. Öztürk ebeveynlerin duyarsızlığını dissosiye edici bir ajan olarak ifade etmiştir (Öztürk, 2021a). Ebeveynlerin dissosiyatif yaşantıları, ilişki içerisindeki diğer kişilere karşı duyarsız kalmasına sebep olabilmektedir. Anne-babaların ilgisine, bakımına ve empatik iletişimine ihtiyaç duyan çocukların bu ihtiyaçları duyarsızlıkla sebebiyle fark edilmemekte ya da fark edilse bile görmezden gelinerek karşılanmamaktadır (Öztürk, 2022d). Bu disfonksiyonel iletişim şekilleri, çocukların psikososyal gelişim süreçlerini baltalamaktadır. Bozulmuş gelişimsel süreçler ise, dikkat eksikliği ve hiperaktiviye bozukluğu tanılı birçok çocukta dikkat ve duygulanım bozukluklarını artıran patolojik dissosiyatif süreçlerin ortaya çıkmasına yol açabilmektedir (Bob & Konicarova, 2018). Bu araştırmada keşfedilen, ebeveynlerin dissosiyatif yaşantıları ile çocuklarının DEHB belirtileri arasındaki pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olması, literatüre yeni bir bilgi olarak eklenerek DEHB'ye farklı bir bakış açısı daha kazandırmıştır.

Çalışmamızda ebeveynlerin psikiyatrik belirtilerinden olumsuz benlik ve anksiyete belirtileri çocuktaki yüksek DEHB belirtileri ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. DEHB belirtilerinden olan çocukların karşı gelme davranışları ise ebeveynlerin psikiyatrik

belirtileriyle en çok ilişkili olan alt boyut olmuştur (Bkz. XXXII). Çalışmada elde edilen sonuçların literatürdeki çalışmalarla uyumlu olduğu görülmektedir. Türkiye örnekleminde yakın zamanda yapılan bir çalışmanın sonuçları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuğu olan annelerin, bu tanısı bulunmayan çocuğu olan annelere kıyasla daha fazla duygusal tükenmişliğe sahip olduğunu göstermiştir (Kenan, 2020). Bireylerin duygu düzenleme becerilerinin yetersiz olmasının depresyonla ilişkili olduğu ve çözülmeyen duygu düzenleme problemlerin çocukların ruhsal gelişimini negatif yönde etkilediği belirtilmiştir. (Morris ve ark., 2017). Fang ve arkadaşları (2022) ebeveyn-çocuk ilişkisi üzerine yaptıkları araştırmanın sonuçları, annelerde görülen depresyonun çocuklarda hareketlilik, dürtüsellik ve saldırganlık gibi dışsallaştırma davranışlarıyla ilişkili olduğunu rapor etmiştir. Annelerin kaygı bozukluklarının da tıpkı depresyon bozukluğunda olduğu gibi çocuklarının dışsallaştırma davranışlarını artırdığı ifade edilmektedir (Song ve ark., 2022).

Ebeveynlerin yoğun stres sorunları yaşamaları çocuklarına karşı hostil davranışlar ve tutumlar sergilemelerine sebep olabilmekte ve bu durumun da çocukların yıkıcı davranış bozuklukları geliştirmesine yol açtığı ileri sürülmektedir (Tandon & Giedinghagen, 2017). Literatürde konu üzerinde yapılan çalışmaların ağırlıklı olarak anneler ile gerçekleştirdiği görülmüştür. Babalar üzerinde yapılan bir çalışma, babaların psikiyatrik belirtilerinin, annelerde olduğu gibi çocuklarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri geliştirmesiyle pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğunu rapor etmiştir. Bu çalışma, babanın yaşadığı yoğun kaygı ve stresin çocukların DEHB belirtilerini artırdığını ifade ederek, bu tanıya sahip çocuklarla yapılacak çalışmalarda babaların göz ardı edilmemesi gerektiğini vurgulamıştır (Lee & Kim, 2022). Depresyon, kaygı bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu olan ya da psikiyatrik ilaç kullanan ebeveynlerin çocuklarındaki DEHB belirtilerini araştıran bir çalışma, ebeveynin depresyonunun, kaygısının ve antisosyal özelliklerinin şiddeti ile

çocuklarının DEHB belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı ve yüksek bir ilişki saptamıştır (Robinson ve ark., 2022). Bu bulgular, araştırma sonuçlarımızı destekler nitelikte olup ve bulgular doğrultusunda ebeveynlerin ruh sağlığını koruyan ve destekleyen psikolojik destek stratejilerinin geliştirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

"Tanılı grubun ebeveynlerinin Yetişkin Ergen Ebeveynlik Envanteri puanları ile Conner's AnaBaba Derecelendirme Ölçeği puanları arasında ise istatistiksel açıdan negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır." şeklindeki sekizinci hipotez ve "*Tanılı grubun ebeveynlerinin Yetişkin- Ergen Ebeveynlik Envateri'nin alt ölçek puanları Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeğinden elde edilen puanları yordamaktadır.*" şeklindeki dokuzuncu hipotez doğrulanmıştır. Bu çalışma, çocukların DEHB belirtileri ile tanılı grup çocukların ebeveynlerinin ebeveynlik tutumları arasındaki ilişkinin negatif yönde ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu göstermiştir. Çocukların DEHB belirtileri ile ebeveynlik tutumları arasındaki ilişkiyi keşfetmek için yapılan analiz sonuçlarına göre DEHB indeksinin, çocuklardan beklenti ($r = -.234$, $p<.05$), çocuklara ilişkin empati ($r = -.282$, $p<.001$), disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı ($r = -.262$, $p<.001$) ve ebeveyn-çocuk güç ve bağımsızlık ($r = -.350$, $p<.001$) ile arasında negatif yönde anlamlı ilişki görülmektedir (Bkz. Tablo XXXII). Dokuzuncu hipoteze dair gerçekleştirilen basit regresyon analizi sonuçları, çocuklardan beklentilerin DEHB belirtilerini yordaması üzerinde kurulan modelin anlamlı olduğu [F= 10,976; p=.000]; çocuklardan beklentiler değişkeninin, çocukların DEHB belirtileri bağımlı değişkenindeki varyansın %7,7'sini açıkladığı (R=.292; R^2=.077); çocukların ihtiyaçlarına yönelik empatinin DEHB belirtilerini yordaması üzerinde kurulan modelin anlamlı olduğu [F= 14,082; p=.000]; çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati değişkeninin, çocukların DEHB belirtileri bağımlı değişkenindeki varyansın %10'unu açıkladığı (R=.328; R^2=.100); disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımının DEHB belirtilerini yordaması üzerinde kurulan modelin anlamlı olduğu

[F= 11,119; p=.001]; disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımı değişkeninin çocukların DEHB belirtileri bağımlı değişkenindeki varyansın %7,8'ini açıkladığı (R=.293; R^2=.078); çocukların güçlülüğü ve bağımsızlığının DEHB belirtilerini yordaması üzerinde kurulan modelin anlamlı olduğu [F= 14,524; p=.000]; çocukların güçlülüğü ve bağımsızlığı değişkeninin çocukların DEHB belirtileri bağımlı değişkenindeki varyansın %10,2'sini açıkladığı (R=.331; R^2=.102) bulunmuştur (Bkz. Tablo XLII).

Çalışmamızın sonuçları, istismar edici olmayan olumlu ebeveynlik tutumlarına sahip ebeveynlerin çocuklarında DEHB belirtilerinin düşük olduğunu, istismar edici ebeveynlik tutum ve davranışları fazla olan ebeveynlerin çocukların da ise DEHB belirtilerinin fazla olduğunu ortaya koymuştur (Bkz. Tablo XXXII). Alanyazın incelendiğinde çalışma sonuçlarını destekler nitelikte birçok araştırmanın olduğu görülmüştür. İhmal ve istismar edici ebeveynlik davranışlarına maruz kalan çocukların dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu geliştirme riskinin oldukça yüksek olduğu belirtilmektedir (Craig ve ark., 2020). Çocuklukta maruz kalınan kötü ebeveynlik uygulamaları, çocuklarda dikkatin düzenlenmesinde zorluklara, duygu düzensizliğine, huzursuzluğa, aşırı hareketliliğe ve uykuya dalma sorunlarına sebep olmaktadır (Cohen, 2010). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuğu olan ebeveynlerin duygu düzenleme becerilerinin zayıf olduğu ve bu sebeple çocuklarına tutarsız bir şekilde tepki verme eğiliminde oldukları ifade edilmektedir (Williamson ve ark., 2017). İstismar mağduru çocuklardan oluşan bir örneklem üzerinde yapılan incelemeler, bu örneklemde DEHB tanısının normal örneklemin neredeyse iki kat kadar olduğunu raporlamıştır. Şiddetli şekilde ihmal ve istismar edilen üvey çocukların %50'sinde DEHB tanısının olduğu, bu çocukların fiziksel ve duygusal ihmale maruz kaldıkları bildirilmiştir. DEHB tanılı çocuk örnekleminde gerçekleştirilen bir çalışma, çocukların büyük çoğunluğunun ihmale maruz kaldığını (%76,7), yaklaşık yarısının psikolojik (%53,5) ve fiziksel (%46,7) istismara maruz kaldığını bildirmiştir.

Çalışma DEHB tanılı çocukların tanısız çocuklara kıyasla çok daha fazla ihmal ve istismar edici ebeveynliğe maruz kaldığını belirlemiştir (Hadianfard, 2014; Sari Gokten ve ark., 2016).

DEHB'nin hiperaktiviteninin ağırlıklı olduğu türünde ve birleşik türünde annelerin çocukları üzerinde disiplin sağlama adına, fiziksel ve sözel yolla aşırı kontrolcü tutumlar ve istismarcı davranışlar sergilediği bildirilmiştir (Evinç ve ark., 2014). Bu sonuç çalışmamızdan elde edilen sonuçla tamamen aynı doğrultudadır. Çalışmamızda çocukların DEHB belirtileri ile en güçlü ilişkiyi gösteren ve en güçlü yordayıcılık gücüne sahip olan olumsuz ebeveynlik tutum ve davranışının, "*çocuğun güçlü bir birey olmasının ve özgürlüğünün desteklenmemesi*" olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin, patolojik konformizmlerini kaybetmemek için çocuklarını aşırı kontrolcü, koruyucu ve sınırlandırıcı bir tutumla büyüttükleri söylenebilir. Bu tutumlarla ebeveynleri tarafından özgürlüğü kısıtlanan ve birey olarak güçlenmesi engellenen çocuk, yetişkinmiş gibi davranmaya zorlanarak adeta bir kuklaya dönüştürülmek istenmektedir. Bu durumu kabul etmeyerek isyan eden ve karşı gelen çocuğun, isyanını bu şekilde ifade ettiği ileri sürülebilir. Çalışmamızda ebeveynlerin istismarcı tutum ve davranışlarıyla en fazla ilişkili olan DEHB belirtisinin hiperaktivite olması bu durumu destekler niteliktedir (Bkz. Tablo XXXII).

DEHB tanılı çocuğu olan ve olmayan ebeveyn gruplarının çocukların öğrenim hayatına ilişkin ebeveynliğinin karşılaştırıldığı bir çalışma, DEHB'li çocukların ebeveynlerinin çocuklarına yardım etme konusunda düşük öz yeterliliğe sahip olduklarını ve çocuklarının akademik çalışmalarına daha az zaman ve enerji harcadıklarını; DEHB tanılı çocukların babalarının diğer grup babalara göre çocukların eğitim hayatından daha kopuk olduğunu ve buna ek olarak çocuklarının başarısına yönelik daha zorlayıcı beklentilere ve cezalandırıcı tutumlar sergilediklerini bildirmiştir (Rogers ve ark., 2009). Çalışmamızda ebeveynlerin çocukların gelişimine uygun olmayan beklentilere sahip olması ile çocukların DEHB belirtileri

arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Çocukların gelişimine uygun olmayan beklentiler çocuklarda ruhsal çatışmanın oluşmasına ve dolayısıyla stres, kaygı gibi zorlayıcı duygular yaşamasına sebep olacaktır. Çocuklarına empati göstermeyerek çocuklarının çatışmalarını ve olumsuz duygularını aşmasına yardımcı olmayan hatta çocuğu disipline etmek amacıyla fiziksel ceza yöntemlerine başvuran ebeveynlerin çocuklarının DEHB belirtilerinde artış olması oldukça muhtemeldir. Bu konuda literatürde çalışmamızı destekleyen farklı araştırma sonuçları bulunmaktadır. Yaşamının erken dönemlerinde özgürlüğü ve bağımsızlığı desteklenmeyerek, sağlıklı sınır koyma davranışları yerine fiziksel şiddete maruz bırakılan çocukların yaşamının ilerleyen dönemlerinde DEHB belirtileri gösterdiği rapor edilmiştir (Fuller-Thomson & Lewis, 2015; González ve ark., 2019). Başka bir çalışma, DEHB tanılı çocuğu olan ve olmayan ebeveyn gruplarını ebeveynlik tutumları açısından karşılaştırmış; tanısız grubun ebeveynlerinin tanılı grubun ebeveynlerine oranla çocuklarının gelişimine daha fazla özen gösterdiğini, bu kapsamda çocuklarına sağlıklı optimal sınırlar koyabildiklerini ve çocuklarının kendisini ifade edebilmesine daha fazla olanak sağladıklarını belirtmiştir (Schroeder & Kelley, 2009).

"Tanılı grubun ebeveynlerinin çocukluk çağı travmaları ile çocukların DEHB belirtileri arasında dissosiyatif yaşantıların aracılık etkisi vardır." şeklindeki onuncu hipotezimiz doğrulanmıştır. Çalışmamızda incelediğimiz, aracı değişkenin yer almadığı yalnızca yordayıcı ve yordanan değişkenlerin bulunduğu ilk modelde, bağımsız değişkeninin bağımlı değişkenine etkisi (toplam etki) üzerine gerçekleştirilen analiz sonuçları, çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeninin çocukların dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri bağımlı değişkenini pozitif yönde anlamlı olarak yordadığını göstermektedir (ß=,290; p<.05). Bağımsız değişkenin aracı değişkene etkisi (a yolu) analizine göre, çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantıları pozitif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=,399; p<.05). Aracı değişkenin bağımlı değişkene etkisi (dolaylı etki) analizine göre, dissosiyatif yaşantılar dikkat eksikliği ve

hiperaktivite bozukluğu belirtilerini pozitif yönde anlamlı olarak yordamaktadır (ß=,326; p<.05). Aracı değişkenin yer aldığı modelde, bağımsız değişkenin bağımlı değişkene etkisi (doğrudan etki) analizine göre, çocukluk çağı travmaları DEHB belirtilerini anlamlı olarak yordamamaktadır (ß=,159; p>.05). Bu sonuçlar, çocukluk çağı travmalarının çocukların DEHB belirtileri üzerinde dissosiyatif yaşantılar aracılığıyla (ß=,130; p<.05) dolaylı etkiye sahip olduğunu göstermektedir (Bkz. Tablo. XLVIII, XLIX ve Şekil 1). Tanılı çocukların annelerinden oluşan örneklem üzerine yapılan aracılık analizi sonuçları da benzer şekilde, çocukluk çağı travmalarının çocukların DEHB belirtileri üzerinde dissosiyatif yaşantılar aracılığıyla (ß=,159; p<.05) dolaylı etkiye sahip olduğunu göstermiştir (Bkz. Tablo LXII).

Çocukluk çağı travmaları ile çocukların DEHB belirtilerinin pozitif yönlü bir ilişkiye sahip olduğunu (Granner ve ark., 2023; Moog ve ark., 2023), benzer şekilde çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar arasındaki ilişkinin de pozitif yönde olduğunu farklı çalışmalar bildirmiştir (Jowett ve ark., 2022; Öztürk, 2020a; Simeon & Putnam, 2022). Çocukluk çağı travmaları, dissosiyasyon ve DEHB belirtileri değişkenlerinin incelendiği bir çalışma DEHB belirtileri ile dissosiyasyon arasında istatiksel açıdan pozitif yönde ve anlamlı bir ilişkinin var olduğunu göstermiştir (Kulacaoglu ve ark., 2017). Şar ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışma, dissosiyatif bozukluğu olan ergenlerin %93,9'unda bir psikiyatrik bozukluğun eş tanı olarak bulunduğu ve bu bozukluklar içerisinde DEHB'nin en sık görülen üçüncü eş tanı olduğunu rapor etmiştir (Şar ve ark., 2014). İstismar mağduru çocukların dissosiyatif yaşantıları ve DEHB belirtileri üzerine gerçekleştirilmiş farklı bir araştırma, istismar mağduru çocukların %18'ine DEHB tanısının konulduğunu, %67'sinin ise DEHB'nin dikkatsizlik alt tipinin tanı kriterlerini karşıladığını ve bu çocukların %71'inde dissosiyatif bozuklukların eş tanı olarak görüldüğünü bildirmiştir (Endo ve ark., 2006).

Bireylerin çocukluk döneminde çoğu kez kendi ebeveynleri ya da bakım verenleri tarafından ihmal ve istismar edici, şiddet odaklı tutumlarla büyümeleri, onların çocukluk çağı ruhsal travmalara maruz kalmalarına sebep olarak ruhsal bütünlüklerinin bozulmasına yol açmaktadır (Öztürk, 2020a). Çocukluk çağı travmalarına maruz kalan bireyler eğer hayatlarının ilerleyen dönemlerinde bu travmatik deneyimleri bir şekilde, farklı ruhsal kaynakları kullanarak nötralize edemezlerse, yaşamlarına travma kaynaklı psikiyatrik sorunlarla ve dissosiyatif yaşantılarla devam etmek zorunda kalmaktadırlar (Öztürk, 2022c). Bireylerin yaşadığı çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin neredeyse nüfus etmediği ruhsal alan yok gibidir (Öztürk & Erdoğan, 2021). Çocukluk çağı travmalarının bu güçlü etkisi dissosiyatif süreçlerle yayılmaktadır. Öztürk (2020a), dissosiyasyonu tanımlarken aslında dissosiyasyonun travmatik deneyimden sonra yeniden uyum sağlaması çabası olduğunu dile getirmektedir. Fakat bu fenomenin aşırı kullanımı, bireyin ruhsal dünyasıyla ilişkili olan tüm alanların, dissosiyasyonun etkisi altına girmesine neden olmaktadır (Öztürk, 2022c). Bu doğrultuda, çocukluk çağı travmaları kaynaklı ortaya çıkan dissosiyatif yaşantılar, travmatik bireylerin ebeveynlik stillerine etki ederek çocuklarının etkilenmesine sebep olmaktadır. Ebeveynlik stillerinin disfonksiyonel bir forma dönüşmesine sebep olan çocukluk çağı travmalarının ve dissosiyatif yaşantıların, çocuklar üzerine etki dinamiğinde ise ebeveynlerin dissosiyojen iletişim şekilleri yer almaktadır. Travmalarını nötralize edemeyen ebeveynlerin dissosiyojen iletişim şekillerine ve şiddet odaklı çocuk yetiştirme stillerine maruz kalan çocuklar çaresizlik ve çözümsüzlük içerisinde kalırlar (Öztürk, 2021a). Yaşamının erken dönemlerinde soyut düşünme becerisi ve zihinsel baş etme becerileri yeterince gelişmemiş çocuklar, bu stres verici deneyimlerle ancak ve ancak davranışsal dışavurum yoluyla baş etmeye çalışmaktadırlar (De Young ve ark., 2011; Kim & Kim, 2008). Dürtüsellik, hiperaktivite ve karşı gelme gibi dışavurum davranışlarının

yoğun bir şekilde gözlendiği DEHB'nin, literatürden ve çalışmamızdan elde edilen bilgiler ışında bu açıdan değerlendirilmesinin temel bir öneme sahip olduğu düşünülmektedir.

"Tanılı grubun ebeveynlerinin çocukluk çağı travmaları ile çocukların DEHB belirtileri arasında; ebeveynlerin çocuklardan beklenti tutumlarının, çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati tutumlarının, disiplin aracı olarak fiziksel ceza kullanımına yönelik tutumlarının, ebeveyn-çocuk rol ve sorumluluğuna yönelik tutumlarının ve çocuğun güç ve bağımsızlığına yönelik tutumlarının aracılık etkisi vardır." şeklindeki on birinci hipotezimiz kısmi olarak doğrulanmıştır. On birinci hipotezimizde istismar edici ebeveynlik tutumlarını ölçen YEEE'nin beş alt ölçeğinin çocukluk çağı travmalar ile çocukların DEHB belirtileri arasındaki aracılık etkisi analiz edilmiştir. Aracılık ön şartlarından diğer değişkenlerle anlamlı bir ilişkiye sahip olma gerekliliğini sağlayamayan ebeveyn-çocuk rol ve sorumluluk alt ölçeği ile aracılık modeli oluşturulamamıştır. Diğer alt ölçeklerin tamamı ön şartı sağladığı için bu değişkenlerle aracılık modelleri oluşturulmuş ve istatiksel analiz yapılmıştır. Yapılan aracılık analizinin sonuçları, çocukluk çağı travmalarının çocukların DEHB belirtileri üzerinde; çocuklardan beklentilere ilişkin tutumların hem doğrudan (ß=,208; p<.05) hem de dolaylı etkiye (ß=,082; p<.05); çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati tutumlarındolaylı etkiye (ß=,106; p<.05); disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımına ilişkin tutumların hem doğrudan (ß=,195; p<.05) hem de dolaylı etkiye (ß=,094; p<.05) ve çocukların güç ile bağımsızlığına ilişkin tutumların hem doğrudan (ß=,195; p<.05) hem de dolaylı etkiye (ß=,095; p<.05) sahip olduğunu göstermektedir (Bkz. Şekil 2). Tanılı grubun annelerinden oluşan örneklem üzerine yapılan aracılık analiz sonuçları, annelerin çocukluk çağı travmalarının çocukların DEHB belirtileri üzerinde, çocukların güç ve bağımsızlığına yönelik tutumların aracılığıyla dolaylı etkiye (ß=.071) sahip olduğunu göstermiştir (Bkz. Şekil 3). Tanılı grubun babalarından oluşan örneklem üzerine yapılan aracılık analizi sonuçları ise, babaların çocukluk çağı travmalarının çocukların DEHB

belirtileri üzerinde, çocuklardan beklentilere yönelik tutumların (ß=.232), çocuklardan ihtiyaçlarına yönelik empati tutumlarının (ß=.332), disiplin aracı olarak fiziksel cezanın kullanımına yönelik tutumların (ß=.228) ve ebeveyn-çocuk rol ve sorumluluk tutumlarının (ß=.262) dolaylı etkiye sahip olduğunu göstermiştir (Bkz. Şekil 4).

Disfonksiyonel aile modelleri üzerine önemli çalışmaları bulunan Öztürk, şiddet odaklı istismar edici yanlış çocuk yetiştirme stillerinin kökeninde nötralize edilmemiş çocukluk travmalarının bulunduğunu kendi geliştirdiği dissoanaliz kuramında net bir şekilde ifade etmektedir. Çocukluğunda sık ve yoğun bir şekilde travmalara maruz kalmış bireyler ebeveyn olduklarında kendi çocuklarını da yanlış ve şiddet odaklı çocuk yetiştirme stilleri aracılığıyla travma mağduru ettiğini keşfetmiştir (Öztürk, 2021a; 2022a). Çocukluğunda yoğun şekilde travmaya maruz kalmış ebeveynlerin, ebeveynliği zor bir görev olarak gördükleri ve bu sebeple çocuklarına karşı fazlaca olumsuz ebeveynlik tutumları sergiledikleri ifade edilmiştir (Siverns & Morgan, 2019). Çocuklarına karşı destekleyici olmayıp anlayıştan yoksun ve kötücül tutumlar gösteren ebeveynlerin, bu davranışları göstermeyen ebeveynlere kıyasla daha fazla çocukluk çağı travma maruziyeti bildirdiği rapor edilmiştir (Sauvé ve ark., 2022; Terry ve ark., 2021). Öztürk (2021a), kronik çocukluk çağı travmalarına maruz kalmış ve bu travmaların etkisini hayatının geri kalanında nötralize edememiş bireylerin ebeveyn olduklarında dissosiyatif yaşantıların etkisiyle çocuklarını şiddet odaklı yanlış ebeveynlik stilleriyle ve aile içinde gizli cepheleşme, patolojik konformizm, sahte karşılıklılık, manipülasyon, çift mesaj, duyarsızlık, şımartma, annelik babalık reddi, ebeveyn rol karmaşaları, tutarsızlık gibi disfonksiyonel aile dinamikleriyle çocuklarını büyütebileceklerini belirtmiştir. Bu psikopatojen aile dinamikleri ve yanlış çocuk yetiştirme stilleri çocukları travmatize ederek ruhsal gelişimlerini baltalamaktadır. Özellikle ruhsal gelişimin henüz erken evrelerinde olan ve yeteri

kadar güçlü baş etme mekanizmalarına sahip olmayan çocukların bu psikopatojen süreçten daha fazla etkilenebileceği vurgulanmaktadır (De Young ve ark., 2011).

Kuşaklararası travma geçişi üzerine gerçekleştirilen bir çalışma, çocukluk çağı travma geçmişi olan ebeveynlerin travmatik deneyimlerinin olumsuz etki düzeyi ile çocuklarının davranış sorunları arasında hem anne hem de baba örneklemi üzerinde anlamlı ilişki tespit etmiştir. Bu çalışma her ne kadar babaların çocukluk çağı travmalarının çocukların davranış sorunları üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu gösterse de annelerin çocukluk çağı travmalarının çocukların üzerinde babalara kıyasla daha fazla etkiye sahip olduğunu göstermiştir (Wang ve ark., 2023). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı çocukların annelerinin, çocuklarına karşı istismar edici ebeveyn tutumlarının farklı formlarını diğer grup annelere kıyasla daha fazla ve daha sık sergilediği bildirilmektedir (Ghanizadeh ve ark., 2014). İlgili bilimsel çalışmanın sonuçlarıyla doktora çalışmamızın bulguları paraleldir. Ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının çocukların DEHB belirtileri üzerinde, ihmal ve istismar edici ebeveynlik tutumlarının aracılık etkisinin incelendiği bu hipotezde, çocukluk çağı travma düzeyi yüksek olan ebeveynlerin ihmal ve istismar edici ebeveynlik tutumlarını daha yoğun bir şekilde sergilediğini ve bunun sonucunda bu ebeveynlerin çocuklarında daha fazla DEHB belirtilerin görüldüğü tespit edilmiştir (Bkz. Tablo XLVIII-LV).

Çalışmamızın nicel aşamasından elde edilen bulgular ışığında genel bir değerlendirme yapacak olursak; ebeveynlerin kendi çocukluklarında çoğu kez kendi ebeveynleri tarafından ihmal, istismar edici ve şiddet odaklı tutumlarla büyüyerek çocukluk çağı travmalarına maruz kalmaları bu ebeveynlerin ruhsal bütünlüklerinin bozulmasına yol açarak yoğun düzeyde dissosiyatif yaşantılar yaşamalarına sebep olmaktadır (Öztürk, 2020a). Çocukluk çağı travmalarına maruz kalan bireyler eğer hayatlarının ilerleyen dönemlerinde bu travmatik

deneyimleri bir şekilde, farklı ruhsal kaynakları kullanarak nötralize edemezlerse, yaşamlarına travma kaynaklı psikiyatrik sorunlarla ve dissosiyatif yaşantılarla devam etmek zorunda kalmaktadırlar (Öztürk, 2022c). Tüm bunlara ek olarak hayatın getirdiği diğer zorluklar, çözümlenmemiş sorunlar ve travmatik deneyimler, dissosiyatif yaşantılarla ve farklı psikiyatrik sorunlarla bu kişilerin ebeveynlik becerilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Yeterli, kapsayıcı, çözüm odaklı, destekleyici, ilişkisel karşılıklılıklı ve empatik ebeveynlik tutumlarına bir türlü kavuşamayan bu ebeveynler, dissosiyatif süreçlerle kendi çocuklarını, aynı kendilerinin çocukluğunda olduğu gibi yanlış ve şiddet odaklı çocuk yetiştirme stilleri ile büyütürler (Öztürk, 2021a). Tüm bu karmaşık sürecin neticesinde şiddet odaklı, istismarcı tutum ve davranışlarla büyüyen çocuklar davranış sorunları ya da psikiyatrik belirtiler geliştirirler. Bu nedenle çocuklarda görülen psikiyatrik bozuklukların tedavisinde, ebeveynlerin travmatik geçmişlerinin etkisi göz önünde bulundurularak, bu çocuklara psikolojik destek verirken ebeveynleri de çalışma kapsamına almanın ve travma temelli psikoterapi yöntemlerinin kullanılmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır (Siverns & Morgan, 2019).

5.2. Modern Psikotravmatoloji ve Dissoanaliz Kuramı Açısından Nitel Bulguların Tartışılması

Çalışmanın temel amacı doğrultusunda, nitel aşamada tanılı ve tanısız çocukların ebeveyn grupları arasında, "*çocukların zorlayıcı özellikleri ile olumlu özellikleri; ebeveynlerin; çocuklu çağı ve yetişkinlik dönemi travmatik deneyimleri, ebeveynlerin kendi olumlu çocukluk deneyimleri, fonksiyonel ya da disfonksiyonel aile özellikleri, ebeveynlerin çocuğa ilişkin hissettiği olumsuz duygular, çocuk büyütme süreci ve hamilelik süreci nasıldır?*" sorusu sorulmuş olup, bu sorunun cevabı temalar üzerinden tartışılmıştır. İlk olarak, "*Çocukların Ebeveynlerine Göre Zorlayıcı Özellikleri" ve "Çocukların Ebeveynlerine Göre Olumlu*

Özellikleri" temalarına ait bulgular incelenmiştir. Öngörüleceği gibi tanılı çocukların ebeveynlerinin tanısız grubun ebeveynlerine kıyasla çok daha fazla olumsuz ve zorlayıcı çocuk özelliği bildirmişlerdir (Bkz. Şekil 5-7). Tanısız grubun ebeveynleri ise tanılı grubun ebeveynlerine kıyasla çocuklara ait daha fazla olumlu özellik bildirmişlerdir (Bkz. Şekil 13). "*Çocuğun davranış sorunları", "çocuğun yaşadığı fiziksel hastalıkları", "çocuğun büyüme sürecinde hissettiği olumsuz duygular"* ve *"çocuğun sorunlu anne sütü emme davranışı"* kategorilerinin tamamında tanılı grubun ebeveynlerinin tanısız grubun ebeveynlerine kıyasla daha fazla zorlayıcı özellik bildirdiği görülmektedir (Bkz. Şekil 8-11).

Alan yazın incelendiğinde DEHB tanılı çocukların başta dikkat eksikliği, hiperaktivite, karşı gelme, agresyon, öfke ve sakarlık gibi davranışlar olmak üzere birçok farklı problemli davranış sergiledikleri ifade edilmektedir (Davidovitch ve ark., 2017; Robinson ve ark., 2022). Çalışmamızda benzer davranış sorunlarının tanılı grubun ebeveynleri tarafından daha fazla ifade edildiği görülmüştür. Çalışmamızda bu davranışlara ek olarak, DEHB tanılı çocukların uyumsuzluk, sorunlu yemek yeme ve bebeklikte aşırı ağlama gibi zorlayıcı davranışlarının olduğu tespit edilmiştir. Nitel analiz bulgularımız, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı çocukların tanısız grup çocuklara kıyasla çok daha fazla fizyolojik hastalık yaşadığını keşfetmiştir. Elde ettiğimiz bu ilginç sonucu literatür tarafından da desteklemektedir. Bu kapsamda 10.838 çocuk üzerinden yapılan geniş örneklemli bir araştırma, DEHB tanılı çocukların normal örnekleme kıyasla daha fazla fiziksel olarak hastalandığını, genel sağlık sorunları ve yaralanmalar yaşadığını raporlamıştır (Park ve ark., 2020).

Doktora tez çalışmamızda DEHB tanılı çocukların tanısız grup çocuklara kıyasla daha fazla üzgün, öfkeli, korkmuş, içe kapanık ve ebeveynlerini özlemiş hissettiği ebeveynleri tarafından bildirilmiştir. Konu üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde, araştırma

sonuçlarının bulgularımızla uyumlu olduğu görülmüştür (Robinson ve ark., 2022; Vacher ve ark., 2020). Berenguer ve arkadaşları (2021) hem DEHB tanılı çocukların hem de bu çocukların annelerinin normal örnekleme kıyasla daha fazla duygusal zorluklar yaşadıklarını belirtmiştir. Bir başka çalışma, DEHB tanılı çocukların yoğun bir şekilde duygu düzenleme zorlukları yaşadığını ve uygunsuz davranışlar geliştirdiğini ileri sürmüştür. Bu çalışma özellikle öfke duyguları ile agresyon duygularının terapötik müdahalelerle optimal bir seviyeye gelebileceğini vurgulamaktadır (Vacher ve ark., 2020). Çocukların bebeklikte problemli anne sütü içme davranışı, çok fazla içmek (2 yaş ve üzeri) ya da çok az içmek (6 ay ve altı) şeklinde iki kategoride ele alınmıştır. Çalışmamız, çocukların anne sütünü içmeyi erkenden bırakma durumunun tanılı grupta daha fazla sayıda olduğunu keşfetmiştir. Ülkemizde yapılan bir araştırma, anne sütünün dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu için koruyucu bir unsur olduğunu ileri sürmüştür (Kadziela-Olech & Piotrowska-Jastrzebska, 2005; Soled ve ark., 2021). 2008 yılında konu 17046 örneklem üzerinde gerçekleştirilen geniş örneklemli bir çalışma, anne sütü almış çocukların, anne sütüyle beslenme sürelerinin zeka ve dikkat puanları ile anlamlı düzeyde ilişki olduğunu tespit etmiştir (Taşpınar, 2008).

"*Zorlayıcı ve Travmatik Deneyimler*" ile "*Olumlu Çocukluk Deneyimleri*" temalarına ait bulgular incelendiğinde, tanılı grubun ebeveynlerinin tanısız grubun ebeveynlerine kıyasla daha sık ve daha yoğun düzeyde travmatik deneyim bildirdiği (Bkz. Şekil 15-26), tanısız grubun ebeveynlerinin ise daha fazla olumlu çocukluk deneyimi bildirdiği görülmüştür (Bkz. Şekil 27-30). Tanılı grubun annelerinin diğer ebeveyn gruplarına göre çok daha fazla travmatik deneyim bildirdiği ve bildirilen deneyimlerin %64'ünün çocukluk çağı ruhsal travmalarına ait olduğu görülmüştür. Ebeveynler tarafından deneyimlenen diğer travmatik ise, yetişkinlik dönemi travmatik deneyimleri, çocuk sahibi olamamak, üst kuşağın travmaları, daha önce çocuk kaybı yaşamak ve diğer çocukların sağlık sorunları şeklinde sıralanmıştır. Çocukluk çağı travmaları

tanılı grubun anneleri tarafından yoğun bir şekilde ifade edilmiştir. Hem tanılı grubun anneleri hem de babaları çocukluk çağı travmatik deneyimleri benzer yollarla; ihmal ve istismara maruz kalmak, aile içi şiddet yaşamak, ekonomik zorluklar görmek, ebeveynlerin çatışmalı ilişkileri arasında kalmak, sert ve otoriter tutumla büyümek gibi yaşantılarla deneyimlemişlerdir.

Ebeveynlerin çoğunluğu tarafından yaşanan bu travmatik deneyimlerin yanı sıra bireysel ve özel olarak deneyimlenen farklı çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin de var olduğu nitel verilerin incelenmesi sonucunda görülmüştür. Bu deneyimler, ebeveynin alkol bağımlılığı, aile üyelerinde görülen ciddi psikiyatrik sorunlar, ebeveynin veya kardeşin ölümü, parçalanmış ailede büyümek ve aile üyelerinde ağır hastalıkların olması gibi deneyimlerdir. Nitel verilerin değerlendirilmesi sonucu elde edilen bulguların nicel bulgularla ve literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nden elde edilen toplam ve alt ölçek puanlarının tanılı grubun ebeveynlerinde tanısız grubun ebeveynlerine kıyasla istatiksel açıdan daha yüksek bulunduğu nicel analizlerden net bir şekilde görülmektedir. Gül ve Gürkan (2018) DEHB tanılı çocuğu olan ebeveynlerin çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin normal örnekleme kıyasla çok daha fazla olduğunu tespit etmiş olup farklı bilimsel çalışmalarda da benzer sonuçları bildirdiği görülmektedir (Moog ve ark., 2023; Russotti ve ark., 2021).

Ebeveynlerin yetişkinlikte deneyimlediği travmatik deneyimler analiz edildiğinde, yakın aile üyesinin kaybı, sağlık sorunları ve ekonomik sorunlar gibi deneyimlerin sık karşılaşıldığı görülmüştür. Bu travmatik deneyimler tanılı grubun ebeveynlerinin 23'ü tarafından, tanısız grubun ebeveynlerinin 12'si tarafından ifade edilmiştir. Yine ebeveynlerin yetişkinlik dönemlerinde, çocuk kaybı yaşamaları veya hamilelik sürecinde düşük yapmak, zor çocuk sahibi olma deneyimleri ve diğer çocuklarla ilişkili sağlık sorunları yaşamaları diğer travmatik deneyimler olarak tespit edilmiştir. Bu travmatik deneyimler tanılı grubun

ebeveynlerinin 16'sı ve tanısız grubun ebeveynlerinin 10'u tarafından ifade edilmiştir. Erken dönemdeki kayıplar, ayrılıklar, ebeveyn-çocuk ilişkisi ve aile tutumlarındaki sorunlar da DEHB'nin etiyolojisinde rol oynamaktadır (Öncü & Şenol, 2002; Rosenqvist ve ark., 2019). Annenin hamilelik sürecinin nasıl geçtiği ve hamilelikle ilişkili olumsuz deneyimlerin DEHB ile ilişkisini ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalar, erken doğumun, doğum komplikasyonlarının ve perinatal ya da postnatal stresin DEHB için bir risk olduğunu belirtmektedir (Çöpür & Çöpür, 2018; Halmøy ve ark., 2012; Hanć ve ark., 2018).

Yapılan görüşmelerde, ebeveylerin daha önce çocuk kaybı yaşaması, çocuk sahibi olamamaları ve hamilelik süreci ile ilgili yaşadıkları travmatik deneyimlerin ebeveynleri uzunca bir süre etkilediği gözlemlenmiştir. Ebeveynler bu zorlayıcı ve dissosiye edici deneyimleri ifade ederken, çok fazla korku ve kaygı gibi duyguları hissettiklerini, yaşadıkları bu zorlu sürecin kendilerini ruhsal açıdan oldukça fazla yıprattığını ifade etmişlerdir. Çocuklarıyla ilgili yaşadıkları örseleyici deneyimler ebeveynleri çocuklarına karşı kaygılı bir ruh haline sevk etmiştir. Kaygı ve korku duygularıyla hareket eden ebeveynlerin çocuklarına karşı aşırı koruyucu tutumlar veya mesafesiz ve şımartıcı tutumlar sergilediği görülmüştür. Erken doğum kaynaklı fiziksel sağlık sorunları yaşamış ve uzunca süre küvezde kalmış, birkaç kez de farklı sağlık sorunları nedeniyle ameliyat geçirmiş fakat araştırma sürecinde gayet sağlıklı olan DEHB tanılı çocuğun babanın şu ifadeleri ebeveynlerin yaşadığı duruma örnek gösterilebilir. "*Çocuğun üzerine aşırı titriyorum hocam. Bu tutumum aşırı gerçekten! Benim ki resmen şizofreni gibi hocam, aşırı…(hastalık boyutunda demek istiyor). Mesela hastalandığında, ben gece uyuyamam. Ter basar sıkıntıdan, tekrardan hastalanacak diye. Çünkü o sıkıntıları çektiğim için (Tanılı 1.B)*." Aşırı koruyucu stildeki ebeveynlerin, çocuklarını zayıf, güçsüz ve yetersiz olarak algıladıkları ifade edilmektedir (Ungar, 2009). Bununla birlikte çocuğun kronik veya ciddi bir hastalık öyküsünün olmasının ebeveynlerin bu stili

benimsemelerine yol açtığı görüşü ileri sürülmektedir (Hoff ve ark., 2005; Mullins ve ark., 2007). Nitel bulgumuz literatürle uyumlu şekilde, çocuğun hastalık öyküsünün bulunmasının ebeveynlerin aşırı koruyucu tutumlar sergilemelerine yol açtığını göstermektedir.

"*Disfonksiyonel Aile Özellikleri*" ve "*Fonksiyonel Aile Özellikleri"* temasına ait bulgular karşılaştırılarak incelendiğinde, disfonksiyonel aile özellikleri temasına ait kodlamaların %60'ının tanılı grubun annelerine ait olduğu, %32'sinin tanılı grubun babalarına ait olduğu görülürken; fonksiyonel aile özellikleri temasına ait kodlamaların %38'inin tanısız grubun annelerine, %31'inin tanısız grubun babalara ait olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar, disfonksiyonel aile özelliklerinin tanılı grubun ebeveynlerinde, fonksiyonel aile özelliklerinin ise tanısız grubun ebeveynlerinde daha yoğun yaşandığı göstermiştir. Konuyla ilgili yapılmış araştırmaların, çalışmamızı doğruladığı görülmüştür (Borden ve ark., 2020; Flores ve ark., 2014; Öztürk, 2021a). Disfonksiyonel aile özellikleri içerisinde, disfonksiyonel çocuk yetiştirme stillerinin oldukça fazla görüldüğü tespit edilmiştir. "*Çocuğa yönelik ihmal davranışları/tutumları*" "*aşırı koruyucu tutumlar*", *"şımartıcı ve sınırsız tutumlar", "aşırı otoriter tutumlar", "ebeveynler arasındaki tutarsız tutumlar" ve "çoklu bakım vermek*" şekline tanımlanan tüm disfonksiyonel aile özellikleri tanısız grup ebeveynlere kıyasla tanılı grubun ebeveynlerinde çok daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (Bkz. Şekil 45-47).

"Çocukla ilgilenmek" "sınır çizme tutumları", "hatalı tutumları değiştirmek", "sevgiyi gösterebilmek", "özgür hissettiren tutumlar", "değerlere önem vermek", "çocuğa karşı anlayışlı olmak", "empatik iletişim", "çocukla ilgili pozitif beklentiler" ve "teknolojik araçların kötü kullanımını engellemek" şeklinde tanımlanan fonksiyonel ebeveyn tutum ve davranışları ise tanısız grubun ebeveynlerinde daha fazla görülmüştür (Bkz. Şekil 31-34). Bu sonuçların, çalışmamızın nicel bulgularıyla da uyumlu olduğu görülmektedir. Nicel

bulgularımız, istismar edici ebeveynlik tutumlarının çocukların DEHB belirtilerini yordadığını ortaya koymuştur ve bu sonuçlar alanyazın ile de uyumludur. Jendreizik ve arkadaşları (2023) disfonksiyonel aile özelliklerinin çocukların DEHB belirtilerinin şiddetini arttırdığını, fonksiyonel aile özelliklerinin ise DEHB'ye karşı koruyucu olduğunu bildirmiştir. Ebeveynliğin sorumluluklarını üstlenmeyerek anne-babalığını reddetmek ve çocuklara karşı doğrudan ya da dolaylı yollarla bu doğrultuda hareket etmek, çocukların DEHB belirtilerini arttırmaktadır (Kim & Yoo, 2013). Çocuğu ihmal etmek ebeveynlik reddinin en belirgin görülen formudur. Bu forma ek olarak çoklu bakım vermek, aşırı otoriter tutumlarla, koruyucu tutumlarla ve şımartıcı tutumlarla ebeveynlik sorumluluklarından kaçınıldığı ve dolaylı olarak ebeveynlik reddi yapıldığı söylenebilir (Öztürk, 2022d). Öztürk, disfonksiyonel aileler içerisinde ebeveynlik reddinin, çocuğun sevilmemesiyle, evlat ayrımıyla, sahte karşılılıklarla, duyarsızlıklarla gerçekleştiğini belirtmektedir (Öztürk, 2020a). Ayrıca ebeveynler tarafından şımartılan, değişken oranlı kural ve kuralsızlıklara maruz bırakılan çocuklarında dolaylı yollarla ebeveyn reddine maruz bırakıldığı ifade etmektedir. Ebeveynlik reddine maruz kalan çocukların yoğun öfke duygusuna sahip olduğunu ve bu duyguyla birlikte etrafındaki kişilere düşmanca davranışlar sergilediği ifade edilmektedir (Öztürk, 2021a). DEHB'de görülen karşı gelme ve agresyon davranışlarının bu durumla ilişkili olabileceği düşünülmelidir.

Öztürk (2021a), empati kesintili ve şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerine karşı "*Doğal ve Rehber Ebeveynlik Stili*"ni tanımlanmıştır. Bu stilde anne-babalar, bilgeleşmiş bir kişilik yapısındadır. Bu stildeki ebeveynler çocuklarını severler, onları korurlar, onlara güvenirler ve rehberlik ederler. Doğal ve rehber ebeveynlik stilinde çocuk bir kurban olarak değil, gelişimin devamlılığını sağlayacak özel bir birey olarak görülmektedir. Doğal ve rehber ebeveynlik stiline bir örnek olarak şu ifadeler gösterilebilir: "*Ben at olurdum, sırtıma alıp evin içinde gezdirirdim, abisi de katılırdı. Kale kurardık, top oynardık. Hep oyun oynayarak, evin*

içinde büyüttük. Bebekliğinde annesi örgü bebek yapardı ona. Onların hepsinin isimleri vardı. Bibi vardı, toncuk vardı. Onlarla ilgili hikâyeler uydururduk, onları uyuturduk (Tanısız 4.B)." Katılımcı babanın ilgili ifadeleri, babanın çocuğuyla geçirdiği zamanı anlatırken keyif alması, aradan uzun yıllar geçmesine rağmen hala çocuğunun oyuncaklarının adını bilmesi, duygu yoğunluğu olan bir iletişim kurması ve anıları detaylı bir şekilde hatırlayıp aktarması çocuğuyla doğal bir ilişki kurduğunu açık bir şekilde göstermektedir.

Disfonksiyonel aile özellikleri içerisinde ele alınan "*ebeveynlik çatışmaları ve rol karmaşaları*", ebeveynlerin çocuklarıyla ilgili bir karar alacaklarında, çocuklarında istendik bir davranış geliştireceklerinde ya da istenmedik bir davranışı ortadan kaldırma sürecinde uyum içerisinde hareket edememeyle, tutarsızlıklarla karakterize bir disfonksiyonel süreçtir (Öztürk, 2021a; 2022d). Ebeveynlik çatışmaları yaşayan çiftlerin birbirlerini yetersizlikle suçladığı görülmektedir. Çalışmamız sonuçları, bu disfonksiyonel aile özelliğinin tanılı grubun ebeveynlerinde oldukça yoğun bir şekilde yaşandığını ortaya koymaktadır (Bkz. Şekil 49). Fonksiyonel ailelerde görülen, *"aile üyelerinin birbirine desteği"* özelliği ise tanısız grubun ebeveynlerinde oldukça yüksek görülmüştür (Bkz. Şekil 35-36). Sollie ve arkadaşları (2016), ebeveynler arasındaki tutarsız tutum ve davranışlar ile çocukların DEHB belirtileri arasındaki pozitif ilişkiyi rapor etmişlerdir. Ebeveynlerin tutarsız kurallarının ve ceza uygulamalarının çocukların DEHB belirtilerini önemli ölçüde yordadığı ifade edilmektedir. Ebeveynlerin uyum ve işbirliği içerisinde hareket etmelerinin, kuralları tutarlı bir şekilde uygulamalarının ise DEHB'ye karşı koruyucu bir faktör olduğu ifade edilmektedir (Fabrikant-Abzug ve ark., 2023).

"*Eşlerin kendi aralarındaki çatışmaları ve iletişim problemleri*", "*çocuk büyütme sürecinde eşlerin birbirini desteklememesi*" ve "*ebeveynlerin yaşadığı ruhsal sorunlar*" disfonksiyonel aile özellikleri içerisinde ele alınmıştır. Bu disfonksiyonel aile özelliklerinin

ilkinde *"eşlerin birbirini suçlamaları", "ekonomi kaynaklı çatışmalar", "eşlerin boşanma düşünceleri/ayrı kalmaları", "ebeveynlerin teknolojiyi kötü kullanımı" ve "evlilikte sadakatsizlik"* gibi aile işlevselliğini bozucu etkiye sahip deneyimler yer almaktadır. Bu disfonksiyonel aile özellikler, tanısız grubun ebeveynlerine kıyasla tanılı grubun ebeveynlerinde çok daha yoğun deneyimlenmektedir (Bkz. Şekil 51 ve 52). Fonksiyonel aile özellikleri içerisinde ele alınan *"ailenin sorun çözebilme becerisi" ve "mutlu/huzurlu aile ortamı"* ise tanısız grubun ebeveynleri tarafından daha sık ve daha etkin bir şekilde ifade edilmiştir (Bkz. Şekil 39-42). Claussen ve arkadaşları (2022), ebeveynlerin kendi aralarındaki ilişki durumlarının, çocukların DEHB belirtilerinin şiddetini, tanı alma durumunu veya bu psikiyatrik tanıdan korunma durumunu etkilediğini ifade etmektedir.

Öztürk (2021a), disfonksiyonel ailedeki ebeveynlerin sürekli çatışma halinde olduklarını ve birbirlerine karşı nezaketsiz davrandıklarını ayrıca ebeveynlerden birinin çocukları ihmal veya istismar ettiği ve diğer aile üyelerinin ise bu duruma patolojik konformizm nedeniyle seyirci kaldığını belirtmiştir. Çatışma içerisinde olan ebeveynlerin çocuklarını çoğu kez görmezden geldikleri, ebeveynliği reddettikleri, çocuklarını ihmal ve istismar ettikleri söylenebilir. Bu duruma örnek olarak bir katılımcının şu ifadeleri örnek olarak gösterilebilir, "*Nasıl hissediyordum… Hani bazen diyordum ki keşke çocuk yapmasaydım. Keşke evlenmeseydim. Ben bekarken daha rahattım, istediğim her şeyi alıyordum, ben rahat yaşayan bir insandım. Evlendikten sonra baya bir zorlaştı. Bir de ben kendime düşkün bir insanımdır. Rahatlığa alışmıştım. Sıkıntılar yaşayınca sinirlenirdim, tartışmaya girerdim hemen. Çocuk olduktan sonra bu daha çok bir hale geldi. Ama yine de bir şekilde sabrettim. Bu da geçer dedim zamanla. Ama eşimde beni gerçekten çok iyi idare etti. Baya bir inatçılığım vardı benim, her şeye bir anda sinirlenirdim. Boşanmaya kadar geldi ama boş ver dedim (Tanılı 1.A)."* DEHB tanılı bir çocuğun annesine ait olan bu ifadeler, ebeveynin evlenmeden önceki bekarlık

hayatına özlem duyduğunu, evlilik hayatına optimal düzeyde uyum sağlamakta zorlandığını bu durumunda ebeveyni öfkeli ve agresif bir ruh haline soktuğunu hatta çocuğun doğmasıyla birlikte bu öfkeli halinin daha da arttığını göstermektedir.

"*Diğer aile üyelerine karşı olumsuz tutumlar*" bir disfonksiyonel aile özelliği olarak ele alınmıştır. Bu disfonksiyonel özellikleri içerisinde "*aile içi şiddet*", *"eşin köken ailesiyle uyumsuz ilişkiler"* ve *"ebeveynin kendi köken ailesiyle uyumsuz ilişkiler"* gibi aile işlevselliğini bozan durumlar incelenmiştir. Bu disfonksiyonel aile özellikleri tanısız grubun ebeveynlerine kıyasla tanılı grubun ebeveynlerinde oldukça yoğun deneyimlenmektedir (Bkz. Şekil 53 ve 54). Adeyele ve Makinde (2023), aile içi şiddeti deneyimleyen veya bu şiddete tanık olan çocuklarda, DEHB, yıkıcı davranış bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları gibi birçok bozukluğun daha şiddetli görüldüğü ifade etmiştir. Yapılan görüşmelerde, tanılı grubun ebeveynlerinin hem kendi köken aile üyeleriyle hem de eşlerinin köken aile üyeleriyle daha fazla çatışma yaşadığı tespit edilmiştir. İki grup arasındaki fark azımsanmayacak boyuttadır. Fonksiyonel aile özellikleri temasında ele alınan *"diğer aile üyelerine karşı olumlu tutumlar"* özelliği ise tam ters şekilde tanısız grubun ebeveynleri tarafından daha fazla vurgulanmıştır (Bkz. Şekil 37 ve 38). Öztürk (2021a), "*fonksiyonel ailedeki bireyler başta kendi aile üyeleri olmak üzere, çevresindeki insanlarla kurdukları iletişimlerde saygıyı ve nezaketi korurken aynı zamanda diğerlerini takdir edip onlara değer verdiklerini de hissettirirler."* şeklinde ifade ettiği fonksiyonel aile özelliği tanılı ve tanısız çocukların ebeveynlerinin ifadeleri arasındaki farklılığı oldukça net bir şekilde açıklamaktadır.

"*Çocuk Büyütme Süreci*" teması tanılı ve tanısız çocukların ebeveynleri açısından karşılaştırılarak incelendiğinde, bu temada en çok ifade edilen durumun "*çocuk büyütme sürecinde zorlanma*" olduğu ve bu ifadenin en çok tanılı grubun anneleri tarafından bildirildiği

görülmüştür. Bu kategori altında ele alınan "*duygusal zorluklar", "fiziksel zorluklar" ve "ekonomik zorluklar*" tanılı grubun ebeveynleri tarafında fazlaca deneyimlenmiştir (Bkz. Şekil 64-67). Bu durumun aksine "*zorlanmadan çocuk büyütmek*" ise tanısız grubun ebeveynleri tarafından daha fazla ifade edilmiştir. Çalışmamızda elde edilen sonuçlarla aynı doğrultuda olan birçok araştırma bulunmaktadır. Ebeveynlik stresinin DEHB tanılı çocuğu olan ebeveynlerde daha yüksek olduğu, bu ebeveynleri çocuk büyütme sürecini daha zor olarak algıladıkları bilinmektedir (Fang ve ark., 2022; Flynn ve ark., 2023; Lee & Kim, 2022). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile çocuk büyütme sürecinde ebeveynin zorlanması iki boyutlu olarak ele alınmaktadır. İlk boyut, DEHB tanılı çocukların hastalıkları sebebiyle, zorlayıcı davranışlara sahip olması ve bu durumun da bakım verenleri zorlaması şeklinde ifade edilmektedir. Diğer boyut ise, ebeveynin yetersiz ebeveynlik özellikleri sebebiyle çocuklarının ihtiyaçlarını tam anlamıyla karşılamaması sebebiyle, çocuklarda davranış ve gelişim sorunları çıkması şeklindedir (Flynn ve ark., 2023; Jendreizik ve ark., 2023; Plant ve ark., 2018). Çalışmamızın sonuçları her iki boyutu da desteklemektedir. Kompleks bir psikopatoloji olan DEHB'nun tek bir boyuttan ele alınmasının yanıltıcı olacağı düşünülmektedir.

Çocuk büyütme süreci teması altında incelenen, "*annenin doğum sonrası psikolojik durumu*", "*bebekle ilk karşılaşma deneyimi*", "*ebeveynlik deneyim durumu*" ve "*evdeki diğer çocuklarla ilişkili sorunlar*" kodları tanılı ve tanısız çocukların ebeveynleri açısından karşılaştırılmıştır. Tanılı grubun ebeveynlerinin, doğum sonrası negatif ruh haline sahip olmayı, bebekle ilk karşılaşmada olumsuz anıları, acemi ebeveynliği ve evdeki diğer çocuklarla ilişkili sorunları tanısız grubun ebeveynlerine kıyasla daha fazla bildirdikleri görülmüştür (Bkz. Şekil 68-75). Bu durumun aksine, tanısız grubun ebeveynleri, doğum sonrası pozitif ruh haline sahip olmayı, bebekle ilk karşılaşmada olumlu anıları ve tecrübeli ebeveynliği tanılı grubun ebeveynlerine kıyasla daha fazla bildirmişledir. Alan yazında çocuk bakmaya hazır olmanın ve

çocuk bakma konusunda tecrübeli olmanın dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun gelişimine karşı koruyucu bir faktör olduğunu ileri süren çalışmalar bulunmaktadır hatta bu nedenle ilk doğan çocukların diğer çocuklara kıyasla daha fazla risk altında olduğu ifade edilmektedir. (Ghanizadeh ve ark., 2008; Kwok ve ark., 2016). Doktora tez çalışmamızdaki sonuçlarımız literatürle uyumlu bir şekilde, DEHB tanılı çocuğu olan ebeveynlerin tanısız gruba kıyasla daha tecrübesiz olduğunu göstermiştir. Annenin doğum sonraki olumsuz ruh hali de DEHB gelişimi için bir risk unsuru olarak görülmektedir. Postpartum depresyon yaşayan annelerin çocuklarında, DEHB riskinin daha fazla olduğu rapor edilmiştir (Christaki ve ark., 2022; Sasayama ve ark., 2023). Tanılı grubun annelerinin tanısız grubun annelerine kıyasla doğum sonrası negatif ruh haline daha fazla sahip olması ve çocuklarıyla ilk karşılaşmalarında daha fazla olumsuz anılara sahip olması sonucunun alan yazınla uyumlu olduğu görülmüştür.

"*Hamilelik süreci*" teması, "*zorlayıcı hamilelik ve doğum süreci*" ve "*güzel ve sorunsuz hamilelik süreci*" şeklinde ele alınmıştır. Tanılı grubun ebeveynleri zorlayıcı hamilelik ve doğum süreci deneyimlerini tanısız grubun ebeveynlerie kıyasla oldukça fazla deneyimlemişlerdir. Tanısız grubun ebeveynleri ise, çoğunlukla güzel ve sorunsuz hamilelik süreci geçirdiklerini bildirmişlerdir (Bkz. Şekil 76-77). Hamilelikte olumsuz yaşantılar ve duygusal durumlar, erken doğum, sezaryen doğum ve sorunlu doğum süreci deneyimleri farklı tanılı grubun ebeveyni tarafından bildirilirken tanısız grubun ebeveynlerinde yalnızca hamilelikte olumsuz yaşantılar ve duygusal durumlar bildirilmiştir. Hamilelikte yaşanan örseleyici deneyimlerin ve bu süreçte annelerde oluşan stresin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı için bir risk unsuru olduğu ifade edilmektedir. Annenin hamilelikte depresyon yaşamasının DEHB oluşumuna katkı sağladığı ileri sürülmüştür (Bendiksen ve ark., 2020; Eilertsen ve ark., 2021; Rosenqvist ve ark., 2019). Yapılan görüşmeler ve gözlemler sonucunda,

zorlayıcı hamilelik ve doğum süreci geçiren ebeveynlerin kaygı ve korku düzeylerinin de yüksek olduğu bu durumunda ebeveynlerin çocuk yetiştirme stillerine etki ettiği görülmüştür.

Doktora tez çalışmamızın nicel ve nitel bulgularının analiz sonuçları birbilerini desteklemekte ve tamamlamaktadır. Elde edilen bu bulgular modern psikotravmatoloji ve dissoanalitik ekolün bakış açısıyla incelendiğinde ise bulguların iki ekolün temel varsayımlarını desteklediği görülmektedir. Modern psikotravmatoloji bakış açısı, bireylerin maruz kaldıkları travmatik deneyimleri eğer nötralize ve/veya metabolize edemezlerse başkalarına aktardığını vurgulamaktadır (Öztürk, 2022a). Çözüme kavuşmayan, proses ve nötralize etmeyen travmatik deneyim bireyi ruhsal açıdan yaraladığı gibi bireyle ilişkili diğer kişiler için de bir risk ve tehdittir. Başka bir kişiye aktarılan travma bu yolla kişinin kendisi için tehdit olmaktan çıkmış ve kontrol altına alınmıştır. Bu ruhsal işleyiş neticesinde, çocukluk çağı travmalarına maruz kalmış bireylerin, bu travmatik deneyimleri en yakınındaki ve en güçsüz kişiye adeta bir zehir konteyneri olarak gördüğü kişiye, yani kendi çocuğuna aktarması oldukça muhtemeldir (Öztürk, 2021a). Bu sürecin sonucunda, bir travma ve bir mağdur olarak başlayan durum iki travma ve iki mağdur hatta çok daha fazla travma ve birçok mağdur boyutuna ulaşabilir. Bu şekilde dissosiyojenik düzlemde gerçekleşen kuşaklararası travma geçişi fenomeni, başta dissosiyatif bozukluklar olmak üzere birçok farklı psikopatoloji ve disfonksiyonel aile dinamiğinin gelişmesine de yol açmaktadır (Derin & Öztürk, 2018).

Bu çalışma, çocukluk çağı travma mağduru bireylerin, dissosiyatif yaşantılar, psikiyatrik belirtiler ve yanlış çocuk yetiştirme stilleri aracılığıyla çocuklarını optimal bir aile ortamında büyütemediğini ve bu ebeveynlerin çocuğun gelişimine uygun ortamın oluşmasını doğrudan ya da dolaylı bir şekilde engellediğini göstermektedir. Çalışmamız, tüm boyutlarıyla uygun koşullarda büyüyemeyen, fiziksel ve psiko-sosyal ihtiyaçları yeterince karşılanamayan veya

çocukluk çağında travma mağduru olan çocukların DEHB belirtileri geliştirmesi açısından risk grubunda olduğunu hem nicel hem de nitel veriler aracılığıyla göstermiştir. Modern psikotravmatoloji ve dissoanaliz kuramı, travmaların müdahale edilmedikçe dissosiyatif süreçlerle varlığını sürdürdüğünü, kısa vadede bireyleri uzun vadede ise hem bireyleri hem de toplumu negatif yönde etkilediğini bildirmektedir. Bu nedenle, çocukluk çağı travmalarının bireysel ve toplumsal yıkıcı etkilerinin kalıcı bir şekilde önlenmesi öncül bir öneme sahiptir. Bunun içinse, modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanaliz kuramı temel etiyolojik yaklaşımlar olarak benimsenip kapsamlı travma önleme stratejileri ve politikaları geliştirilmelidir. Ancak bu şekilde sessiz bir salgın gibi yayılan çocukluk çağı travmalarının yıkıcı etkisi önlenmiş olur ve empatinin, doğallığın, sevginin, saygının, değerlerin, nazikliğin, adaletin ve güvenin merkezde olduğu doğru çocuk yetiştirme stillerinin yani "*doğal ve rehber ebeveynlik stillerinin*" uygulanması yaygınlaşarak ruhsal açıdan entegre, üretken ve gelişim odaklı nesiller yetişerek varlığını sürdürebilirler (Öztürk, 2021a, 2022a).

Çocukluk çağı travmalarıyla yakından ilişkili psikopatolojileri önlemek adına hem öncül bir rehberlik hem de etkin ve uygulanabilir stratejiler sunan dissoanalitik psikotarihe göre; çocuklar ebeveynleri tarafından *"yardım eden ebeveynlik modu"*nda, üzerinde önemle durulan empatik tutumlarla yetiştirilirlerse, günümüzde yoğun bir şekilde yaşanılan ve gelecekte deneyimlenme olasılığının oldukça fazla olduğu kompleks çocukluk çağı travmalarını nötralize edilebilirler (deMause, 1993; Öztürk, 2023a). Dissoanalitik psikotarihin dünyadaki öncü ismi Öztürk (2023b)'e göre empatik, duygusal ve ilişkisel karşılıklılığı bulunan doğru çocuk yetiştirme stillerinin hakim olmasıyla tüm dünyada hem başkalarına karşı optimal empati gösteren hem de self sabotajları bulunmayan kendileşmiş bireyler maksimal oranda varlanış gösterecek; insanlara merhametli davranan ve psikotoplumsal sisteme zarar vermeyen özneler, huzur dolu, sağduyulu ve barış odaklı progresif yarınların mimarları olacaklardır!

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

"Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Olan Çocukların Ebeveynlerinin Modern Psikotravmatoloji ve Psikopatoloji Açısından Değerlendirilmesi" başlıklı modern psikotravmatoloji ve dissoanaliz kuramı temelinde hazırladığımız doktora tez çalışmamızın temel amacı; dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olan ve olmayan çocukların ebeveynlerinin çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantıları, psikiyatrik belirtileri, travma sonrası büyüme düzeyleri ve uyguladıkları çocuk yetiştirme stilleri açısından karşılaştırmaktır. Çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif yaşantıların ve çocuk yetiştirme stillerinin, psikiyatrik belirtiler, travma sonrası büyüme ve çocukların dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri üzerindeki yordayıcı etkisinin incelendiği doktora tez çalışmamızın tanılı ve tanısız çocukların ebeveynlerinden oluşan örneklem üzerinde gerçekleştirilmesi aynı zamanda hem annelerin hem de babaların örnekleme birlikte dahil edilmesi "*hem aile psikolojisi hem de aile psikopatolojisi*" çalışmalarına önemli bilimsel katkılar sunacaktır. Aynı zamanda tez çalışmamız, aile psikopatolojisinin daha detaylı şekilde anlaşılmasına, gelecek kuşakların "*fonksiyonel aileler*" içerisinde sağlıklı ve gelişim odaklı bireyler olarak yetişebilmesine yardımcı olacak önemli ve etkin politikaların, fonksiyonel stratejilerin geliştirilmesine imkan sağlayacaktır. Araştırmamızdan elde edilen temel sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

1. Çalışmamızda tanılı çocukların ebeveynlerinin 9'u (%7,5) bir psikiyatrik tanıya sahip olduğunu, tanısız çocukların ebeveynlerinin ise 3'ü (%2,5) bir psikiyatrik tanıya sahip olduğunu bildirmiştir (Bkz. Tablo II).

2. Tanılı grup çocukların ebeveynlerinin 57'si (%47,5), tanısız grup çocukların ebeveynlerinin 26'sı (%21,7) çocukluğunda fiziksel ihmali deneyimlemiş; tanılı grubun ebeveynlerinin 71'inin (%59,2), tanısız grubun ebeveynlerinin 35'inin (%29,2) çocukluğunda duygusal ihmali

deneyimlemiş olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo III). Tanılı grubun ebeveynlerinin 67'sinin (%55,9), tanısız grup çocukların ebeveynlerinin 28'inin (%23,4) çocukluğunda fiziksel şiddete maruz kalmış olduğu; tanılı grup çocukların ebeveynlerinin 72'sinin (%60), tanısız grubun ebeveynlerinin 29'unun (%24,2) çocukluğunda duygusal istismara maruz kalmış olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo III). Tanılı grubun ebeveynlerinin 2'si (%1,7) çocukluğunda cinsel istismara maruz kalmışken hiçbir tanısız çocuğun ebeveyni bu istismar türüne maruziyet bildirmemiştir (Bkz. Tablo IV).

3. Tanılı grup çocukların ebeveynlerinin 14'ü (%11,7), tanısız grup çocukların ebeveynlerinin 4'ü (%3,3) evlilik hayatında eşleri tarafından fiziksel şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Tanılı grubun ebeveynlerinin 45'i (%37,5), tanısız grubun ebeveynlerinin 15'i (%12,5) evlilik hayatında eşleri tarafından duygusal şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir. Evlilik hayatında eşleri tarafından cinsel şiddete maruz kalanların sayısı 2 (%1,7) kişidir ve bu iki kişi, tanılı çocukların anneleridir (Bkz. Tablo V).

4. Tanılı grubun ebeveynlerinin 28'i (%23,3) ve tanısız grubun ebeveynlerinin 8'i (%6,6) çocuk yetiştirme stilleri konusunda eşiyle fazla veya çok fazla çatışma ve tutarsızlık yaşadığını bildirmektedir. DEHB tanılı grubun ebeveynlerinin 68'inin (%56,6) ve tanısız grubun ebeveynlerinin 33'ünün (%27,3) çocuğuna şiddet uyguladığını; tanılı grubun ebeveynlerinin 88'inin (%73,3) ve tanısız grubun ebeveynlerinin 65'inin (%54,2) çocuğunu duygusal açıdan ihmal ettiği bulunmuştur (Bkz. Tablo VIII). Ebeveyn grupları arasındaki bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı düzeydedir ($p<.05$).

5. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı grubun ebeveynlerinin 42'sinin (%35) demokratik, 19'unun (%15,8) otoriter, 34'ünün (%28,4) izin verici ve 25'inin (%20,8) koruyucu ebeveynlik stiline; tanısız grubun ebeveynlerinin ise 91'inin (%75,8) demokratik,

11'inin (%9,2) otoriter, 9'unun (%7,5) izin verici ve 9'unun (%7,5) koruyucu ebeveynlik stilini benimsedikleri ve uyguladıkları ortaya çıkmıştır (Bkz. Tablo IX).

6. Tanılı grup çocukların ebeveynlerinin CTQ toplam puan ortalamasının (38,05), tanısız grup çocukların ebeveynlerinin CTQ toplam puan ortalamasından (31,43); tanılı grup çocukların annelerinin CTQ toplam puan ortalamasının (38,31), tanısız grubun annelerinin CTQ toplam puan ortalamalarından (31,01) ve tanılı grup çocukların babalarının CTQ toplam puan ortalamasının (37,80), tanısız grubun babalarının CTQ toplam puan ortalamalarından (31,85) yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo XI ve XII). Tanılı grubun annelerinin 40'ı (%66,7), tanısız grubun annelerinin ise 10'u (%16,6) CTQ'nin kesme puanı (35) üzerinde puan almıştır. Tanılı grubun babalarının 35'i (%58,3) tanısız grubun babalarının ise 14'ü (%23,3) CTQ'nin kesme puanı (35) üzerinde puan almıştır. Tanısız grup çocukların ebeveynlerine kıyasla çok daha fazla tanılı grup çocukların ebeveyninin çocukluk çağı travmaya daha yoğun bir şekilde maruz kaldığı tespit edilmiştir (Bkz. Tablo XXII). Tanılı grup çocukların annelerinin 17'si (%23,3), tanılı grubun babalarının 12'si (%20), tanısız grubun annelerinin 4'ü (%6,7) ve tanısız grubun babalarının 7'si (%11,6) CTQ'nin fiziksel istismar kesme puanı (6) üzerinde puan almıştır. Tanılı grubun annelerinin 23'ü (%38,3), tanılı grubun babalarının 24'ü (%40), tanısız grubun annelerinin 12'si (%20) ve tanısız grubun babalarının 7'si (%11,6) CTQ'nin duygusal istismar kesme puanı (8) üzerinde puan almıştır. Tanılı grubun annelerinin 25'i (%41,7), tanılı grubun babalarının 32'si (%53,3), tanısız grubun annelerinin 5'i (%8,3) ve tanısız grubun babalarının 11'i (%18,3) CTQ'nin fiziksel ihmal kesme puanı (8) üzerinde puan almıştır. Tanılı grubun annelerinin 13'ü (%21,7), tanılı grubun babalarının 11'i (%18,3), tanısız grubun annelerinin 12'si (%20) ve tanısız grubun babalarının 12'si (%20) CTQ'nin duygusal ihmal kesme puanı (12) üzerinde puan almıştır.

7.Tanılı grup çocukların ebeveynlerinin DES toplam puan ortalamaları 18,45, tanısız grup çocuklarım ebeveynlerinin DES toplam puan ortalamaları 11,62 olarak hesaplanmış ve tanılı grubun ebeveynlerinin DES puan ortalamalarının istatistiksel açıdan tanısız grubun ebeveynlerinin puanlarına kıyasla anlamlı derece yüksek olduğu bulunmuştur. Tanılı grup çocukların babalarının DES toplam puan ortalamaları 16,97, tanısız grup çocukların babalarının ortalamaları ise 12,02 olarak hesaplanmış ve tanılı grup çocukların babalarının DES puan ortalamalarının istatistiksel açıdan tanısız grup çocukların babalarının puanlarına kıyasla anlamlı derece yüksek olduğu bulunmuştur. Tanılı grubun annelerinin DES puan ortalamaları 19,92, tanısız grubun annelerinin ortalamaları ise 11,20 olarak hesaplanmış ve tanılı grubun annelerinin DES puan ortalamalarının istatistiksel açıdan tanısız grubun annelerinin puanlarına kıyasla anlamlı derece yüksek olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo XIII). Tanılı grubun annelerinin 19'u (%31,6), tanılı grubun babalarının 4'ü (%6,7) DES'in kesme puanı (25) üzerinde puan almıştır fakat tanısız grup çocukların hiçbirinin hem anneleri hem de babaları DES'in kesme puanı üzerinde puan almamıştır.

8. Tanılı grup çocukların ebeveynlerinin KSE toplam puan ortalamaları 42,41, tanısız grup çocukların ebeveynlerinin KSE toplam puan ortalamaları 23,60 olarak hesaplanmış ve tanılı grubun ebeveynlerinin KSE toplam puan ortalamalarının istatistiksel açıdan tanısız grubun ebeveynlerinin puanlarına kıyasla anlamlı derece yüksek olduğu bulunmuştur. Tanılı grubun babalarının KSE toplam puan ortalamaları 33,65, tanısız grubun babalarının ortalamaları ise 20,43 olarak hesaplanmış ve tanılı grubun babalarının KSE toplam puan ortalamalarının istatistiksel açıdan tanısız grubun babalarının puanlarına kıyasla anlamlı derece yüksek olduğu bulunmuştur. Tanılı grubun annelerinin KSE toplam puan ortalamaları 51,18, tanısız grubun annelerinin ortalamaları ise 26,78 olarak hesaplanmış ve tanılı grubun annelerinin KSE toplam

puan ortalamalarının istatistiksel açıdan tanısız grubun annelerinin puanlarına kıyasla anlamlı derece yüksek olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo XIV ve XV).

9. Tanılı grup çocukların ebeveynlerinin YEEE'den elde ettikleri puan ortalamaları, çocuklardan beklentiler alt ölçeğinde 20,93; çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt ölçeğinde 31,91; disiplin aracı olarak fiziksel ceza kullanımı alt ölçeği için 38,90; ebeveyn-çocuk rol ve sorumluluk alt ölçeği için 21,65, çocukların güç ve bağımsızlığı alt ölçeği için 17,90 olarak hesaplanmıştır. Tanısız grup çocukların ebeveynlerinin YEEE puan ortalamaları, çocuklardan beklentiler alt ölçeğinde 24,83; çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt ölçeğinde 37,19; disiplin aracı olarak fiziksel ceza kullanımı alt ölçeği için 44,53; ebeveyn-çocuk rol ve sorumluluk alt ölçeği için 24,40, çocukların güç ve bağımsızlığı alt ölçeği için 20,30 olarak hesaplanmıştır. YEEE alt ölçeklerinin tamamında hesaplanan puan ortalamalarının istatistiksel açıdan tanısız grup çocukların ebeveynlerinin puanlarına kıyasla anlamlı derece düşük olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo XVI ve XVII).

10. Tanılı grup çocukların annelerinin 40'ı, tanısız grup çocukların annelerinin 10'u, tanılı grubun babalarının 35'i ve tanısız grubun babalarının 14'ü CTQ ölçeğinin kesme puanı (35) üzerinde puan aldığı için kesme puanı üstünde puan alan ebeveyn gruplarına; kesme puanın altında puan alan katılımcılar ise kesme puan altında puan alan ebeveyn gruplarına dâhil edilmişlerdir. Kesme skoru üstünde puan alan tanılı çocukların annelerinin DES sıra ortalama puanları 37,63 olarak, altında puan alan tanılı çocukların annelerinin DES sıra ortalama puanları 16,25 olarak hesaplanmış; kesme skoru üstünde puan alan tanılı çocukların babalarının DES sıra ortalama puanları 39,69 olarak, altında puan alan tanılı çocukların babalarının DES sıra ortalama puanları 17,64 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlar CTQ ölçme aracından kesme skoru üstünde puan alan ebeveynlerin DES toplam puan ortalamalarının istatistiksel açıdan kesme puanı altında puan alan ebeveynlerin puanlarına kıyasla anlamlı derece yüksek olduğu

bulunmuştur. CTQ ölçme aracından kesme skorunun üstünde puan alan tanısız çocukların annelerinin DES sıra ortalama puanları 41,70 olarak, altında puan alan tanısız grubun annelerinin DES sıra ortalama puanları 28,26 olarak hesaplanmış; CTQ'dan kesme skorunun üstünde puan alan tanısız çocukların babalarının DES sıra ortalama puanları 37,07 olarak, altında puan alan tanısız çocukların babalarının DES sıra ortalama puanları 28,50 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlar hem tanılı hem de tanısız çocukların CTQ ölçme aracından kesme skoru üstünde puan alan ebeveynlerinin DES sıra ortalaması puanlarının istatistiksel açıdan kesme skorunun altında puan alan ebeveynlerin puanlarına kıyasla anlamlı derece yüksek olduğunu göstermektedir (Bkz. XXIII).

11. CTQ ölçme aracından kesme skoru üstünde puan elde eden tanılı grup çocukların ebeveynlerinin KSE toplam puan ortalamaları 49,85 olarak, kesme skorunun altında puan alan tanılı grubun ebeveynlerinin KSE toplam puan ortalamaları 30,02 olarak hesaplanmıştır. CTQ ölçme aracından kesme skoru üstünde puan alan tanısız grubun ebeveynlerinin KSE sıra ortalaması puanları 77,31 olarak, kesme skoru altında puan elde eden tanısız grubun ebeveynlerinin KSE sıra ortalaması puanları 56,30 olarak hesaplanmıştır (Bkz. Tablo XXV). CTQ'nun kesme puanı olan 35 ve üstü puan alan tanılı çocukların annelerinin KSE toplam puan ortalamaları 60,32 olarak, altında puan alan tanılı grubun annelerinin KSE toplam puan ortalamaları 32,90 olarak hesaplanmıştır. CTQ'nun kesme puanı olan 35 ve üstü puan alan dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuğu olan babalarının KSE toplam puan ortalamaları 37,88 olarak, altında puan alan tanılı grubun babalarının KSE toplam puan ortalamaları 27,72 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlar, CTQ'nun kesme puanı olan 35 ve üstü puan alan ebeveynlerin KSE toplam puan ortalamalarının istatistiksel açıdan 35 puanın altında puan alan ebeveynlerin puanlarına kıyasla istatiksel açıdan anlamlı derece yüksek olduğunu göstermiştir (Bkz. Tablo XXVI).

12. CTQ ölçme aracından kesme skoru üstünde puan alan tanılı grup çocukların annelerinin YEEE puan ortalamaları, çocuklardan beklentiler alt ölçeğinde 21,10; çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt ölçeğinde 31,38; disiplin aracı olarak fiziksel ceza kullanımı alt ölçeği için 38,27; ebeveyn-çocuk rol ve sorumluluk alt ölçeği için 21,55, çocukların güç ve bağımsızlığı alt ölçeği için 17,92 olarak hesaplanmıştır. CTQ ölçme aracından kesme skoru üstünde puan alan tanılı grubun babalarının YEEE puan ortalamaları, çocuklardan beklentiler alt ölçeğinde 17,34; çocukların ihtiyaçlarına yönelik empati alt ölçeğinde 28,20; disiplin aracı olarak fiziksel ceza kullanımı alt ölçeği için 35,22; ebeveyn-çocuk rol ve sorumluluk alt ölçeği için 19,00, çocukların güç ve bağımsızlığı alt ölçeği için 17,92 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlar, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği kesme skoru üstünde alan ebeveynlerin YEEE alt ölçek puan ortalamalarının istatistiksel açıdan kesme skoru altında ebeveynlerin puanlarına kıyasla anlamlı derece düşük olduğunu göstermiştir.

13. CTQ kesme skoru üstünde puan alan annelerin çocuklarının CADÖ-KF DEHB indeksi puan ortalamaları 21,22 olarak, kesme skoru altında puan alan annelerin çocuklarının DEHB indeksi puan ortalamaları 5,65 olarak; Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nden kesme skoru üstünde puan alan babaların çocuklarının DEHB indeksi puan ortalamaları 19,97 olarak, kesme skoru altında puan alan babaların çocuklarının DEHB indeksi puan ortalamaları 16,12 olarak hesaplanmıştır. Sonuçlar, CTQ ölçme aracından kesme skoru üstünde puan alan ebeveynlerin çocuklarının CADÖ-KF DEHB indeksi puan ortalamalarının istatistiksel açıdan kesme skoru altında puan alan ebeveynlerin puanlarına kıyasla anlamlı derece yüksek olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo XXXII).

14. Ebeveynlerin çocukluk çağı ruhsal travmaları (CTQ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal) ile dissosiyatif yaşantılar arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Ebeveynlerin çocukluk çağı

travma deneyimlerine fazlaca maruz kalmış kişilerde dissosiyatif yaşantılar benzer şekilde artmaktadır (Bkz. Tablo XXXI).

15. Ebeveynlerin çocukluk çağı ruhsal travmaları (CTQ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal) ile psikiyatrik belirtiler (KSE toplam, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Ebeveynlerin çocukluk çağı travma deneyimi arttıkça psikiyatrik semptomlar da artmaktadır (Bkz. Tablo XXXIII)

16. Tanılı grubun ebeveynlerinin çocukluk çağı ruhsal travmaları (CTQ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal) ile çocukların DEHB belirtileri (karşı gelme, bilişse problemler/dikkatsizlik ve hareketlilik) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Ebeveynlerin çocukluk çağı travma deneyimi arttıkça çocuklarının DEHB belirtileri de artmaktadır. Ayrıca ebeveynlerin çocukluk çağı travma deneyimlerinin çocuklarının DEHB belirtilerini üzerindeki yordayıcı rolüne ilişkin çoklu regresyon analizi sonucu, çocukluk çağı travmaların bağımlı değişkendeki toplam varyansın %8'ini açıkladığını göstermiştir (Bkz. Tablo XL).

17. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamasının DEHB belirtilerini yordamasını inceleyen basit regresyon analiz sonucunda ilgili modelin anlamlı olduğu, modeldeki dissosiyatif yaşantılar değişkeninin, çocukların DEHB belirtileri bağımlı değişkenindeki varyansın %14,5'ini açıkladığı ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu üzerinde yordayıcı etkisinin olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo XLI).

18. Tanılı grubun ebeveynlerinin çocukluk çağı ruhsal travmaları (CTQ toplam puanı, duygusal istismar ve duygusal ihmal) ile travma sonrası büyüme düzeyleri (TSBE toplam puan, benlik algısında değişim) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Ebeveynlerin çocukluk

çağı travma deneyimi arttıkça, özellikle duygusal ihmal ve duygusal istismar, travma sonrası büyüme düzeyleri azalmaktadır (Bkz. Tablo XXXIV).

19. Tanılı grubun ebeveynlerinin çocukluk çağı ruhsal travmaları (CTQ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal) ile ebeveynlik tutumları (YEEE'nin alt ölçeklerinden olan; çocuklardan beklentiler, çocuklara ilişkin empati, disiplin aracı olarak fiziksel ceza, ebeveyn-çocuk rol sorumluluk, ebeveyn-çocuk güç ve bağımsızlık) arasında istatistiksel açıdan negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Ebeveynlerin çocukluk çağı travma deneyimi arttıkça bireylerin ebeveynlik tutumları düzensizleşmekte ve olumsuzlaşmaktadır (Bkz. Tablo XXXIV- XXXVI).

20. Tanılı grubun ebeveynlerinin çocukluk çağı travmaları ile dikkat eksikliği ve hiperkaktivite bozukluğu belirtileri arasında dissosiyatif yaşantıların aracı etkisine yönelik oluşturulan model istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Model çocukluk çağı travmalarının çocukların dikkat eksikliği ve hiperkaktivite bozukluğu belirtileri üzerinde dissosiyatif yaşantıların (ß=,130; p<.05) dolaylı etkiye sahip olduğunu göstermiştir (Bkz. Tablo XLVIII).

21. Tanılı grubun ebeveynlerinin çocukluk çağı travmalarının çocukların DEHB belirtileri üzerinde, çocuğun ihtiyaçlarına yönelik empati tutumları aracılığıyla dolaylı etkiye (ß=,106; p<,05) sahip olduğu görülmüştür. Çocukluk çağı travmalarının çocukların DEHB belirtileri üzerinde, çocuklardan beklentilere yönelik tutumlar aracılığıyla hem doğrudan (ß= ,208; p<,05) hem de dolaylı etkiye (ß= ,082; p<,05), disiplin aracı olarak fiziksel ceza kullanımına yönelik tutumlar aracılığıyla hem doğrudan (ß= ,195; p<,05) hem de dolaylı etkiye (ß= ,094; p<,05) ve çocuğun güç ve bağımsızlığına yönelik tutumlar aracılığıyla hem doğrudan (ß= ,195; p<,05) hem de dolaylı etkiye (ß= ,095; p<,05) sahip olduğu bulunmuştur.

22. Nitel analiz bulguları neticesinde, dikkat eksikliği ve hiperkaktivite bozukluğu tanılı grup çocukların ebeveynlerinin tanısız grup çocukların ebeveynlerine göre daha yoğun ve şiddetli bir şekilde; çocukluk çağı travmalarına ve yetişkinlik dönemi travmalarına maruz kaldığı görülmüştür.

23. Nitel analiz bulguları, tanısız grubun ebeveyn sayısına kıyasla daha fazla sayıda tanılı çocuğun ebeveyninin çocukluğunda empati kesintili ve şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleriyle büyütüldüğünü ifade etmiş olduğunu ve bu ebeveynlerin kendi çocuklarını da tanısız grup ebeveynlere kıyasla yanlış çocuk yetiştirme stillerini daha fazla kullanarak büyüttüğünü göstermiştir. Ayrıca tanısız grubun ebeveynlerinin, kendi ebeveynleriyle pozitif ilişkiye sahip olarak, sorunsuz ve mutlu bir aile ortamında büyüme deneyimini tanılı gruba dahil ebeveynlere göre daha fazla deneyimledikleri tespit edilmiştir.

24. Nitel analiz sonuçları, tanısız grubun ebeveynlerinin dikkat eksikliği ve hiperkaktivite bozukluğu tanılı çocukların ebeveynlerine kıyasla daha çeşitli ebeveynlik becerisine sahip olduğunu, bu becerileri daha işlevsel ve daha aktif bir şekilde kullanabildiklerini göstermiştir.

25. Nitel analiz sonuçları, tanısız grubun ebeveynlerinin dikkat eksikliği ve hiperkaktivite bozukluğu tanılı grubun ebeveynlerine kıyasla daha fazla iş birliğine açık olduklarını göstermiştir. Ayrıca tanısız grubun ebeveynlerinde, eşler arasında tutarlılığın, görev paylaşımlarının, sorumlulukların, sınırların korunmasının ve saygının daha fazla önem arz ettiği, ebeveynlerin bu konularda daha hassas davrandıkları tespit edilmiştir.

26. Nitel analiz sonuçları, dikkat eksikliği ve hiperkaktivite bozukluğu tanılı grubun ebeveynlerinin tanısız grubun ebeveynlerine kıyasla, çocuklarına karşı olumsuz duygulara daha fazla ve kolay bir şekilde kapıldıklarını göstermiştir. Bunun neticesinde ise, hem ebeveyn-çocuk çatışmalarının hem de eşler arası çatışmaların daha fazla deneyimlendiği tespit edilmiştir.

27. Nitel analiz sonuçları, dikkat eksikliği ve hiperkaktivite bozukluğu tanılı grubun ebeveynlerinin belirgin bir şekilde çocuk büyütme sürecini zorlu, yorucu ve yıpratıcı bir süreç olarak tanımladıklarını göstermiştir. Tanısız grubun ebeveynlerinin de bir kısmı çocuk büyütme sürecini zorlu bir dönem olarak ifade etse de bu grup ebeveynlerin genel anlamda yoğun bir zorluk ve yıpranmışlık bildirmedikleri tespit edilmiştir.

28. Nitel analiz bulguları, tanısız grubun ebeveynlerinin dikkat eksikliği ve hiperkaktivite bozukluğu tanılı grubun ebeveynlerine göre daha fazla fonksiyonel aile özelliklerine sahip olduklarını ifade ettiğini gösterirken yine bu ebeveyn grubunun tanılı gruba kıyasla daha az disfonksiyonel aile özelliklerine sahip olduğunu bulmuştur.

Modern psikotravmatoloji ve dissoanaliz kuramı temelinde hazırlamış olduğumuz doktora tez çalışmamızın genel sonucu, ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının olumsuz etkilerinin, disfonksiyonel ve patolojik ilişki kalıplarıyla çocuklara aktarıldığını yani çocukluk çağı travmalarının kuşaklararası geçiş gösterdiğini tespşt etmiştir. Çalışma ayrıca, bu patolojik geçişin, disfonksiyonel aile özellikleri, aile dinamikleri ve yanlış çocuk yetiştirme stilleri aracılığıyla gerçekleştiğini, bu yıkıcı ve geriletici döngü neticesinde ise aile psikopatolojilerinin ortaya çıktığını göstermiştir. Bireyler, nötralize edemedikleri travmatik deneyimleri çocuklarına aktararak kendi travmalarını aşmaya çalışırlarken bir yandan da çocuklarını hâkimiyet altına almayı amaçlamaktadırlar (Cohen, 2019; Derin, 2018; Karaman, 2023; Öztürk, 2020a, 2021a). Doktora tez çalışmamız, örneklemi oluşturan ebeveyn gruplarını çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantılar, psikiyatrik belirtiler, travma sonrası büyüme ve çocuk yetiştirme stilleri açısından karşılaştırmış ve birçok anlamlı veri tespit etmiştir. Bu veriler, çocukların DEHB belirtileri ve tanı durumlarının, başta ebeveynlerin çocukluk çağı travma deneyimleri, çocuk yetiştirme stilleri, aile özellikleri ve aile psikopatolojileri olmak üzere birçok önemli psikososyal etken ile ilişkini güçlü bir şekilde ortaya koymuştur.

DEHB Tanısı Olan Çocukların Ebeveynlerinin Modern Psikotravmatoloji ve Psikopatoloji Açısından Değerlendirilmesi

Doktora çalışmamızda DEHB tanılı çocuklara sahip ebeveynler, aile psikolojisiyle ilişkili olarak modern psikotravmatoloji ve dissoanaliz kuramı perspektifinden çocukluk çağı travmaları ve psikopatoloji açısından hem nicel hem de nitel boyutta değerlendirilmiştir. Ebeveynler primer boyutta kendi çocukluk çağı travmalarını kuşaklararası bir geçişle evlatlarına yansıtmışlardır. Ebeveynler sekonder boyutta kendi psikopatolojilerini kuşaklaraşırı bir aktarımla yine evlatlarına yansıtmışlar. Disfonksiyonel aile dinamikleri, şiddet ya da şımartılma odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri içerisine saklanan çocukluk çağı travmaları ve onlarla ilişkili psikopatolojiler dominatik bir geçişle ardışık nesillere aktarılmaktadır. Bir kez daha vurgulanmak istendiği üzere çalışmamızda DEHB tanılı çocuklar ile psikopatoloji arasındaki ilişkiye odaklanmak yerine, DEHB tanılı çocukları bulunan ebeveynler, aile psikopatolojisi ekseninde detaylı bir şekilde ele alınmıştır (Öztürk, 2022a). Dissoanaliz kuramı ve modern psikotravmatoloji temel ilke ve paradigmalarına göre yapılandırılan doktora tez çalışmamız hem aile psikolojisine hem de aile psikopatolojisine odaklı olup psikiyatrik tanılı çocuğa sahip olan ebeveynler adına aile psikoterapisinin önemini kuvvetle vurgulamaktadır!

Olumsuz ve psikopatojen etkisi uzun yıllar süren ve sürdüğü müddetçe kuşaktan kuşağa aktarılan çocukluk çağı travmaları, müdahale edilmedikçe birçok nesli etkilemektedir. Bu nedenle çocukluk çağı travmalarının birey ve toplum üzerinde bıraktığı psikopatojen etkilerin dissoanalizinin yapılması, psikiyatrik hastalıkların, aile psikopatolojilerinin, yanlış ve şiddete dayalı çocuk yetiştirme stillerinin kapsamlı bir şekilde incelenmesi ve travmalara karşı baş etme stratejiler geliştirilmesi oldukça önemlidir. Öztürk dissoanaliz kuramında, nötralize edilmemiş travmaların negatif etkilerinin şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri aracılığıyla kişinin çocuklarına geçtiğini ve bu durumun da aile psikopatolojilerine yol açtığını belirtmiştir. Bu problematiğe kuramsal bir çözüm sunan Öztürk, "*psikotoplumsal terapi*" olarak kavramsallaştırdığı dissoanaliz kuramını bilim dünyasına kazandırmıştır. Psikotoplumsal

terapi, bireysel ve toplumsal travmaların olabildiğince hızlıca ve pratik bir şekilde tedavi edilmesi ve yeni travma deneyimlerine karşı koruyucu ve önleyici politikaların ve stratejilerin geliştirilmesi ile kronik çocukluk çağı travmalarından ve diğer aktüel travmalardan kaynaklanan başta dissosiyatif bozukluklar olmak üzere tüm psikopatolojilerin etkili krize müdahale metotları içeren psikolojik destek çalışmaları ile tedavi edilerek kapsamlı şekilde nötralize edilmesini içermektedir. DEHB tanılı çocuğu olan ebeveynlerin modern psikotravmatoloji ve psikopatoloji açısından değerlendirildiği çalışmamızın tüm bulgu ve sonuçları ışığında gelecekte yapılacak çalışmalar için sunulan öneriler aşağıda belirtilmiştir:

I-) Bu çalışma DEHB tanılı çocuğu olan ebeveynler ve bu tanısı bulunmayan çocukların ebeveynleriyle İstanbul ili Anadolu Yakası örnekleminde çalışılmıştır. Bu kapsamda, DEHB tanılı çocuğu olan 60 anne ve 60 baba ile herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan çocuğa sahip olan 60 anne ve 60 baba çalışmaya dâhil edilmiştir. DEHB odaklı yapılacak yeni bilimsel çalışmaların daha farklı il örneklemlerinde ya da daha kapsamlı bir şekilde Türkiye örnekleminde yapılmasının literatüre önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

II-) Çalışmamızda ele aldığımız konu üzerine yapılan araştırmalar genellikle DEHB tanılı çocukların anneleri ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmamızda, çalışma grubuna annelerle birlikte babaları da dâhil edilmiştir, bu özelliğiyle çalışmamız özgün ve örneklem açısından ise kapsamlı olmasına rağmen arşatırmamıza diğer aile üyeleri dâhil edilmemiştir. Aile özelliklerinin ve aile psikopatolojilerinin incelendiği çalışmalarda, aile üyelerinin tamamına ulaşmanın önemli olduğu düşünülmektedir. Bu doğrultuda konu ile ilgili yapılacak yeni araştırmalarda aile dinamiklerinin dikkate alınması önerilmektedir.

III-) Çalışmamızda çocukların DEHB belirtileri psikolojik, sosyal ve çevresel özellikler üzerinden ele alınmış ve incelenmiştir. DEHB etiyolojisinde genetik ve fizyolojik özelliklerin

etkili olduğu görüşü birçok çalışma tarafından ileri sürülmektedir. Bu nedenle gelecekte yapılacak çalışmaların, tüm etiyolojik faktörleri disiplinlerarası bilimsel çalışmalarla ele almasının konu ile ilgili kapsamlı sonuçlar sunacağı düşünülmektedir.

IV-) Modern psikotravmatoloji ilkelerine dayanarak yapılandırılan doktora tez çalışmamız, çocukluk çağı travmalarının uzun dönemli sonuçlarının bireyin, yakınlarının ve ailesinin üzerindeki etkilerini incelemiş ve çocukluk çağı travmalarının kompleks etkisini ortaya koymuştur. Bu bağlamda psikiyatri, psikoloji, psikolojik danışmanlık, psikotravmatoloji, psikotarih ve adli bilimler disiplinleri içerisinde kapsayıcı bir bakış açısıyla yapılandırılacak daha fazla ruhsal travma odaklı bilimsel araştırmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Ayrıca akademik ve bilimsel çalışmaların yanı sıra travmayla mücadelede uygulama çalışmalarının, travma daha oluşmadan önleme politikalarının ve travmatik durum ortaya çıkmış olsa bile bu durumdan korunabilme stratejilerinin geliştirilmesinin bilimsel çalışmalar kadar önemli olduğu düşünülmektedir. Yapılacak tedavi ve müdahale çalışmaları sayesinde çocukluk çağı travmaları ile ilgili psikiyatrik bozukluklara, aile psikopatolojilerine, disfonksiyonel aile yapılarına ve şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerine karşı kısa ve uzun dönemli işlevsel tedbirler alınmış olacaktır. Travmadan korunmuş ya da travmanın olumsuz etkilerinden arınmış bireyler ve toplumlar, gelişim odaklı fonksiyonel nesillerin varlığını sürdürmesini sağlayacaktır.

V-) Travma mağdurları, genellikle ebeveynleri tarafından örseleyici davranışları deneyimlemektedir. Bu nedenle travmatik deneyimleri önlemenin en etkili yöntemlerinden bir tanesi de ebeveyn eğitimi ile olumlu ebeveynlik becerilerinin ve özelliklerinin geliştirilmesidir. Güven, duygusal karşılıklılık, empati ve sevgi odaklı doğru çocuk yetiştirme stillerinin benimsendiği ailelerde çocukluk çağı travmaları ve travmaların olumsuz ruhsal etkileri ortadan kalkacaktır. Birçok kişinin evliliğin ve ebeveynliğin getirdiği sorumlulukların farkında

olmadan evlendiği ve ebeveyn olduğu bilinmektedir. Bu nedenle evlilik öncesinde, evliliğin ilk yıllarında, ebeveynlik öncesinde ya da yeni ebeveynlik dönemlerinde psikoeğitim çalışmalarıyla ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesine yönelik kurumsal desteklerin oldukça önemli olduğu düşünülmektedir ki gelişim odaklı çocuk yetiştirme stillerinin yaygınlaşması, ebeveynler adına en etkin çözümdür. Bu kapsamda yapılacak çalışmalarda tüm ruh sağlığı uzmanlarının ve sivil toplum kuruluşlarının dahil olmasının önemli bir gereklilik olduğu düşünülmektedir.

VI-) Dikkat eksikliği ve hiperkativite bozukluğu tanılı çocuğu olan anne-babaların evlilik ilişkileri ve aralarındaki iş birliği, dikkat eksikliği ve hiperkativite bozukluğu tanısı olmayan çocukların ebeveynlerine kıyasla daha problemli olabilmektedir. Dikkat eksikliği ve hiperkativite bozukluğu tanılı çocuğu olan ebeveynlerin evlatlarını yeterince iyi yetiştirip onları destekleyebilmeleri için ebeveynlik ittifakını korumaları gerekmektedir. Bu doğrultuda eşler arasında uyumun iyi düzeyde olması, ebeveynlerin çocuklarının dikkat eksikliği ve hiperkativite bozukluğu kaynaklı yaşadıkları akademik, sosyal ve tıbbi sorunlar gibi zorluklarla mücadele sürecinde daha etkin olabilmelerini sağlayacaktır. Bu nedenle ebeveynler arasında ittifakın, işbirliğinin ve uyumun arttırılması kritik bir öneme sahiptir.

VII-) Travmaların önlenmesi ya da olumsuz etkisinin olabildiğince azaltılabilmesi için erişilebilir ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması gerekmektedir. Ruh sağlığı hizmetlerine duyulan ihtiyacın günden güne arttığı günümüzde bu hizmetin erişilebilir ve kolay ulaşılabilir olması, travmayla ve bu travmatik yaşantıların ruhsal açıdan yarattığı olumsuz etkileriyle doğrudan mücadele edebilmek adına oldukça mühimdir.

VIII-) Travma ile ilişkili psikiyatrik bozuklukların tedavi sürecinin "*modern psikotravmatoloji: travma ve dissosiyasyon*" paradigmaları ekseninde yapılandırılması, travma

mağduru ve dissosiye ebeveynlerin en hızlı zaman zarfında ruhsal bütünlüklerine kavuşarak sağlıklı ve fonksiyonel bireyler olarak hayatlarına devam etmeleri oldukça önemlidir. Bu noktada "*Travma Merkezli Alyans Model Terapi*" ve *"Travma Model Terapi"* başta dissosiyatif bozukluklar olmak üzere travma kaynaklı tüm psikopatolojilerin dünya genelinde kullanılan en etkin, başarılı ve hızlı sonuç veren terapi modelleri arasında yer almaktadır.

IX-) Dissosiyatif bozukluklar; travma sonrası stres bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu başta olmak üzere farklı psikopatolojiler ile yüksek oranda eş tanılı seyreden bir psikiyatrik hastalıktır. Travmatik yaşantılarla ilişkili psikiyatrik eş tanıları bulunan dissosiyatif bozukluk vakalarında dissosiyatif bozukluk tanısının *"primer tanı"*, eş tanıların ise *"sekonder tanılar"* olması gerekmektedir. Dissosiyatif bozukluğun primer tanı olarak alınmadığı eş tanılı psikiyatri vakalarının tedavileri oldukça uzun sürebilmektedir. Tanılama hatasından dolayı tedavisi uzayan ve başarısızlıkla sonuçlanan dissosiyatif bozukluk hastalarının bu duruma maruz kalmaları, bir malpraktis olgusu olarak gündeme gelebilmektedir. Psikiyatristlerin dissosiyatif bozukluk vakalarında, bu tanı grubunu birincil tanı olarak almamaları, hastaların mağduriyetlerini giderebilmeleri adına malpraktis davaları açmalarına yol açmaktadır. Malpraktis davası açan dissosiyatif bozukluk vakaları, psikoterapi sürecinde yaşadıkları kronik mağduriyetler nedeniyle psikiyatrist ve psikologlardan maddi tazminat talep edebilirler.

X-) Çocukluk çağı travmalarını ve yanlış çocuk yetiştirme stillerini önlemeye yönelik fonksiyonel, başarılı ve uygulanabilir politikalarının geliştirilmesi üzerine kurulu ve modern psikotravmatoloji ve dissoanaliz kuramı temelli *"Aile Psikopatolojisi", "çocuk ve ergen psikopatolojisi", "Psikotravmatoloji", "Dissosiyatif Bozukluklar"* ve *"Psikotarih"* derslerinin hem Türkiye'de hem de tüm dünyada lisans seviyesinde eğitim veren fakülteler ile yüksek lisans ve doktora programlarının müfredatlarında yer alması öncül bir önemle önerilmektedir. Bu dersler ışığında çocukluk çağı travmalarını ve şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerini

önleme odaklı ulusal ve uluslararası düzeyde bilimsel projelerin geliştirilmesini hem de bu alanda yüksek lisans ve doktora tezlerinin gerçekleştirilmesini olanaklı kılabilecektir.

XI-) Travmalara karşı en hassas, en kırılgan ve en risk grubundaki kitle, çocuklardır. Bu nedenle çocukların psikolojik açıdan güçlendirilmesi önemli bir gerekliliktir. Bu kapsamda çocukların topluma ilk temas ettiği yerlerden biri olan kreşlerden ve anaokullarından başlayıp liseye hatta üniversiteye kadar uzanan eğitim ortamlarında psikolojik destek kanallarının aktif bir şekilde çalıştırılması temel bir gerekliliktir. Yine bu eğitim ortamlarında ebeveynlerin çocuklarının akademik süreçlerine dahil edilerek doğru ve gelişim odaklı çocuk yetiştirme konusunda eğitilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

XII-) Dikkat eksikliği ve hiperaktivie bozukluğu tanısının psikiyatristler tarafından konulmasından sonra ebeveynlerin büyük oranda; evlatlarını daha fazla destekleyici tutum gösterdikleri ve onlara karşı daha şefkatli ve duyarlı oldukları bilinmektedir. Dikkat eksikliği ve hiperkativite bozukluğu tanısı ile birlikte ebeveynler, çocuklarının gelecekleri ile ilgili belirsizliğe ve endişeye daha az kapılmakta ve evlatlarını nasıl destekleyicileri konusunda daha yoğun çaba göstermektedirler. Bu doğrultuda; dikkat eksikliği ve hiperkativite bozukluğu belirtilerinin anne-babalar ya da diğer aile üyeleri tarafından erken dönemde fark edilmesi neticesinde çocukların dikkat eksikliği ve hiperkativite bozukluğu tanısı daha erken alması, ailenin dikkat eksikliği ve hiperkativite bozukluğu ile hem daha güçlü bir şekilde mücadele edebilmelerine katkı sağlamakta hem de ebeveynlerin evlatları ile ilgili kendilerini daha az çaresiz hissederek onlara destek olmalarını imkanlı kılabilmektedir.

XIII-) DEHB tanılı çocuğu bulunan anne-babaların evlilik ilişkileri ve ebeveynlik ittifakı, DEHB tanılı çocuğu olmayan ebeveynlere göre daha problemlidir. DEHB'li çocuğu olan anne-babaların evlatlarını en iyi şekilde destekleyebilmeleri ve onları yetiştirebilmeleri

adına ebeveynlik ittifakının bozulmaması ve eşler arasında sorunların yaşanmaması öncül bir öneme sahiptir. Bu doğrultuda anne-babaların birbirleriyle ilişkilerini iyi seviyede tutmaları ve DEHB ile mücadele sürecinde çocuklarının yanında ve destekleyici bir rolde olmaları, DEHB belirtilerinin azalmasında kritik bir konuma sahipir.

XIV-) DEHB tanılı çocuklar hem aile hem okul hem de toplum içerisinde tekrarlayan bir şekilde travmatik deneyimlere maruz kalabilmektelerdir. Bu noktada ebeveynlere ve eğitimcilere önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu doğrultuda, ebeveynler tarafından Öztürk'ün geliştirdiği "*Doğal ve Rehber Ebeveynlik Stili"*nin benimsenmesi ve çocuk yetiştirme sürecinde aktif şekilde kullanılması tavsiye edilmektedir. Eğitimcilerin ise sahip oldukları roller ve üstlendikleri sorumluluklar doğrultusunda ebeveynleri bu konuda desteklemelerinin ve onlarla iş birliği içerisinde hareket etmelerinin önemli bir değer olduğu düşünülmektedir. Gelişim odaklı bu ebeveynlik stili yaygınlaştırılması ve çocuğun gelişiminde etkisi olan tüm paydaşların iş birliği ile toplumda "*pozitif çocuk algıları*" oluşturulmalıdır.

XV-) Günümüzde travmayla hemen hemen her yerde ve sıklıkla karşılaşılmaktadır. Bu nedenle tüm ruh sağlığı uzmanlarının travma konusunda bilgilenmeleri önemli bir zorunluluktur. Bununla beraber, normal gibi görünen fakat travmatize edici ebeveyn davranışlarının ruh sağlığı uzmanları tarafından bilinmesi ve dikkat edilmesi önemlidir. Çift mesaj, sahte karşılıklılık, evlat ayrımı, arkadaş anne baba, aile içi rol karmaşası, düzensiz kurallar, nezaketsizlik ve merhametsizlik, eğitimsel ihmal, çocuğu şımartma ve çocuğun yaşından büyük sorumluluklar bekleme gibi disfonksiyonel iletişim biçimleri travmatik ve dissososiyojenik bir etken olarak çocuk ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu durumun psikiyatrist, psikolog ve psikolojik danışmanlarca fark edilmesi, disfonksiyonel aile dinamikleri hakkında bilgi sahibi olunması, eğitim ve bilimsel yayınlarda yer verilmesi gerekmektedir. Bu çaba, görünürde normal aile dinamikleri aracılığıyla kuşaklararası travma geçişine sebep olan

yanlış çocuk yetiştirme stillerinin önlemesine yardımcı olarak gelişim odaklı çocuk yetiştirme stillerinin yaygınlaşmasını, kalıcı ve daha etkin bir şekilde kullanılmasını sağlayabilecek uzun vadeli müdahale yöntemlerinden biridir.

Bireysel ve toplumsal travmaların işlevsel psikoterapi yöntem ve teknikleriyle tedavi edilmesi ve koruyucu, önleyici, geliştirici psikososyal müdahale çalışmalarıyla muhtemel zorlayıcı deneyimlerin önlenmesi amacıyla yeni politikaların ve stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir. Kronik çocukluk çağı travmalarının doğrudan sonucu olan dissosiyatif bozuklukların, aile psikopatolojilerinin, yanlış ve şiddet odaklı çocuk yetiştirme stillerinin ve bu stillerin sebep olduğu kuşaklararası travma geçişlerinin kalıcı bir şekilde ortadan kaldırılması için bilimsel ve bütüncül bir perspektifle geliştirilen "*Dissoanaliz Kuramı*"nın evrensel şekilde benimsenip uygulanması oldukça önemlidir (Öztürk, 2022a). Modern psikotravmatoloji ilkeleri ve dissoanaliz kuramının holistik zemininde gerçekleştirilecek psikotoplumsal müdahaleler ile bireysel, ailesel veya toplumsal şiddet olaylarının ve empati kesintili ilişkisel karşılıklılığı olmayan yanlış çocuk yetiştirme stillerinin ittiği çıkmazların ortadan kaldırılabileceği, dahası sanatta, sporda, bilimde ve en önemlisi eğitimde hatırı sayılır derecede ilerlemeler kat edilebileceği ve ruhsal açıdan bütünlüğe sahip bireylerin çoğunluk olduğu gelişim odaklı ve fonksiyonel bir toplum oluşturulabileceği düşünülmektedir. Beklenen ve hedeflenen bu gelişim doğrultusunda ilk ve en önemli değişimlerin çocuklarun ruhsal dünyalarının iyileşmesi ve gelişmesiyle gerçekleşeği düşünülmektedir. Mutlu ve sağlıklı bir çocuk, umut dolu ve gelişim odaklı bir gelecek anlamına gelmektedir. Günümüz dünyasında bu idealleri gerçekleştirmek he ne kadar çok zorlu ve güç olsa da mücadelelerle dolu fakat sonu umut vadeden bu yolculukta ilerlemek ve başarıyla hedefe ulaşabilmek için kronik, kompleks ve kümülatif çocukluk çağı travmalarıyla ve dissosiyatif yaşantılarla mücadele etmenin en temel hakikatlardan biri olduğu asla unutulmamalıdır (Öztürk, 2022b; 2022c; 2023a).

7. KAYNAKÇA

Abalı, O. (2012). *Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliği* (1. bs.). Adeda Yayınları.

Abundis-Gutierrrez, A., & Checa, P. (2018). Parenting styles, academic achievement and the ınfluence of culture. *Psychology and Psychotherapy:Research Study*, *1*(4), 1-3.

Adamis, D., Petmeza, I., McCarthy, G., Tsibidaki, A., & Tsamparli, A. (2019). Association of individual psychopathology with family functioning in a Greek nonclinical sample. *Social Work in Mental Health*, *17*(1), 59-72.

Adewuya, A. O., & Famuyiwa, O. O. (2007). Attention deficit hyperactivity disorder among Nigerian primary school children Prevalence and co-morbid conditions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *16*(1), 10-15.

Adeyele, V. O., & Makinde, V. I. (2023). Mental health disorder as a risk factor for domestic violence experienced by school children. *Mental Health Review Journal*, *28*(4), 414-429.

Admon, R., Milad, M. R., & Hendler, T. (2013). A causal model of post-traumatic stress disorder: Disentangling predisposed from acquired neural abnormalities. *Trends in Cognitive Sciences*, *17*(7), 337-347.

Ai, A. L., Cascio, T., Santangelo, L. K., & Evans-Campbell, T. (2005). Hope, meaning, and growth following the September 11, 2001, Terrorist Attacks. *Journal of Interpersonal Violence*, *20*(5), 523-548.

Aiken, M., Moran, M., & Berry, M. (2011). Child abuse material and the internet: Cyberpsychology of online child related sex offending. *Child abuse material and the Internet:*

Cyberpsychology of online child related sex offending. 29th Meeting of the INTERPOL Specialist Group on Crimes against Children.

Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun, 6284 (2012).

Akcan, G., & Öztürk, E. (2018). Dissosiyatif temel belirtiler ve temel psikoterapötik yaklaşımlar. İçinde E. Öztürk (Ed.), *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon* (1. Baskı). Türkiye Klinikleri Yayınevi, 20-30.

Akdemir, Ş. (2022). *Cinsel saldırı suçu hükümlülerinde çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar, kendilik algısı ve erken dönem uyum bozucu şemalar arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi* [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa.

Akhtar, M. (2017). *WhatIs post-traumatic growth? The journey from adversity to growth*. Watkins.

Akın, M. (2013). Aile İçi Şiddet. *Journal of Istanbul University Law Faculty*, *71*, 27-41.

Akiş, A. D., & Öztürk, E. (2021). Patolojik narsisizm: duygusal istismar ve "gaslighting" perspektifinden kapsamlı bir değerlendirme. *Artuklu İnsan ve Toplum Bilim Dergisi*, *6*(2), 1-31.

Akkuş, K. (2022). *Çocukluk çağı travması bildiren annelerin kendi çocuklarına olan duygusal istismar potansiyeli ve çocuk yetiştirme stilleri açısından değerlendirilmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa.

Aktaş Özkafacı, A. (2012). *Annenin çocuk yetiştirme tutumu ile çocuğun sosyal beceri düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Arel Üniversitesi.

Aktepe, E. (2011). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konan çocuk ve ergenlerde eş tanılar ve sosyodemografik özellikleri*. New/Yeni Symposium Journal, 49(4), 201-208.

Allen, D. M. (2010). *How Dysfunctional Families Spur Mental Disorders: A Balanced Approach to Resolve Problems and Reconcile Relationships* (1. bs). Praeger.

Allen, J. G. (2001). *Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders* (1. Baskı). John Wiley & Sons Ltd.

Allen, T. A., Oshri, A., Rogosch, F. A., Toth, S. L., & Cicchetti, D. (2019). Offspring personality mediates the association between maternal depression and childhood psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *47*(2), 345-357.

Allmann, A. E. S., Klein, D. N., & Kopala-Sibley, D. C. (2022). Bidirectional and transactional relationships between parenting styles and child symptoms of ADHD, ODD, depression, and anxiety over 6 years. *Development and Psychopathology*, *34*(4), 1400-1411.

Alpert, E. J., Cohen, S., & Sege, R. D. (1997). Family violence: An overview. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, *72*(1), 3-6.

Altınoğlu Dikmeer, D. İ. (2009). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Bilgi İşleme Süreçleri. İçinde M. Irak (Ed.), *Psikopatolojilerde Bilgi İşleme Süreçleri Kuramdan Uygulamaya* (ss. 307-326). HYB Yayıncılık.

Altınsoy, F., & Aypay, A. (2023). A post-traumatic growth model: Psychological hardiness, happiness-increasing strategies, and problem-focused coping. *Current Psychology*, *42*(3), 2208-2220.

Altunay, A., & Öz, F. (2006). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin benlik kavramı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *13*(1), 46-59.

Álvarez, M.-J., Masramon, H., Peña, C., Pont, M., Gourdier, C., Roura-Poch, P., & Arrufat, F. (2015). Cumulative effects of childhood traumas: polytraumatization,dissociation, and schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, *51*(1), 54-62.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-2* (2nd ed). American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1985). *Diagnostic & Statistical manual of Mental Disorders* (3rd ed). American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1987). *DSM-3-R*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (Ed.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association.

Amos, J., & Segal, L. (2018). Disrupting ıntergenerational maternal maltreatment in middle childhood: Therapeutic objectives and clinical translation. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 623.

Amstadter, A. B., Nugent, N. R., & Koenen, K. C. (2009). Genetics of PTSD: Fear conditioning as a model for future research. *Psychiatric Annals*, *39*(6), 358-367.

Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, Ch., Perry, B. D., Dube, Sh. R., et al. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *256*(3), 174-186.

Armfield, J. M., Gnanamanickam, E. S., Johnston, D. W., Preen, D. B., Brown, D. S., Nguyen, H., & Segal, L. (2021). Intergenerational transmission of child maltreatment in South Australia, 1986–2017: A retrospective cohort study. *The Lancet Public Health*, *6*(7), 450-461.

Ataoğlu, B. B., Ataoğlu, A., & Ankarali, H. (2019). Travmatik yaşantıların benlik saygısı üzerine etkisi. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, *21*(3), 186-191.

Attili, G., Vermigli, P., & Roazzi, A. (2011). Rearing styles, parents' attachment mental state,and children's social abilities: The link to peer acceptance. *Child Development Research*, *2011*, 1-12.

August, G. J., Stewart, M. A., & Holmes, C. S. (1983). A four-year follow-up of hyperactive boys with and without conduct disorder. *British Journal of Psychiatry*, *143*(2), 192-198.

Augustyn, M. B., Thornberry, T. P., & Henry, K. L. (2019). The reproduction of child maltreatment: An examination of adolescent problem behavior, substance use, and precocious transitions in the link between victimization and perpetration. *Development and Psychopathology*, *31*(1), 53-71.

Aydemir, Ö., & Köroğlu, E. (2009). *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Hekimler Yayın Birliği.

Aydin, H., & Şahin, M. (2022). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin aile işlevselliği ve evlilik uyumları. *Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi*, *5* (Özel Sayı 2), 918-934.

Aydin, R., & Kabukçuoğlu, K. (2020). The factor structure of the posttraumatic growth inventory in cancer patients in Turkey. *Health & Social Care in the Community*, *28*(5), 1603-1610.

Ayhan, H., & Öztürk, E. (2021). Aile Psikopatolojisi, Çocuktan Ebeveyne Şiddet ve Postmodern Bir Trend Olarak Sharenting. İçinde E. Öztürk (Ed.), *Aile Psikopatolojisi* (1. Baskı, ss. 40-66). Türkiye Klinikleri Yayınevi.

Bader, K., Schäfer, V., Schenkel, M., Nissen, L., & Schwander, J. (2007). Adverse childhood experiences associated with sleep in primary insomnia. *Journal of Sleep Research*, *16*(3), 285-296.

Balcı, A., Kishali, Z., Aksu, F., & Aydin Kiliç, Z. N. (2023). Investigation of mothers' childhood trauma and their relationships with their children. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, *59*, 184-204.

Balogh, L., Pulay, A. J., & Réthelyi, J. M. (2022). Genetics in the ADHD clinic: How can genetic testing support the current clinical practice? *Frontiers in Psychology*, *13*, 1-18.

Baltaş, Z. (2012). *Sağlık Psikolojisi*. Remzi Kitabevi.

Banerjee, T. D., Middleton, F., & Faraone, S. V. (2007). Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica*, *96*(9), 1269-1274.

Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development*, *67*(6), 3296-3319.

Barber, B. K., & Harmon, E. L. (2002). Violating the self: Parental psychological control of children and adolescents. Içinde B. K. Barber (Ed.), *Intrusive parenting: How psychological control affects children and adolescents.* (ss. 15-52). American Psychological Association.

Barber, B. K., Olsen, J. E., & Shagle, S. C. (1994). Associations between parental psychological and behavioral control and youth ınternalized and externalized behaviors. *Child Development*, *65*(4), 1120-1136.

Barkley, R. A., DuPaul, G. J., & McMurray, M. B. (1990). Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *58*(6), 775-789.

Barnes, G. M., & Farrell, M. P. (1992). Parental support and control as predictors of adolescent drinking, delinquency, and related problem behaviors. *Journal of Marriage and the Family*, *54*(4), 763-776.

Barzegary, L., & Zamini, S. (2011). The effect of play therapy on children with ADHD. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *30*, 2216-2218.

Bauer, N. S., Gilbert, A. L., Carroll, A. E., & Downs, S. M. (2013). Associations of early exposure to ıntimate partner violence and parental depression with subsequent mental health outcomes. *JAMA Pediatrics*, *167*(4), 341-347.

Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, *37*(4), 887-907.

Baumrind, D. (1971). Harmonious parents and their preschool children. *Developmental Psychology*, *4*(1, Pt.1), 99-102.

Baumrind, D. (1989). Rearing competent children. Içinde W. Damon (Ed.), *Child development today and tomorrow* (ss. 349-378). Jossey-Bass.

Baumrind, D. (1991). The Influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The Journal of Early Adolescence*, *11*(1), 56-95.

Baumrind, D. (1994). The social context of child maltreatment. *Family Relations*, *43*(4), 360-368.

Baumrind, D. (1995). *Child maltreatment and optimal caregiving in social contexts*. Garland Pub.

Bavolek, S. J., & Keene, R. G. (2001). *Adult-adolescent parenting inventory (AAPI-2): Administration and development handbook*. UT: Family Development Resources.

Baymur, F. (1994). *Genel Psikoloji* (11. Baskı). İnkilap Kitabevi.

Bean, R. A., Barber, B. K., & Crane, D. R. (2006). Parental support, behavioral control, and psychological control among african american youth: The relationships to academic grades, delinquency, and depression. *Journal of Family Issues*, *27*(10), 1335-1355.

Belsky, J. (1984). The Determinants of Parenting: A Process Model. *Child Development*, *55*(1), 83-96.

Ben-David, V., Jonson-Reid, M., Drake, B., & Kohl, P. L. (2015). The association between childhood maltreatment experiences and the onset of maltreatment perpetration in young adulthood controlling for proximal and distal risk factors. *Child Abuse & Neglect*, *46*, 132-141.

Bendiksen, B., Aase, H., Diep, L. M., Svensson, E., Friis, S., & Zeiner, P. (2020). The associations between pre- and postnatal maternal symptoms of distress and preschooler's symptoms of ADHD, oppositional defiant disorder, conduct disorder, and anxiety. *Journal of Attention Disorders*, *24*(7), 1057-1069.

Berenguer, C., Rosello, B., & Miranda, A. (2021). Mothers' stress and behavioral and emotional problems in children with ADHD. Mediation of coping strategies. *Scandinavian Journal of Psychology*, *62*(2), 141-149.

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, *151*(8), 1132-1136.

Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *174*(12), 727-735.

Biederman, J. (1991). Evidence of familial association between attention deficit disorder and major affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, *48*(7), 633-642.

Biederman, J. (1992). Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder: Patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. *Archives of General Psychiatry*, *49*(9), 728-738.

Biederman, J., & Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, *366*(9481), 237-248.

Biederman, J., Faraone, S. V., & Monuteaux, M. C. (2002). Differential effect of environmental adversity by gender: Rutter's Index of adversity in a group of boys and girls with and without ADHD. *American Journal of Psychiatry*, *159*(9), 1556-1562.

Biederman, J., Monuteaux, M. C., Spencer, T., Wilens, T. E., MacPherson, H. A., & Faraone, S. V. (2008). Stimulant therapy and risk for subsequent substance use disorders in male adults with ADHD: A Naturalistic Controlled 10-Year Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry*, *165*(5), 597-603.

Biederman, J., Petty, C. R., Spencer, T. J., Woodworth, K. Y., Bhide, P., Zhu, J., & Faraone, S. V. (2013). Examining the nature of the comorbidity between pediatric attention deficit/hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder: ADHD and PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *128*(1), 78-87.

Binici, N., & Kutlu, A. (2018). Is ADHD an inflammation-related disorder? *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2*0*, 313-320.

Biondic, D. (2011). *Parenting Stress of Parents of Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* [Master of Arts]. University of Toronto.

Blackmon, B., & Cain, D. (2015). Case manager perspectives on the effectiveness of an elementary school truancy ıntervention. *School Social Work Journal*, *40*(1), 1-22.

Blaney, P. H., Krueger, R. F., & Millon, T. (Ed.). (2015). *Oxford textbook of psychopathology* (Third edition). Oxford University Press.

Blum-Ross, A., & Livingstone, S. (2017). "Sharenting," parent blogging, and the boundaries of the digital self. *Popular Communication*, *15*(2), 110-125.

Boals, A., Bedford, L., & Callahan, J. (2019). Perceptions of change after a trauma and perceived posttraumatic growth: A prospective examination. *Behavioral Sciences*, *9*(1), 10.

Bob, P., & Konicarova, J. (2018). Neural Dissolution, Dissociation and Stress in ADHD. İçinde P. Bob & J. Konicarova, *ADHD, Stress, and Development* (ss. 33-39). Springer International Publishing.

Boodoo, R., Lagman, J. G., Jairath, B., & Baweja, R. (2022). A review of ADHD and childhood trauma: Treatment challenges and clinical guidance. *Current Developmental Disorders Reports*, *9*(4), 137-145.

Borden, L. A., Hankinson, J., Perry-Parrish, C., Reynolds, E. K., Specht, M. W., & Ostrander, R. (2020). Family and maternal characteristics of children with co-occurring ADHD and depression. *Journal of Attention Disorders*, *24*(7), 963-972.

Bordens, K. S., & Abbott, B. B. (1991). *Research design and methods: A process approach* (2nd. ed.). Mayfield Publishing Co.

Bornstein, M. H., & Zlotnik, D. (2008). Parenting Styles and their Effects. Içinde *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development* (ss. 496-509). Elsevier.

Boyer, S. M., Caplan, J. E., & Edwards, L. K. (2022). Trauma-related dissociation and the dissociative disorders: *Delaware Journal of Public Health*, *8*(2), 78-84.

Boysan, M., Goldsmith, R. E., Çavuş, H., Kayri, M., & Keskin, S. (2009). Relations among anxiety, depression, and dissociative symptoms: The ınfluence of abuse subtype. *Journal of Trauma & Dissociation*, *10*(1), 83-101.

Bozduman, S., Güler Aksu, G., & Toros, F. (2021). Depresyon ve anksiyete bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında görülen ruhsal bozukluklar. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *14*(2), 242-252.

Börekçi, B. (2017). *Okul öncesi çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin, davranışsal, sosyal problemler, aile işlevselliği ve ebeveyn tutumları ile ilişkilerinin değerlendirilmesi.* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Işık Üniversitesi.

Braaten, E. B., Beiderman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Calhoun, E., Cattan, G., & Faraone, S. V. (2003). Revisiting the association between attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety disorders: A familial risk analysis. *Biological Psychiatry*, *53*(1), 93-99.

Brady, K. T., & Back, S. E. (2012). Childhood trauma, posttraumatic stress disorder, and alcohol dependence. *Alcohol Research: Current Reviews*, *34*(4), 408-413.

Breuer, J., Freud, S., & Strachey, J. (1893). Studies in hysteria: The physical mechanisms of hysteri cal phenomena. İçinde *The Standard Edition o f the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 2, ss. 1-309). Hogarth Press.

Briere, J., & Jordan, C. E. (2009). Childhood maltreatment, intervening variables, and adult psychological difficulties in women: An overview. *Trauma, Violence & Abuse*, *10*(4), 375-388.

Briere, J., & Rickards, S. (2007). Self-awareness, affect regulation, and relatedness: Differential sequels of childhood versus adult victimization experiences. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *195*(6), 497-503.

Briere, J., & Scott, C. (2016). *Travma terapisinin ilkeleri belirtiler, değerlendirme ve tedavi için bir kılavuz ; DSM-5 için güncellenmiş* (Gözden geçirilmiş ve genişletilmiş özgün Ingilizce 2. baskıdan, 1. baskı). İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Brown, T. E. (2008). ADD/ADHD and impaired executive function in clinical practice. *Current Psychiatry Reports*, *10*(5), 407-411.

Budak, S. (2005). *Psikoloji sözlüğü*. Bilim ve Sanat Yayınları.

Bureau, J. F., Martin, J., & Lyons-Ruth, K. (2010). Inadequate early caregiving and psychopathology. İçinde R. A. Lanius, E. Vermetten, & C. Pain (Ed.), *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic* (1. bs). Cambridge University Press.

Butcher, J. N., Gündüz, O., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2013). *Anormal psikoloji: Temel kavramlar* (1.basım). Kaknüs Yayınları.

Butler, L. D. (2006). Normative dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, *29*(1), 45-62.

Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı: İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorum* (19. bs.). Pegem Akademi.

Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2023). *Bilimsel araştırma yöntemleri* (34. bs.). Pegem Akademi.

Byun, H., Yang, J., Lee, M., Jang, W., Yang, J.-W., Kim, J.-H., Hong, S. D., & Joung, Y. S. (2006). Psychiatric comorbidity in korean children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder: Psychopathology according to subtype. *Yonsei Medical Journal*, *47*(1), 113-121.

Caffo, E., Forresi, B., & Lievers, L. S. (2005). Impact, psychological sequelae and management of trauma affecting children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, *18*(4), 422-428.

Cahill, L., & Sherman, P. (2006). Child abuse and domestic violence. *Pediatrics in Review*, *27*(9), 339-345.

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (Ed.). (2009). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (Repr). Erlbaum.

Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Cann, A., & Hanks, E. A. (2010). Positive outcomes following bereavement: Paths to posttraumatic growth. *Psychologica Belgica*, *50*(1-2), 125.

Calvete, E., Orue, I., & Gámez-Guadix, M. (2013). Child-to-parent violence: Emotional and behavioral predictors. *Journal of Interpersonal Violence*, *28*(4), 755-772.

Camcıoğlu, T., Yıldız, Ö., & Ağaoğlu, B. (2011). DEHB tanısı konmuş çocukların anne babalarında DEHB sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *12*(3), 212-220.

Canatan, K., Konbak, E., Aslan, T., Özdemir, M., & Yılmaz, Ö. M. (2020). Geleneksel ve modern ailelerde çocuk yetiştirme tutumları. *Çekmece İZÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, *8*(16), 151-165.

Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., & Juruena, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: A systematic review according to childhood trauma subtypes. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *201*(12), 1007-1020.

Chamberlain, C., Gee, G., Harfield, S., Campbell, S., Brennan, S., Clark, Y., et. al. (2019). Parenting after a history of childhood maltreatment: A scoping review and map of evidence in the perinatal period. *PLOS ONE*, *14*(3), 1-41.

Chenail, R. J., Reiter, M. D., Torres-Gregory, M., & Ilic, D. (2020). Postmodern Family Therapy. Içinde K. S. Wampler, R. B. Miller, & R. B. Seedall (Ed.), *The Handbook of Systemic Family Therapy* (1. bs, ss. 417-442). Wiley.

Cheung, K., & Theule, J. (2016). Parental psychopathology in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, *25*(12), 3451-3461.

Chinekesh, A., Kamalian, M., Eltemasi, M., Chinekesh, S., & Alavi, M. (2013). The effect of group play therapy on social-emotional skills in pre-school children. *Global Journal of Health Science*, *6*(2), 163-167.

Christaki, V., Ismirnioglou, I., Katrali, A., Panagouli, E., Tzila, E., Thomaidis, L. et. al. (2022). Postpartum depression and ADHD in the offspring: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *318*, 314-330.

Chronis-Tuscano, A., Raggi, V. L., Clarke, T. L., Rooney, M. E., Diaz, Y., & Pian, J. (2008). Associations between maternal attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and Parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *36*(8), 1237-1250.

Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (Ed.). (2006). *Developmental psychopathology. Volume three, Risk, disorder and adaptation* (Second edition). John Wiley & Sons.

Clarke, K., Cooper, P., & Creswell, C. (2013). The Parental Overprotection Scale: Associations with child and parental anxiety. *Journal of Affective Disorders*, *151*(2), 618-624.

Claussen, A. H., Holbrook, J. R., Hutchins, H. J., Robinson, L. R., Bloomfield, J., Meng, L. et. al. (2022). All in the family? a systematic review and meta-analysis of parenting and family environment as risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in Children. *Prevention Science*, 14(5), 1-23.

Cohen, J. A. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *49*(4), 414-430.

Cohen, Z. P. (2019). *Üç kuşak kadın yetişkinin çocukluk çağı travmaları, dissosiyasyon ve şiddete yönelik tutumları bakımından incelenmesi Examining childhood trauma, dissociation a* [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa.

Collins, W. A., Maccoby, E. E., Steinberg, L., Hetherington, E. M., & Bornstein, M. H. (2000). Contemporary research on parenting. The case for nature and nurture. *The American Psychologist*, *55*(2), 218-232.

Combs-Ronto, L. A., Olson, S. L., Lunkenheimer, E. S., & Sameroff, A. J. (2009). Interactions between maternal parenting and children's early disruptive behavior: Bidirectional

associations across the transition from preschool to school entry. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *37*(8), 1151-1163.

Condry, R., & Miles, C. (2014). Adolescent to parent violence: Framing and mapping a hidden problem. *Criminology & Criminal Justice*, *14*(3), 257-275.

Conlon, K. E., Strassle, C. G., Vinh, D., & Trout, G. (2008). Family management styles and ADHD: Utility and treatment ımplications. *Journal of Family Nursing*, *14*(2), 181-200.

Connor, D. F., Chartier, K. G., Preen, E. C., & Kaplan, R. F. (2010). Impulsive aggression in attention-deficit/hyperactivity disorder: Symptom severity, co-morbidity, and attention-deficit/hyperactivity disorder subtype. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *20*(2), 119-126.

Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, *64*(5), 577.

Cottrell, B. (2001). *Parent abuse: The abuse of parents by their teenage children* (s. 3). Family Violence Prevention Unit, Health Canada.

Courtois, C. A. (2008). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *S*(1), 86-100.

Cox, M. J., & Harter, K. S. M. (2003). Parent-child relationships. İçinde M. H. Bornstein (Ed.), *Well-being: Positive development across the life course* (ss. 191-204). Lawrence Erlbaum Associates.

Craig, S. G., Bondi, B. C., O'Donnell, K. A., Pepler, D. J., & Weiss, M. D. (2020). ADHD and exposure to maltreatment in children and youth: A systematic review of the past 10 years. *Current Psychiatry Reports*, *22*(12), 79-93.

Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed). SAGE Publications.

Creswell, J. W. (2020). *Eğitim Araştırmaları: Nicel ve Nitel Araştırmanın Planlanması, Yürütülmesi ve Değerlendirilmesi* (H. Ekşi, Çev.; 3. bs.). EDAM.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (3rd ed.). SAGE.

Croft, J., Heron, J., Teufel, C., Cannon, M., Wolke, D., Thompson, A. et. al. (2019). Association of trauma type, age of exposure, and frequency in childhood and adolescence with psychotic experiences in early adulthood. *JAMA Psychiatry*, *76*(1), 79-86.

Cross, D., Fani, N., Powers, A., & Bradley, B. (2017). Neurobiological development in the context of childhood trauma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *24*(2), 111-124.

Cussen, A., Sciberras, E., Ukoumunne, O. C., & Efron, D. (2012). Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: A community-based study. *European Journal of Pediatrics*, *171*(2), 271-280.

Cutler, H. A., & Radford, A. (1999). Adult children of alcoholics: Adjustment to a college environment. *The Family Journal*, *7*(2), 148-153.

Çakıcı, A. (2021). DEHB'li çocuklara uygulanan oyun programının öncesi ve sonrasında semptom düzeylerinin tanısız grupyla karşılaştırılması. *Eğitim Bilimleri Dergisi*, *53(53),* 439-468.

Çetinkaya, H. (2020). *Cinsel istismar ve uyuşturucu madde suçundan dolayı cezaevinde tutuklu ve hükümlü olarak bulunan erkeklerin çocukluk çağı travmalarının,dissosiyatif*

yaşantılarının ve suçluluk-utanç duygularının değerlendirilmesi [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa.

Çiydem, E. (2022). *Kadınlarda çocukluk çağı travmalarının ruh sağlığı ve aile işlevselliğine etkisinin kuşaklararası bağlamda incelenmesi* [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa.

Çolak, M., Şireli Bingöl, Ö., Esenkaya Usta, Z., & Kılıç, B. G. (2020). Association of attention deficit hyperactivity disorder symptoms of parents with parental attitudes. *Journal of Academic Research in Medicine*, *10*(3), 258-263.

Çöp, E., Çengel Kültür, S. E., & Şenses Dinç, G. (2016). Association between parenting styles and symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Turkish Journal of Psychiatry*.

Çöpür, M., & Çöpür, S. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder and omega-3 fatty acid supplementation: A systematic review. *Yeni Symposium*, 56 (3), 20-23.

Dağ, İ. (1999). The relationships among paranormal beliefs, locus of control and psychopathology in a Turkish college sample. *Personality and Individual Differences*, *26*(4), 723-737.

Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, *113*(3), 487-496.

Davidovitch, M., Koren, G., Fund, N., Shrem, M., & Porath, A. (2017). Challenges in defining the rates of ADHD diagnosis and treatment: Trends over the last decade. *BMC Pediatrics*, *17*(1), 218-226.

Davidson, R. J., & McEwen, B. S. (2012). Social influences on neuroplasticity: Stress and interventions to promote well-being. *Nature Neuroscience*, *15*(5), 689-695.

Davis, E. B., Van Tongeren, D. R., McElroy-Heltzel, S. E., Davis, D. E., Rice, K. G., Hook, J. N. et. al. (2021). Perceived and actual posttraumatic growth in religiousness and spirituality following disasters. *Journal of Personality*, *89*(1), 68-83.

Davis, G. (1976). *Childhood and history in America*. The Psychohistory Press.

Davis, M., Rainnie, D., & Cassell, M. (1994). Neurotransmission in the rat amygdala related to fear and anxiety. *Trends in Neurosciences*, *17*(5), 208-214.

De Botton, a. (2005). *Statü Endişesi* (A. S. Bayer, Çev.). Sel Yayıncılık.

De Gucht, V., & Fischler, B. (2002). Somatization: A Critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics*, *43*(1), 1-9.

de Kloet, E. R., Sibug, R. M., Helmerhorst, F. M., & Schmidt, M. V. (2005). Stress, genes and the mechanism of programming the brain for later life. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *29*(2), 271-281.

de Kloet, L., Starling, J., Hainsworth, C., Berntsen, E., Chapman, L., & Hancock, K. (2011). Risk factors for self-harm in children and adolescents admitted to a mental health inpatient unit. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *45*(9), 749-755.

De Young, A. C., Kenardy, J. A., & Cobham, V. E. (2011). Trauma in early childhood: A neglected population. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *14*(3), 231-250.

DeBellis, M. D., Hooper, S. D., & Sapia, J. L. (2005). Early trauma exposure and the brain. İçinde J. J. Vasterling & C. Brewin (Ed.), *Neuropsychology of PTSD: biological, cognitive, and clinical perspectives* (ss. 153-177). Guilford Press.

DeFrain, J., Cook, R., & Gonzales-Kruger, G. (2005). Familiy health and dysfunction. Içinde R. H. Coombs (Ed.), *Family therapy review: Preparing for comprehensive and licensing examinations* (1. Edition, ss. 3-20). Lawrence Erlbaum Associates.

deMause. (1974). The evolution of childhood. *The Journal of Psychohistory*, *1*(4), 504.

deMause, L. (1981). The Fetal Origins of History. *Journal of Psychoanalytic Anthropology*, *4*(1), 1-89.

deMause, L. (1982). *Foundations of psychohistory*. Creative Roots.

deMause, L. (1994). The history of child abuse. *Sexual Addiction & Compulsivity*, *1*(1), 77-91.

deMause, L. (1997). The psychogenic theory of history. *The Journal of Psychohistory*, *25*(2), 112-183.

deMause, L. (1998a). On writing childhood history. *The Journal of Psychohistory*, *16*(2), 135.

deMause, L. (1998b). The history of child abuse. *The Journal of Psychohistory*, *25*.

deMause, L. (1999). Childhood and cultural evolution. *The Journal of Psychohistory*, *26*(3), 642-723.

Demontis, D., Walters, R. K., Martin, J., Mattheisen, M., Als, T. D., Agerbo, E. et. al. (2019). Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nature Genetics*, *51*(1), 63-75.

Derin, G. (2018). *Kuşaklararası eksende psikotarih temelli çocuk yetiştirme stillerinin travma, bağlanma ve dissosiyasyon açısından incelenmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa.

Derin, G., & Öztürk, E. (2020). Ruhsal Travmanın Aktarımında Psikotarihsel Dinamikler. İçinde E. Öztürk (Ed.), *Psikotarih* (1.Baskı, ss. 22-32). Türkiye Klinikleri Yayınevi.

Derin, G., & Öztürk, E. (2018). *Psikotarih Temelli Çocuk Yetiştirme Stillerinin Kuşaklararası Travma Geçişi Açısından İncelenmesi*. O. Celbiş (Ed.). Turaz Akademi 2018 Adli Bilimler içinde (16-29). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Derogatis, L. R. (1992). *The Brief Symptom Inventory (BSI) Administration, Scoring and Procedures Manual II* (2nd ed.). MD: Clinical Psychometric Research.

Devries, K., Watts, C., Yoshihama, M., Kiss, L., Schraiber, L. B., Deyessa, N. et. al. (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*, *73*(1), 79-86.

Dokgöz, H. (2020). *Olgularla Adli Tıp ve Adli Bilimler*. Akademisyen Kitabevi.

Dong, M., Giles, W. H., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williams, J. E., Chapman, D. P. et. al. (2004). Insights into causal pathways for ischemic heart disease: Adverse childhood experiences study. *Circulation*, *110*(13), 1761-1766.

Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2005). Low self-esteem ıs related to aggression, antisocial behavior, and delinquency. *Psychological Science*, *16*(4), 328-335.

Durmuş, R. (2006). *3-6 yaş arası çocuğu olan ebeveynlerin kişilik özellikleri ile anne-baba tutumlarının bazı değişkenlere göre incelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Marmara Üniversitesi.

Durrant, J., & Ensom, R. (2012). Physical punishment of children: Lessons from 20 years of research. *Canadian Medical Association Journal*, *184*(12), 1373-1377.

Durukan, İ., Erdem, M., Türkbay, T., & Cöngöloğlu, M. A. (2009). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların klinik belirtilerinin annelerinin öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları ile ilişkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, *51*(2), 101-104.

Dünya Sağlık Örgütü. (2014). *Global status report on violence prevention 2014*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/145086

Dvir, Y., Denietolis, B., & Frazier, J. A. (2013). Childhood Trauma and Psychosis. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *22*(4), 629-641.

Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, *28*(3), 381-392.

Edleson, J. L. (1999). The Overlap Between Child Maltreatment and Woman Battering. *Violence Against Women*, *5*(2), 134-154.

Egeland, B., Jacobvitz, D., & Sroufe, L. A. (1988). Breaking the Cycle of Abuse. *Child Development*, *59*(4), 1080.

Egger, H. L., Kondo, D., & Angold, A. (2006). The Epidemiology and Diagnostic Issues in Preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review. *Infants & Young Children*, *19*(2), 109-122.

Eilertsen, E. M., Hannigan, L. J., McAdams, T. A., Rijsdijk, F. V., Czajkowski, N., Reichborn-Kjennerud, T., et. al. (2021). Parental prenatal symptoms of depression and offspring symptoms of ADHD: A genetically ınformed ıntergenerational study. *Journal of Attention Disorders*, *25*(11), 1554-1563.

Eker, E. (1999). *Depresyon Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller*. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları.

Endo, T., Sugiyama, T., & Someya, T. (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder and dissociative disorder among abused children. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *60*(4), 434-438.

Enoch, M.-A. (2011). The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology*, *214*(1), 17-31.

Equils, O. (2012). What Causes ADHD? *AAP Grand Rounds*, *27*(6), 72-72.

Ercan, E. S. (2015). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite*. Doğan Egmont Yayımcılık.

Ercan, E. S., Kose, S., Kutlu, A., Akyol, O., Durak, S., & Aydin, C. (2012). Treatment duration is associated with functioning and prognosis in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, *22*(2), 148-160.

Çam, O. & Erçelebi, H. (1996). Family and education. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 1(1),* 60-64.

Esmer, G. (2021). *3-6 yaş çocukların annesinin ve anneannesinin çocuk yetiştirme stilleri ile çocuğun mizacı arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Bursa Uludağ Üniversitesi.

Evans, S. W., Owens, J. S., & Bunford, N. (2014). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *43*(4), 527-551.

Evans, S. W., Owens, J. S., Wymbs, B. T., & Ray, A. R. (2018). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child And Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, *47*(2), 157-198.

Everly, G. S. (1993). Psychotraumatology: A two-factor formulation of posttraumatic stress. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, *28*(3), 270-278.

Evinç, Ş. G., Gençöz, T., Foto-Özdemir, D., Akdemir, D., Karadağ, F., & Ünal, F. (2014). Child maltreatment and associated factors among children with ADHD: A comparative study. *The Turkish Journal of Pediatrics*, *56*(1), 11-22.

Eyberg, S. M., & Bussing, R. (2011). Parent–Child Interaction Therapy for Preschool Children with Conduct Problems. Içinde R. C. Murrihy, A. D. Kidman, & T. H. Ollendick (Ed.), *Clinical Handbook of Assessing and Treating Conduct Problems in Youth* (ss. 139-162). Springer New York.

Fabiano, G. A., Vujnovic, R. K., Pelham, W. E., Waschbusch, D. A., Massetti, G. M., Pariseau, M. E. et. al. (2010). Enhancing the effectiveness of special education programming for children with attention deficit hyperactivity disorder using a daily report card. *School Psychology Review*, *39*(2), 219-239.

Fabrikant-Abzug, G., Friedman, L. M., & Pfiffner, L. J. (2023). Examining relations between parent and child psychopathology in children with adHD: Do parent cognitions matter? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *45*(1), 75-87.

Fang, X., & Corso, P. S. (2007). Child maltreatment, youth violence, and ıntimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine*, *33*(4), 281-290.

Fang, Y., Luo, J., Boele, M., Windhorst, D., Van Grieken, A., & Raat, H. (2022). Parent, child, and situational factors associated with parenting stress: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*.

Faraone, S. V., Biederman, J., Spencer, T. J., & Aleardi, M. (2006). Comparing the efficacy of medications for ADHD using meta-analysis. *MedGenMed: Medscape General Medicine*, *8*(4), 4.

Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, *24*(4), 562-575.

Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, *57*(11), 1313-1323.

Farber, S. K. (Ed.). (2017). *Celebrating the wounded healer psychotherapist: Pain, post-traumatic growth and self-disclosure*. Routledge/Taylor & Francis Group.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. et. al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*(4), 245-258.

Finkelhor, D. (2010). *Sexually victimized children*. The Free Press.

Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child Maltreatment*, *10*(1), 5-25.

Flores, S. M., Salum, G. A., & Manfro, G. G. (2014). Dysfunctional family environments and childhood psychopathology: The role of psychiatric comorbidity. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *36*(3), 147-151.

Flynn, M. M., Rosen, P. J., Reese, J. S., Slaughter, K. E., Alacha, H. F., & Olczyk, A. R. (2023). Examining the influence of irritability and ADHD on domains of parenting stress. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *32*(2), 353-366.

Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *48*(4), 1129-1146.

Ford, E. S. (2005). Risks for all-cause mortality, cardiovascular disease, and diabetes associated with the metabolic syndrome: A summary of the evidence. *Diabetes Care*, *28*(7), 1769-1778.

Ford, J. D., & Connor, D. F. (2009). ADHD and posttraumatic stress disorder. *Current Attention Disorders Reports*, *1*(2), 60-66.

Foster, G. M., Apthorpe, R. J., Bernard, H. R., Bock, B., Brogger, J., Brown, J. K. and et al. (1972). The Anatomy of envy: A study in symbolic behavior [and comments and reply]. *Current Anthropology*, *13*(2), 165-202.

Freud, S. (2010). *The interpretation of dreams* (J. Strachey, Çev.). Basic Books.

Froehlich, T. E., Anixt, J. S., Loe, I. M., Chirdkiatgumchai, V., Kuan, L., & Gilman, R. C. (2011). Update on environmental risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports*, *13*(5), 333-344.

Fuller-Thomson, E., & Lewis, D. A. (2015). The relationship between early adversities and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Abuse & Neglect*, *47*, 94-101.

Gal, G., Levav, I., & Gross, R. (2011). Psychopathology among adults abused during childhood or adolescence: Results from the Israel-based World Mental Health Survey. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *199*(4), 222-229.

Gander, M. J., & Gardiner, H. W. (2010). *Çocuk ve ergen gelişimi* (B. Onur, Ed.; A. Dönmez & N. Çelen, Çev.; 7.baskı). İmge Kitabevi.

Garbarino, J., & Kostelny, K. (1996). The effects of political violence on palestinian children's behavior problems: A risk accumulation model. *Child Development*, *67*(1), 33.

García De Vinuesa Fernández, F. (2017). Prehistoria del TDAH: Aditivos para un diagnóstico insostenible. *Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers*, *37*(1), 107.

Garg, R., Levin, E., Urajnik, D., & Kauppi, C. (2005). Parenting style and academic achievement for East Indian and Canadian adolescents. *Journal of Comparative Family Studies*, *36*(4), 653-661.

Gershoff, E. T., Lansford, J. E., Sexton, H. R., Davis-Kean, P., & Sameroff, A. J. (2012). Longitudinal links between spanking and children's externalizing behaviors in a national sample of white, black, hispanic, and asian american families: Spanking and externalizing behavior. *Child Development*, *83*(3), 838-843.

Ghanizadeh, A., Mohammadi, M. R., & Moini, R. (2008). Comorbidity of psychiatric disorders and parental psychiatric disorders in a sample of ıranian children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *12*(2), 149-155.

Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet (London, England)*, *373*(9657), 68-81.

Gladding, S. T. (2022). *Aile Terapisi Tarihi, Kuram ve Uygulamaları* (5. bs.). Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği Yayınları.

Glenn, D. (2003). Every unhappy family has ıts own bilinear ınfluence function. *Chronicle of Higher Education*, *44*(33), 14-15.

Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2002). *Counseling today's families* (4th ed). Brooks/Cole Pub. Co.

Golu, F. (2015). *Manual de psihologia dezvoltării: O abordare psihodinamică*. Polirom.

González, R. A., Vélez-Pastrana, M. C., McCrory, E., Kallis, C., Aguila, J., Canino, G., et. al. (2019). Evidence of concurrent and prospective associations between early maltreatment and ADHD through childhood and adolescence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *54*(6), 671-682.

Goodwin, J. (1989). *Sexual abuse: İncest victims and their families* (2nd ed). Year Book Medical Publishers.

Goodyer, I. M., & Mitchell, C. (1989). Somatic emotional disorders in childhood and adolescence. *Journal of Psychosomatic Research*, *33*(6), 681-688.

Gökçe, B. (2014). *Türk Toplumunda Aile Yapısı. Aile Sosyolojisi* (N. Karkıner & A. Kasapoğlu, Ed.; 3. Baskı).

Gökçen, C., Özatalay, E., & Fettahoğlu, E. Ç. (2011). Dikkat Eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların anne babalarında psikolojik belirtiler ve aile işlevselliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, *18*(2), 95-104.

Granner, J. R., Lee, S. J., Burns, J., Herrenkohl, T. I., Miller, A. L., & Seng, J. S. (2023). Childhood maltreatment history and trauma-specific predictors of parenting stress in new fathers. *Infant Mental Health Journal*, *44*(6), 767-780.

Greenberg, J., Tsai, J., Southwick, S. M., & Pietrzak, R. H. (2021). Can military trauma promote psychological growth in combat veterans? Results from the national health and resilience in veterans study. *Journal of Affective Disorders*, *282*, 732-739.

Greene, C. A., Haisley, L., Wallace, C., & Ford, J. D. (2020). Intergenerational effects of childhood maltreatment: A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence. *Clinical Psychology Review*, *80*.

Greenfield, E. A., & Marks, N. F. (2009). Violence from parents in childhood and obesity in adulthood: Using food in response to stress as a mediator of risk. *Social Science & Medicine (1982)*, *68*(5), 791-798.

Grolnick, W. S., Price, C. E., Beiswenger, K. L., & Sauck, C. C. (2007). Evaluative pressure in mothers: Effects of situation, maternal, and child characteristics on autonomy supportive versus controlling behavior. *Developmental Psychology*, *43*(4), 991-1002.

Grolnick, W. S., & Ryan, R. M. (1989). Parent styles associated with children's self-regulation and competence in school. *Journal of Educational Psychology*, *81*(2), 143-154.

Grusec, J. E., & Davidov, M. (2007). Socialization in the Family. The Roles of Parents. Içinde J. E. Grusec & P. D. Hasting (Ed.), *Handbook of Socialization. Theory and Research* (ss. 284-303). The Guilford Press.

Gul, H., & Gurkan, C. K. (2018). Child maltreatment and associated parental factors among children with ADHD: A comparative study. *Journal of Attention Disorders*, *22*(13), 1278-1288.

Gül, H., & Öncü, B. (2018). Etiology of attention deficit hyperactivity disorder: Genetical factors. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*, *27*(3), 124-135.

Gül, N., Tiryaki, A., Cengel Kültür, S. E., Topbaş, M., & Ak, I. (2010). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in trabzon. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, *20*(1), 50-56.

Güler, G., Sungur, M. A., & Kütük, M. Ö. (2018). Suça sürüklenen çocukların klinik ve sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi. *The Bulletin of Legal Medicine*, *23*(1), 39-46.

Günay Kılıç, B., & Şener, Ş. (2005). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda karşıt olma-karşı gelme bozukluğu/davranış bozukluğu eş hastalanımında aile işlevleri ve psikososyal değişkenlerin karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *16*(1), 21-28.

Gündoğdu Yıldız, Ö., Taş Varol, F., Özyurt Yıldırım, E., Dönder, F., & Memik Çakın, N. (2016). ADHD in preschool children: Review of psychosocial interventions. *Anatolian Journal of Psychiatry*, *17*(2), 143.

Gürbüz, S., & Bayık, M. E. (2021). Aracılık modellerinin analizinde yeni yaklaşım: Baron ve Kenny'nin yöntemi hâlâ geçerli mi? *Türk Psikoloji Dergisi*, *36*(88), 1-14.

Gürbüz, S., & Şahin, F. (2018). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri Felsefe-Yöntem-Analiz* (5.Baskı). Seçkin Yayıncılık.

Güven Tezcan, S. (2017). *Temel Epidemiyoloji*. Hipokrat Yayınevi.

Hadianfard, H. (2014). Child abuse in group of children with attention deficit-hyperactivity disorder in comparison with normal children. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, *2*(2), 77-84.

Halmøy, A., Klungsøyr, K., Skjærven, R., & Haavik, J. (2012). Pre- and perinatal risk factors in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, *71*(5), 474-481.

Hanć, T., Szwed, A., Słopień, A., Wolańczyk, T., Dmitrzak-Węglarz, M., & Ratajczak, J. (2018). Perinatal risk factors and ADHD in children and adolescents: A hierarchical structure of disorder predictors. *Journal of Attention Disorders*, *22*(9), 855-863.

Harrison, A. G., & Wilson, J. B. (2005). Inattention and dissociation: overlapping constructs? *The ADHD Report*, *13*(3), 9-11.

Hart, O. van der, Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization* (1st ed). W.W. Norton.

Hartmann, H. (1964). *Ego Psychology and the Problem of Adaptation* (D. Rapaport, Çev.). International Universities Press, Incorporated.

Hawi, Z., Cummins, T. D. R., Tong, J., Johnson, B., Lau, R., Samarrai, W., & Bellgrove, M. A. (2015). The molecular genetic architecture of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, *20*(3), 289-297.

Hayes, A. F. (2022). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (Third edition). The Guilford Press.

Hechtman, L., Weiss, G., & Perlman, T. (1984). Hyperactives as young adults: Past and current substance abuse and antisocial behavior. *American Journal of Orthopsychiatry*, *54*(3), 415-425.

Helvacı Çelik, F. G., & Hocaoğlu, Ç. (2018). Çocukluk çağı travmaları: Bir gözden geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, *8*(4), 695-711.

Hergüner, S., & Hergüner, A. (2012). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan Çocuk ve Ergenlerde Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, *49*(3), 114-118.

Herman, J. (1983). Recognition and treatment of incestuous families. *International Journal of Family Therapy*, *5*(2), 81-91.

Herman, J. L. (2019). *Travma ve İyileşme: Şiddetin sonuçları ev içi istismardan siyasi teröre* (9. baskı). Literatür Yayıncılık Dağıtım.

Herzberger, S. D. (1990). The Cyclical Pattern of Child Abuse: A Study of Research Methodology. *American Behavioral Scientist*, *33*(5), 529-545.

Hilgard, E. R. (1973). A neodissociation interpretation of pain reduction in hypnosis. *Psychological Review*, *80*(5), 396-411.

Hilgard, E. R. (1977). The problem of divided consciousness: A neodissociation interpretation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *296*(1), 48-59.

Hilgard, E. R., MacDonald, H., Marshall, G., & Morgan, A. H. (1974). Anticipation of pain and of pain control under hypnosis: Heart rate and blood pressure responses in the cold pressor test. *Journal of Abnormal Psychology*, *83*(5), 561-568.

Hoeve, M., Blokland, A., Dubas, J. S., Loeber, R., Gerris, J. R. M., & van der Laan, P. H. (2008). Trajectories of delinquency and parenting styles. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *36*(2), 223-235.

Holman, E. A., & Silver, R. C. (1996). Is it the Abuse or the Aftermath?: A Stress and Coping Approach to Understanding Responses to Incest. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *15*(3), 318-339.

Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, *32*(8), 797-810.

Hong, R., Coleman, R., & Booth, P. B. (Ed.). (2023). *Theraplay: İnnovations and integration*. Jessica Kingsley Publishers.

Hornor, G. (2005). Domestic Violence and Children. *Journal of Pediatric Health Care*, *19*(4), 206-212.

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, *48*(1), 9-16.

Howell, E. F. (2013). *The Dissociative Mind* (1 bs). Routledge.

Huemer, J., Edsall, S., Karnik, N. S., & Steiner, H. (2012). Clinical child psychiatry. İçinde W. M. Klykylo & J. Kay (Ed.), *Childhood trauma* (ss. 255-274). John Wiley & Sons, Ltd Publication.

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public Health*, *2*(8), e356-e366.

Humphreys, K. L., & Zeanah, C. H. (2015). Deviations from the Expectable Environment in Early Childhood and Emerging Psychopathology. *Neuropsychopharmacology*, *40*(1), 154-170.

Huss, M., Hölling, H., Kurth, B.-M., & Schlack, R. (2008). How often are German children and adolescents diagnosed with ADHD? Prevalence based on the judgment of health care professionals: results of the German health and examination survey (KiGGS). *European Child & Adolescent Psychiatry*, *17*(S1), 52-58.

Hussain, D., & Bhushan, B. (2011). Posttraumatic stress and growth among Tibetan refugees: The mediating role of cognitive-emotional regulation strategies. *Journal of Clinical Psychology*, *67*(7), 720-735.

İmren, S. G., Arman, A. R., Gümüştaş, F., & Yulaf, Y. (2012). Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu ve/veya Davranım Bozukluğu Eşhastalanımı Olan ve Olmayan DEHB Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Aile İşlevselliğinin Değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 38 (1), 22-30.

İnci Izmir, S. B., İpçi, M., Akyol Ardıç, U., & Ercan, E. S. (2019). Psychiatric Comorbidity and Demographic Characteristics of 1,000 Children and Adolescents With ADHD in Turkey. *Journal of Attention Disorders*, *23* (11), 1356-1367.

İpçi, M., İnci Izmir, S. B., Türkçapar, M. H., Özdel, K., Akyol Ardıç, U., & Ercan, E. S. (2020). Psychiatric Comorbidity in Children and Adolescentswith ADHD and in the subtypes of ADHD. *Archives of Neuropsychiatry*, 57 (4), 283-289.

Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Felix Alcan.

Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria.* Macmillan Publishing.

Janet, P. (1925). *Psychological Healing: A Historical and Clinical Study*. Macmillan Publishing.

Jannah, R., & Safrina, L. (2019). *A review about emotional abuse on children*. 326-331.

Jayawickreme, E., & Blackie, L. E. R. (2014). Post–traumatic Growth as Positive Personality Change: Evidence, Controversies and Future Directions. *European Journal of Personality*, *28*(4), 312-331.

Jayawickreme, E., Infurna, F. J., Alajak, K., Blackie, L. E. R., Chopik, W. J., Chung, J. M. & et al. (2021). Post-traumatic growth as positive personality change: Challenges, opportunities, and recommendations. *Journal of Personality*, *89*(1), 145-165.

Jendreizik, L. T., Von Wirth, E., & Döpfner, M. (2023). Familial Factors Associated With Symptom Severity in Children and Adolescents With ADHD: A Meta-Analysis and Supplemental Review. *Journal of Attention Disorders*, *27*(2), 124-144.

Johnson, K. A., Robertson, I. H., Kelly, S. P., Silk, T. J., Barry, E., Dáibhis, A. & et al. (2007). Dissociation in performance of children with ADHD and high-functioning autism on a task of sustained attention. *Neuropsychologia*, *45*(10), 2234-2245.

Johnston, J., & Chronis-Tuscano, A. (2015). Families and ADHD. İçinde R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (Fourth edition, ss. 191-209). The Guilford Press.

Joseph, S. (2004). Client-centred therapy, post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth: Theoretical perspectives and practical implications. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *77*(1), 101-119.

Joseph, S., Murphy, D., & Regel, S. (2012). An Affective–Cognitive Processing Model of Post-Traumatic Growth. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *19*(4), 316-325.

Jowett, S., Karatzias, T., Shevlin, M., & Hyland, P. (2022). Psychological trauma at different developmental stages and ICD-11 CPTSD: The role of dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, *23*(1), 52-67.

Kabasakal, C. (2012). *Çocuk Psikiyatri Polikliniğine İlk Başvuran Ailelerin Aile İşlevselliği ve Çocuk Yetiştirme Tutumları* [Yüksek Lisans Tezi]. Haliç Üniversitesi.

Kaçamak, D. (2016). *Okul öncesi dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu: Uyku, mizaç, sosyal biliş, yürütücü işlevler ve gelişimsel basamakların değerlendirilmesi ve aile eğitiminin semptom değişimine etkilerinin araştırılması* [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Ege Üniversitesi.

Kadziela-Olech, H., & Piotrowska-Jastrzebska, J. (2005). The duration of breastfeeding and attention deficit hyperactivity disorder. *Roczniki Akademii Medycznej W Bialymstoku (1995)*, *50*, 302-306.

Kafes, A. Y. (2021). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Üzerine Bir Bakış. *Humanistic Perspective*, *3*(1), 186-194.

Kağan, M., Güleç, M., Boysan, M., & Çavuş, H. (2012). Travma sonrası büyüme envanteri'nin Türkçe versiyonunun normal toplumda hiyerarşik faktör yapısı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, *11*(5), 617-624.

Kairys, S. W., & Johnson, C. F. (2002). The Psychological Maltreatment of Children—Technical Report. *Pediatrics*, *109*(4), e68-e68.

Kaiser, N. M., McBurnett, K., & Pfiffner, L. J. (2011). Child ADHD Severity and Positive and Negative Parenting as Predictors of Child Social Functioning: Evaluation of Three Theoretical Models. *Journal of Attention Disorders*, *15*(3), 193-203.

Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2014). Adverse childhood experiences: Towards a clear conceptual meaning. *Journal of Advanced Nursing*, *70*(7), 1489-1501.

Kaner, S., Büyüköztürk, Ş., & İşeri, E. (2013). Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa: Türkiye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim*, *38*(167), 81-97.

Karadağ Şahan, M. C. (2022). *Kasten öldürme ve cinsel suçlar sebebiyle ceza infaz kurumunda bulunan erkek hükümlülerde çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa.

Karaman, H. (2023). *Yetişkin erkek bireylerde kuşaklararası travma geçişi: adli psikotravmatolojik bir değerlendirme* [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa.

Karasar, N. (2015). *Bilimsel Araştırma Yöntemi* (23. bs.). Nobel Akademik Yayıncılık.

Karkıner, N. (2015). *Türkiye'de Aile Kurumu ve Nüfusla İlgili Sorunlar. Türkiye'nin Toplumsal Yapısı* (Z. Sungur, Ed.; 4. bs.). Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Kaslow, F. W. (Ed.). (1996). *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns*. Wiley.

Kaufman, J., & Torbey, S. (2019). Child maltreatment and psychosis. *Neurobiology of Disease*, *131*, 1-3.

Kaufman, J., & Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *The American Journal of Orthopsychiatry*, *57*(2), 186-192.

Kawabata, Y., Alink, L. R. A., Tseng, W.-L., Van IJzendoorn, M. H., & Crick, N. R. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. *Developmental Review*, *31*(4), 240-278.

Kayaalp, L. (2008). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. İçinde M. Uğur, İ. Balcıoğlu, & N. Kocabaşoğlu (Ed.), *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar* (ss. 147-152). İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.

Kayaalp, L., & Doğangün, B. (Ed.). (2006). *Psikiyatrinin Sırları* (1.bs.). Nobel Tıp Kitabevi.

Kenan, S. (2020). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan çocuk ve ergenlerin annelerdeki tükenmişlik düzeyi ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Gelişim Üniversitesi.

Kerr, M., E., & Bowen, M. (1988). *Family evaluation: An approach based on Bowen theory* (1. Baskı). W. W. Norton & Company.

Keskin, E. B. (2014). *Kentleşme sürecinde ailenin değişimi: Bursa'da bir alan araştırması* [Doktora Tezi]. Uludağ Üniversitesi.

Kılıç, C. (2005). Depremzedelerde travma sonrası büyümenin yordayıcıları. *Özet Kitabı*. Uluslararası Ruhsal Travma Toplantıları IV.

Kienle, J., Rockstroh, B., Bohus, M., Fiess, J., Huffziger, S., & Steffen-Klatt, A. (2017). Somatoform dissociation and posttraumatic stress syndrome - two sides of the same medal? A comparison of symptom profiles, trauma history and altered affect regulation between patients with functional neurological symptoms and patients with PTSD. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 248.

Kim, D. H., & Yoo, I. Y. (2013). Relationship between attention deficit hyperactive disorder symptoms and perceived parenting practices of school-age children. *Journal of Clinical Nursing*, *22*(7-8), 1133-1139.

Kim, H.-S., & Kim, H.-S. (2008). The Impact of Family Violence, Family Functioning, and Parental Partner Dynamics on Korean Juvenile Delinquency. *Child Psychiatry and Human Development*, *39*(4), 439-453.

Kim, H.-Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: Assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics*, *38*(1), 52-54.

Kim, J., & Haridakis, P. M. (2009). The Role of Internet User Characteristics and Motives in Explaining Three Dimensions of Internet Addiction. *Journal of Computer-Mediated Communication*, *14*(4), 988-1015.

King, C. D., Hill, S. B., Wolff, J. D., Bigony, C. E., Winternitz, S., Ressler, K. J., Kaufman, M. L., et al. (2020). Childhood maltreatment type and severity predict depersonalization and derealization in treatment-seeking women with posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, *292 (1)*, 1-18.

Kissane, D. W., McKenzie, M., McKenzie, D. P., Forbes, A., O'Neill, I., & Bloch, S. (2003). Psychosocial morbidity associated with patterns of family functioning in palliative care: Baseline data from the Family Focused Grief Therapy controlled trial. *Palliative Medicine*, *17*(6), 527-537.

Klein, D. N., Dougherty, L. R., Kessel, E. M., Silver, J., & Carlson, G. A. (2021). A Transdiagnostic Perspective on Youth Irritability. *Current Directions in Psychological Science*, *30*(5), 437-443.

Kopala-Sibley, D. C., Jelinek, C., Kessel, E. M., Frost, A., Allmann, A. E. S., & Klein, D. N. (2017). Parental depressive history, parenting styles, and child psychopathology over 6 years: The contribution of each parent's depressive history to the other's parenting styles. *Development and Psychopathology*, *29*(4), 1469-1482.

Kraan, T., Velthorst, E., Smit, F., de Haan, L., & van der Gaag, M. (2015). Trauma and recent life events in individuals at ultra high risk for psychosis: Review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, *161*(2-3), 143-149.

Kulacaoglu, F., Solmaz, M., Ardic, F. C., Akin, E., & Kose, S. (2017). The relationship between childhood traumas, dissociation, and impulsivity in patients with borderline personality disorder comorbid with ADHD. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, *27*(4), 393-402.

Kuo, J. R., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2011). Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*(4), 467-473.

Kuppens, S., & Ceulemans, E. (2019). Parenting Styles: A Closer Look at a Well-Known Concept. *Journal of Child and Family Studies*, *28*(1), 168-181.

Kurtuluş, A. (2023). *Çocuk izlem merkezinde adli görüşmesi yapılan cinsel istismar mağduru çocukların ebeveynlerinin, psikiyatri kliniğinde takibi yapılan çocukların ebeveynlerinin ve çocuğu travmatik yaşantıya maruz kalmamış ebeveynlerin çocukluk çağı travmalarının, depresyon düzeyleri, dissosiyatif yaşantıları ve adil dünya inançları üzerindeki etkisinin incelenmesi* [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa.

Kuzgun, Y. (2022). *Rehberlik ve Psikolojik Danışma* (16. bs.). Nobel Akademik Yayıncılık.

Kwok, M. K., Leung, G. M., & Schooling, C. M. (2016). Associations of Birth Order with Early Adolescent Growth, Pubertal Onset, Blood Pressure and Size: Evidence from Hong Kong's "Children of 1997" Birth Cohort. *PLOS ONE*, *11*(4), 1-13.

Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, *62*(5), 1049-1065.

Lanius, R. A., Frewen, P. A., Vermetten, E., & Yehuda, R. (2010). Fear conditioning and early life vulnerabilities: Two distinct pathways of emotional dysregulation and brain dysfunction in PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 1,1-10.

Lee, D., Yu, E.-S., & Kim, N. H. (2020). Resilience as a mediator in the relationship between posttraumatic stress and posttraumatic growth among adult accident or crime victims: The moderated mediating effect of childhood trauma. *European Journal of Psychotraumatology*, *11*(1), 1-8.

Lee, S. J. (2013). Paternal and Household Characteristics Associated With Child Neglect and Child Protective Services Involvement. *Journal of Social Service Research*, *39*(2), 171-187.

Lee, Y. J., & Kim, J. (2022). Effect of Maternal Anxiety on Parenting Stress of Fathers of Children With ADHD. *Journal of Korean Medical Science*, *37*(11), 1-12.

Lewis, S. J., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Moffitt, T. E., Odgers, C., et al. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *The Lancet Psychiatry*, *6*(3), 247-256.

Li, M., D'Arcy, C., & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: Systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, *46*(4), 717-730.

Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, *17*(1), 11-21.

Loewenstein, R. J. (2018). Dissociation debates: Everything you know is wrong. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *20*(3), 229-242.

Longo, P., Panero, M., Amodeo, L., Demarchi, M., Abbate-Daga, G., & Marzola, E. (2021). Psychoform and somatoform dissociation in anorexia nervosa: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *28*(2), 295-312.

Low, C. B. (1999). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Dissociation and Adaptation (A Theoretical Presentation and Case Study). *American Journal of Clinical Hypnosis*, *41*(3), 253-261.

Maalouf, F. T., Ghandour, L. A., Halabi, F., Zeinoun, P., Shehab, A. A. S., & Tavitian, L. (2016). Psychiatric disorders among adolescents from Lebanon: Prevalence, correlates, and treatment gap. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *51*(8), 1105-1116.

Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of family: Parent child ınteraction. Içinde P. H. Mussen & E. M. Hetherington (Ed.), *Handbook of child psychology* (4th ed, ss. 1-101). J. Wiley & sons.

Maercker, A., & Augsburger, M. (2019). Developments in Psychotraumatology: A Conceptual, Biological, and Cultural Update. *Clinical Psychology in Europe*, *1*(1), 1-18.

Mangelsdorf, J., Eid, M., & Luhmann, M. (2019). Does growth require suffering? A systematic review and meta-analysis on genuine posttraumatic and postecstatic growth. *Psychological Bulletin*, *145*(3), 302-338.

Mannuzza, S. (1993). Adult Outcome of Hyperactive Boys: Educational Achievement, Occupational Rank, and Psychiatric Status. *Archives of General Psychiatry*, *50*(7), 565-576.

Marangoni, C., Hernandez, M., & Faedda, G. L. (2016). The role of environmental exposures as risk factors for bipolar disorder: A systematic review of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, *193*, 165-174.

Martínez, L., Prada, E., Satler, C., Tavares, M. C. H., & Tomaz, C. (2016). Executive Dysfunctions: The Role in Attention Deficit Hyperactivity and Post-traumatic Stress Neuropsychiatric Disorders. *Frontiers in Psychology*, *7,1230,1-15*.

Mayers, A. (2013). *Introduction to statistics and SPSS in psychology*. Pearson.

Mayes, S., Baweja, R., Hameed, U., & Waxmonsky, J. (2016). Disruptive mood dysregulation disorder: Current insights. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *12*, 2115-2124.

McCoy, M. L., & Keen, S. M. (2013). *Child Abuse and Neglect* (1 bs). Psychology Press.

Mccullough, C., Miller, E., & Johnson, J. G. (2010). Childhood Emotional Abuse, Cruel Physical Punishment, and Anxiety among Adolescent Primary Care Patients. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *3*(3), 224-233.

McGoldrick, M., & Carter, B. (2003). The Family Life Cycle. Içinde F. Walsh (Ed.), *Normal Family Proceses*. Taylor & Francis.

McIntosh, B. J. (1989). Spoiled child syndrome. *Pediatrics*, *83*(1), 108-115.

McIntosh, J. (2003). Children Living With Domestic Violence: Research Foundations For Early Intervention. *Journal of Family Studies*, *9*(2), 219-234.

McLean, L. M., & Gallop, R. (2003). Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline Personality Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, *160*(2), 369-371.

McMahon, R. J., Forehand, R. L., & Forster, S. L. (2005). *Helping the noncompliant child: Family-based treatment for oppositional behavior* (2. ed.). Guilford Press.

McMillan, J. H., & Schumacher, S. (2010). *Research in education: Evidence-based inquiry* (7. ed). Pearson.

Mızrakçı, Ş. (1994). *Annelerin çocuk yetiştirme tutumlarına etki eden faktörler: Demografik özel-likleri, kendi yetiştiriliş tarzları, çocuk gelişimine iliş-kin bilgi düzeyleri ve çocuğun mizacına ilişkin algı-ları.* [Yüksek Lisans Tezi]. Ege Üniversitesi.

Mikami, A. Y., Griggs, M. S., Lerner, M. D., Emeh, C. C., Reuland, M. M., Jack, A., & Anthony, M. R. (2013). A randomized trial of a classroom intervention to increase peers' social inclusion of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *81*(1), 100-112.

Mikami, A. Y., Lerner, M. D., Griggs, M. S., McGrath, A., & Calhoun, C. D. (2010). Parental influence on children with attention-deficit/hyperactivity disorder: II. Results of a pilot intervention training parents as friendship coaches for children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *38*(6), 737-749.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2016). *Nitel veri analizi genişletilmiş bir kaynak kitap* (İkinci baskıdan çeviri, 2. baskı). Pegem Akademi.

Millett, K. (1998). Classic and Contemporary Readings in Sociology: Reading 22 The Theory of Sexual Politics. Içinde I. Marsh, R. Campbell, & M. Keating (Ed.), *Classic and Contemporary Readings in Sociology* (1. Edition). Routledge.

Modesto-Lowe, V., Danforth, J. S., & Brooks, D. (2008). ADHD: Does Parenting Style Matter? *Clinical Pediatrics*, *47*(9), 865-872.

Molina, M. F., & Musich, F. M. (2016). Perception of Parenting Style by Children with ADHD and Its Relation with Inattention, Hyperactivity/Impulsivity and Externalizing Symptoms. *Journal of Child and Family Studies*, *25*(5), 1656-1671.

Mongia, M., & Hechtman, L. (2016). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Across the Lifespan: Review of Literature on Cognitive Behavior Therapy. *Current Developmental Disorders Reports*, *3*(1), 7-14.

Moog, N. K., Cummings, P. D., Jackson, K. L., Aschner, J. L., Barrett, E. S., Bastain, T. M., Blackwell, C. K., et al. (2023). Intergenerational transmission of the effects of maternal exposure to childhood maltreatment in the USA: A retrospective cohort study. *The Lancet Public Health*, *8*(3), 226-237.

Morris, A. S., Criss, M. M., Silk, J. S., & Houltberg, B. J. (2017). The Impact of Parenting on Emotion Regulation During Childhood and Adolescence. *Child Development Perspectives*, *11*(4), 233-238.

Mukaddes, N. M. (2015). *Yaşam boyu dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve eşlik eden durumlar*. Nobel Tıp Kitabevi.

Najavits, L. M., & Walsh, M. (2012). Dissociation, PTSD, and Substance Abuse: An Empirical Study. *Journal of Trauma & Dissociation*, *13*(1), 115-126.

Nemeroff, C. B., Weinberger, D., Rutter, M., MacMillan, H. L., Bryant, R. A., Wessely, S., Stein, D. J., et al. (2013). DSM-5: A collection of psychiatrist views on the changes, controversies, and future directions. *BMC Medicine*, *11*(1), 202-220.

Newton, A. W., & Vandeven, A. M. (2006). Unexplained infant and child death: A review of sudden infant death syndrome, sudden unexplained infant death, and child

maltreatment fatalities including shaken baby syndrome. *Current Opinion in Pediatrics*, *18*(2), 196-200.

Nieto, L., Lara, M. A., Navarrete, L., & Manzo, G. (2019). Infant temperament and perinatal depressive and anxiety symptoms in Mexican women. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, *21*, 39-45.

Nijenhuis, E. R. S. (2001). Somatoform Dissociation: Major Symptoms of Dissociative Disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, *1*(4), 7-32.

Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Der Hart, O. V., & Vanderlinden, J. (1996). The Development and Psychometric Characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20): *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *184*(11), 688-694.

Nilsen, W., Karevold, E. B., Kaasbøll, J., & Kjeldsen, A. (2018). Nuancing the role of social skills– a longitudinal study of early maternal psychological distress and adolescent depressive symptoms. *BMC Pediatrics*, *18*(1), 133-144.

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, *9*(11), 1-31.

Nurius, P. S., Green, S., Logan-Greene, P., & Borja, S. (2015). Life course pathways of adverse childhood experiences toward adult psychological well-being: A stress process analysis. *Child Abuse & Neglect*, *45*, 143-153.

Odedokun, S. A. (2022). The Relationship Between Dysfunctional Family, Substance Abuse, Emotional Intelligence And Recidivism Among Young Adult Inmates In Agodi Correctional Centre, Ibadan, Nigeria. *European Journal of Social Sciences Studies*, *7*(5).

Odenweller, K. G., Booth-Butterfield, M., & Weber, K. (2014). Investigating Helicopter Parenting, Family Environments, and Relational Outcomes for Millennials. *Communication Studies*, *65*(4), 407-425.

Ogloff, J. R., Cutajar, M. C., Mann, E. C., & Mullen, P. E. (2012). Child sexual abuse and subsequent offending and victimisation: A 45 year follow-up study. *Trends & Issues in Crime and Criminal Justice*, *440*, 1-6.

Okumuş, G. (2017). Çocuk ve ergenlerde Moxo Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Testi sonuçları ile klinik tanı olarak dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun karşılaştırılması. *International Journal of Social Humanities Sciences Research (JSHSR)*, *4*(12), 889-905.

Olff, M. (2018). Psychotraumatology on the move. *European Journal of Psychotraumatology*, *9*(1), 1439650, 1-7.

Olff, M. (2019). Facts on psychotraumatology. *European Journal of Psychotraumatology*, *10*(1), 1578524, 1-7.

Orth, U., Robins, R. W., & Roberts, B. W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, *95*(3), 695-708.

Ortiz, M. (Ed.). (2016). *Domestic violence: Prevalence, risk factors and perspectives*. Nova Science Publishers, Inc.

Otero, P. (2017). Sharenting… should children's lives be disclosed on social media? *Archivos Argentinos de Pediatria*, *115*(5), 412-143.

Owenz, M., & Fowers, B. J. (2019). Perceived post-traumatic growth may not reflect actual positive change: A short-term prospective study of relationship dissolution. *Journal of Social and Personal Relationships*, *36*(10), 3098-3116.

Ozankaya, Ö. (2007). *Toplumbilim* (Gnlş. 11. bs). Cem Yayınevi.

Öncü, B., & Şenol, S. (2002). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi: Bütüncül Yaklaşım. *Klinik Psikiyatri*, *5*(2), 111-119.

Örsel, S., Karadağ, H., Karaoğlan Kahiloğulları, A., & Akgün Aktaş, E. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, *12*, 130-136.

Öz, F. (2010). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar* (2.Baskı). Mattek.

Özdel, K. (2015). Dünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: teori ve uygulama. *Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*, *8*(2), 10-20.

Özdemir, O. (2012). Psikiyatride Tanıya Yardımcı Bir Araç: Sezgi / A supportive diagnostic tool in psychiatry: Intuition. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*.

Özdemiroğlu Alyanak, F., Yargıç, İ., & Oflaz, S. (2011). Genel psikiyatri polikliniğinde erişkin dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu sıklığı ve dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğuna eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar. *Nöro psikiyatri Arşivi*, *48*(3), 1-1.

Özen, Y., & Gülaçtı, F. (2010). Benlik kavramı ve benliğin gelişimi bilen benliğe gereksinim var mı? *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *12*(2), 20-38.

Özgentürk, İ. (2014). Çocuk istismarı ve ihmal. *International Journal of Human Sciences./ Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 11(2), 265-278.

Özkaya, B. (2014). A Play Therapy Approach Focusing on Parent-Child Relationship: Filial Therapy. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry*, 1.

Öztürk, E. (2022e). Cyber dissociative experiences and mass consciousness control: The age of cyber dissociation from the perspective of theory of dissoanalysis. *NOFOR*, *1*(1), 26-30.

Öztürk, E. (2016). Psikotarih açısından çocuk yetiştirme tarzları ve çocuk istismarı. *Turkiye Klinikleri J Foren Med-Special Topics.*, *2*(3), 24-34.

Öztürk, E. (2017). *Travma ve Dissosiyasyon: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi ve Aile Dinamikleri*. Nobel Tıp Kitabevi.

Öztürk, E. (2023a). Dissoanalytic psychohistory: Dissoanalysis of the traumatic history of humanity and the construction of a new societal reality. *Medicine Science*, *12*(1), 303-318.

Öztürk, E. (2023b). Göç psikolojisi ve göç travması: sınırlaraşırı bir yaşam deneyimi olarak gelişimsel göçün dissoanalizi. *Artuklu İnsan ve Toplum Bilim Dergisi*, *8*(2), 233-253.

Öztürk, E. (2021a). Disfonksiyonel aile modellerinden fonksiyonel aile modeline: "doğal ve rehber ebeveynlik stili. İçinde E. Öztürk (Ed.), *Aile Psikopatolojisi* (1. Baskı, ss. 1-39). Türkiye Klinikleri Yayınevi.

Öztürk, E. (2023b). Dissoanalitik psikotarih: Soykırımların, baskıların, çocuk istismarlarının ve savaş travmalarının dissoanalizi. İçinde E. Öztürk (Ed.), *Savaş Psikolojisi* (ss. 1-35). Türkiye Klinikleri Yayınevi.

Öztürk, E. (2022a). Dissoanaliz ve Psikotoplumsal Bilinç Alyansı Kuramı: İnkar Travması ve Dissosiyatif Yansıtımlı Kimlik Geçişi. İçinde E. Öztürk (Ed.), *Psikotravmatoloji* (1.Baskı, s. 40). Türkiye Klinikleri Yayınevi.

, E. (2022b). Dissoanalysis as a modern psychotraumatology theory: denial trauma and mass dissociation versus dissociative revolution and psychocommunal therapy. *Medicine Science | International Medical Journal*, *11*(3), 1359-1385.

Öztürk, E. (2023a). Dissoanalytic psychohistory: Dissoanalysis of the traumatic history of humanity and the construction of a new societal reality. *Medicine Science*, *12*(1), 303-318.

Öztürk, E. (2022d). Dysfunctional generations versus natural and guiding parenting style: Intergenerational transmission of trauma and intergenerational transfer of psychopathology as dissociogenic agents. *Medicine Science | International Medical Journal*, *11*(2), 886-904.

Öztürk, E. (Ed.). (2022c). Modern Psikotravmatoloji ve Dissosiyasyon Teorileri. İçinde *Psikotravmatoloji* (1.Baskı, s. 30). Türkiye Klinikleri Yayınevi.

Öztürk, E. (2018a). Psikotarih Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon. İçinde O. Celbiş (Ed.), *Turaz Akademi 2018* (1. Baskı, ss. 92-106). Akademisyen Kitabevi.

Öztürk, E. (2020b). Psikotarih, Travma ve Dissosiyasyon: Çocukluk Çağı Travmaları, Savaşlar ve Dissosiyasyonun Anemnezi. İçinde E. Öztürk (Ed.), *Psikotarih* (1. Baskı, ss. 1-21). Türkiye Klinikleri Yayınevi.

Öztürk, E. (2020c). Siber Toplumlar ve Siber Hayatlar: Dissosiyojen Bir Ajan Olarak Dijital İletişim Ağları. İçinde E. Öztürk (Ed.), *Türkiye Klinikleri* (1. bs., s. 14). Türkiye Klinikleri Yayınevi.

Öztürk, E. (2021c). Trauma based alliance model therapy. *Medicine Science | International Medical Journal*, *10*(2), 631-650.

Öztürk, E. (2018b). Travma Merkezli Alyans Model Terapi: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi. İçinde E. Öztürk (Ed.), *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon* (1.bs., s. 9). Türkiye Klinikleri Yayınevi.

Öztürk, E. (2020a). *Travma ve Dissosiyasyon: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi ve Aile Dinamikleri* (2. Baskı). Nobel Tıp Kitabevi.

Öztürk, E., & Çalıcı, C. (2018). Modern toplumda kimlik, "siber dissosiyasyon" ve "siber alter": Teorik ve klinik bir yaklaşım. İçinde E. Öztürk (Ed.), *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon* (ss. 39-47). Türkiye Klinikleri Yayınevi.

Öztürk, E., & Derin, G. (2018). Dissosiyatif bozukluklar ve sınırda (borderline) kişilik bozukluğunda ruhsal travma. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, *3*(3), 29-41.

Öztürk, E., & Derin, G. (2020c). Psikotravmatoloji. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi*, *6*(2), 181-214.

Öztürk, E., Derin, G., & Ataş, A. (2019). Adli psikiyatri ve dissosiyatif bozukluklar. *II.Türk Adli Bilimler Kongresi ve X. Adli Tıp Çalıştayı Kongre Bildiri Kitabı*, 127-138.

Öztürk, E., & Erdoğan, B. (2021). Dissociogenic components of oppression and obedience in regards to psychotraumatology and psychohistory. *Medicine Science | International Medical Journal*, *10*(3), 1051.

Öztürk, E., Erdoğan, B., & Çalıcı, C. (2019). Göçmenler ve Ruh Sağlığı Göçmenler ve Göç Süreci: Psikotravmatolojik Bir Değerlendirme. İçinde H. Sakız & H. Apak (Ed.), *Türkiye'de Göçmen Kapsayıcılığı: Sorundan Fırsata Dönüşüm Önerileri* (ss. 213-226). Pegem Akademi.

Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2023). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (17. bs). Nobel Tıp Kitabevi.

Özyürek, A., & Begde, Z. (2016). Öğretmen ve anne-baba tutumlarının okul öncesi dönem çocuklarının problem çözme becerilerine etkisi. *Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *5*(1), 204-232.

Paivio, S. C., & Laurent, C. (2001). Empathy and emotion regulation: Reprocessing memories of childhood abuse. *Journal of Clinical Psychology*, *57*(2), 213-226.

Palusci, V. J., & Fischer, H. (Ed.). (2011). *Child abuse and neglect: A diagnostic guide for physicians, surgeons, pathologists, dentists, nurses and social workers*. Manson Publ.

Park, S. J., Jang, H., Lee, Y., Kim, C. E., & Park, S. (2020). Health behaviors, physical health, and health care utilization in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *24*(7), 1011-1019.

Patterson, J. M. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and Family*, *64*(2), 349-360.

Pelham, W. E., Aronoff, H. R., Midlam, J. K., Shapiro, C. J., Gnagy, E. M., Chronis, A. M. & et al. (1999). A comparison of ritalin and adderall: efficacy and time-course in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, *103*(4), 1-14.

Pelham, W. E., & Fabiano, G. A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *37*(1), 184-214.

Perry, B. D. (1999). Bonding and attachment in maltreated children: Consequences of emotional neglect in childhood. *CTA Parent and Caregiver Education Series*, *1*(3), 1-10.

Perry, B. D., & Dobson, C. L. (2006). Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children: The Neurosequential Model of Therapeutics. İçinde N. B. Webb (Ed.), *Working with traumatized youth in child welfare* (ss. 249-260). Guilford Press.

Pineda, D. A., Lopera, F., Palacio, J. D., Ramirez, D., & Henao, G. C. (2003). Prevalence estımatıons of attentıon-defıcıt/hyperactıvıty dısorder: dıfferentıal dıagnoses and comorbıdıtıes ın a colombıan sample. *International Journal of Neuroscience*, *113*(1), 49-71.

Pinquart, M. (2016). Associations of Parenting Styles and Dimensions with Academic Achievement in Children and Adolescents: A Meta-analysis. *Educational Psychology Review*, *28*(3), 475-493.

Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental Psychology*, *53*(5), 873-932.

Plant, D. T., Jones, F. W., Pariante, C. M., & Pawlby, S. (2017). Association between maternal childhood trauma and offspring childhood psychopathology: Mediation analysis from the ALSPAC cohort. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *211*(3), 144-150.

Plant, D. T., Pawlby, S., Pariante, C. M., & Jones, F. W. (2018). When one childhood meets another – maternal childhood trauma and offspring child psychopathology: A systematic review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *23*(3), 483-500.

Pliszka, S. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*(7), 894-921.

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*(3), 345-365.

Polat. (2017). Şiddet. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, *22*, 15-34.

Power, T. G. (2013). Parenting dimensions and styles: a brief history and recommendations for future research. *Childhood Obesity*, *9*(1), 14-21.

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, *40*(3), 879-891.

Propper, L., Cumby, J., Patterson, V. C., Drobinin, V., Glover, J. M., MacKenzie, L. E. & et al. (2017). Disruptive mood dysregulation disorder in offspring of parents with depression and bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, *210*(6), 408-412.

Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. Guilford Press.

Putnam, F. W. (2006). The ımpact of trauma on child development. *Juvenile and Family Court Journal*, *57*(1), 1-11.

Putnick, D. L., Bornstein, M. H., Lansford, J. E., Chang, L., Deater-Deckard, K., Di Giunta, L. & et al. (2012). Agreement in mother and father acceptance-rejection, warmth, and

hostility/rejection/ neglect of children across nine countries. *Cross-Cultural Research*, *46*(3), 191-223.

Quan, L., Lü, B., Sun, J., Zhao, X., & Sang, Q. (2022). The relationship between childhood trauma and post-traumatic growth among college students: The role of acceptance and positive reappraisal. *Frontiers in Psychology*, *13*, 1-9.

Rankin Williams, L., Degnan, K. A., Perez-Edgar, K. E., Henderson, H. A., Rubin, K. H., Pine & et al. (2009). Impact of behavioral ınhibition and parenting style on ınternalizing and externalizing problems from early childhood through adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *37*(8), 1063-1075.

Rapaport, D. (1967). *The collected papers of David Rapaport* (M. Gill, Ed.). Basic Books.

Restif de La Bretonne, N. E. (1883). *Ou Le Cœur humain dévoilé*. Publie par lui meme.

Robinson, L. R., Bitsko, R. H., O'Masta, B., Holbrook, J. R., Ko, J., Barry, C. M. et al. (2022). A Systematic Review and Meta-analysis of Parental Depression, Antidepressant Usage, Antisocial Personality Disorder, and Stress and Anxiety as Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children. *Prevention Science*, 1, 1-28.

Roeckner, A. R., Oliver, K. I., Lebois, L. A. M., Van Rooij, S. J. H., & Stevens, J. S. (2021). Neural contributors to trauma resilience: A review of longitudinal neuroimaging studies. *Translational Psychiatry*, *11*(1), 508-524.

Romeo, A., Tesio, V., Ghiggia, A., Di Tella, M., Geminiani, G. C., Farina, B., & Castelli, L. (2022). Traumatic experiences and somatoform dissociation in women with fibromyalgia. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *14*(1), 116-123.

Rosenqvist, M. A., Sjölander, A., Ystrom, E., Larsson, H., & Reichborn-Kjennerud, T. (2019). Adverse family life events during pregnancy and ADHD symptoms in five-year-old offspring. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *60*(6), 665-675.

Ross, C. A., & Halpern, N. (2009). *Trauma model therapy: A treatment aproach for trauma, dissociation and complex comorbidity*. Manitou Communications.

Rubia, K., Overmeyer, S., Taylor, E., Brammer, M., Williams, S. C. R., Simmons, A., & Bullmore, E. T. (1999). Hypofrontality in Attention Deficit Hyperactivity Disorder During Higher-Order Motor Control: A Study With Functional MRI. *American Journal of Psychiatry*, *156*(6), 891-896.

Rudy, D., & Grusec, J. E. (2001). Correlates of Authoritarian Parenting in Individualist and Collectivist Cultures and Implications for Understanding the Transmission of Values. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *32*(2), 202-212.

Ruiz-Casares, M., Trocmé, N., & Fallon, B. (2012). Supervisory neglect and risk of harm. Evidence from the Canadian Child Welfare System. *Child Abuse & Neglect*, *36*(6), 471-480.

Russotti, J., Warmingham, J. M., Handley, E. D., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2021). Child maltreatment: An intergenerational cascades model of risk processes potentiating child psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, *112(3)*, 104829, 1-11.

Rutter, M., Cox, A., Tupling, C., Berger, M., & Yule, W. (1975). Attainment and Adjustment in Two Geographical Areas: I—The Prevalence of Psychiatric Disorder. *British Journal of Psychiatry*, *126*(6), 493-509.

Sadek, J. (2014). *A Clinician's Guide to ADHD* (2nd ed. 2014). Springer International Publishing : Imprint: Springer.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2016). *Kaplan & Sadock psikiyatri davranış bilimleri / klinik psikiyatri* (A. Bozkurt, Ed.). Güneş Tıp Kitabevi.

Sahithya, B. R., Manohari, S. M., & Vijaya, R. (2019). Parenting styles and its impact on children – a cross cultural review with a focus on India. *Mental Health, Religion & Culture*, *22*(4), 357-383.

Salavera, C., Usán, P., & Quilez-Robres, A. (2022). Exploring the effect of parental styles on social skills: The mediating role of affects. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(6), 3295.

Sallee, F. R., Mcgough, J., Wigal, T., Donahue, J., Lyne, A., & Biederman, J. (2009). Guanfacine Extended Release in Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Placebo-Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *48*(2), 155-165.

Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. M. T. (2003). *Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence*. The Parenting and Family Support Centre, The University of Queensland.

Sandhya, S. (2009). The social context of marital happiness in urban Indian couples: Interplay of intimacy and conflict. *Journal of Marital and Family Therapy*, *35*(1), 74-96.

Sansone, R. A., Wiederman, M. W., & Sansone, L. A. (2000). The prevalence of borderline personality disorder among individuals with obesity. *Eating Behaviors*, *1*(1), 93-104.

Sarı, S. A., Çiçek, A. U., Bütün, C., & Yıldırım, A. (2019). Sivas İlinde Suça Sürüklenen Çocuk Olguların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. *The Bulletin of Legal Medicine*, *24*(3), 177-182.

Sari Gokten, E., Saday Duman, N., Soylu, N., & Uzun, M. E. (2016). Effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, *62*, 1-9.

Sasayama, D., Owa, T., Kudo, T., Kaneko, W., Makita, M., Kuge, R. et al. (2023). Maternal postpartum depression symptoms and early childhood hyperactive/aggressive behavior are independently associated with later attention deficit/hyperactivity symptoms. *International Journal of Behavioral Development, 1, 1-11*.

Sauvé, M., Cyr, C., St-Laurent, D., Amédée, L. M., Dubois-Comtois, K., Tarabulsy, G. M. et al. (2022). Transmission of parental childhood trauma to child behavior problems: Parental Hostile/Helpless state of mind as a moderator. *Child Abuse & Neglect*, *128*, 1-11.

Savage, L.-É., Tarabulsy, G. M., Pearson, J., Collin-Vézina, D., & Gagné, L.-M. (2019). Maternal history of childhood maltreatment and later parenting behavior: A meta-analysis. *Development and Psychopathology*, *31*(1), 9-21.

Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: Prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, *5*(2), 175-186.

Schäfer, I., & Fisher, H. L. (2011). Childhood trauma and psychosis—What is the evidence? *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *13*(3), 360-365.

Schelbe, L., & Geiger, J. M. (2017). *Intergenerational Transmission of Child Maltreatment*. Springer International Publishing.

Schroeder, V. M., & Kelley, M. L. (2009). Associations Between Family Environment, Parenting Practices, and Executive Functioning of Children with and Without ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, *18*(2), 227-235.

Scott, S. (1998). Fortnightly review: Aggressive behaviour in childhood. *BMJ*, *316*(7126), 202-206.

Seligman, M. E. P. (1972). Learned Helplessness. *Annual Review of Medicine*, *23*(1), 407-412.

Sessa, F. M., Avenevoli, S., Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Correspondence among informants on parenting: Preschool children, mothers, and observers. *Journal of Family Psychology*, *15*(1), 53-68.

Shakespeare-Finch, J., & Lurie-Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *28*(2), 223-229.

Shand, L. K., Cowlishaw, S., Brooker, J. E., Burney, S., & Ricciardelli, L. A. (2015). Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: A systematic review and meta-analysis: Correlates of PTSS and PTG. *Psycho-Oncology*, *24*(6), 624-634.

Sharma, B. R. (2003). Clinical forensic medicine – management of crime victims from trauma to trial. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, *10*(4), 267-273.

Shaw, D. S., Keenan, K., & Vondra, J. I. (1994). Developmental precursors of externalizing behavior: Ages 1 to 3. *Developmental Psychology*, *30*(3), 355-364.

Shaw, M., & Bailey, S. (Ed.). (2018). *Justice for children: A developmental perspective*. Cambridge University Press.

Shils, E., & Grosby, S. E. (1997). *The virtue of civility: Selected essays on liberalism, tradition, and civil society*. Liberty Fund.

Sibley, M. H., Mitchell, J. T., & Becker, S. P. (2016). Method of adult diagnosis influences estimated persistence of childhood ADHD: A systematic review of longitudinal studies. *The Lancet Psychiatry*, *3*(12), 1157-1165.

Simeon, D., & Putnam, F. (2022). Pathological dissociation in The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): Prevalence, morbidity, comorbidity, and childhood maltreatment. *Journal of Trauma & Dissociation*, *23*(5), 490-503.

Siverns, K., & Morgan, G. (2019). Parenting in the context of historical childhood trauma: An interpretive meta-synthesis. *Child Abuse & Neglect*, *98(6)*, 1-45.

Slater, M. A., & Power, T. G. (1987). Multidimensional assessment of parenting in singleparent families. İçinde V. Placa (Ed.), *Advances in family intervention, assessment, and theory* (1987. bs, ss. 197-228). JAI Press.

Sleddens, E. F. C., O'Connor, T. M., Watson, K. B., Hughes, S. O., Power, T. G., Thijs, C. et al. (2014). Development of the Comprehensive General Parenting Questionnaire for caregivers of 5-13 year olds. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *11*, 15.

Smith, E., Bem, D., Fredrickson, B., Nolen - Hoeksema, S., Loftus, G., & Maren, S. (2014). *Atkinson ve Hilgard Psikolojiye Giriş* (Ö. Öncül & D. Ferhatoğlu, Çev.; 7. Baskı). Arkadaş Kitabevi.

Smith, T. W. (1992). Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychology*, *11*(3), 139-150.

Soenens, B., & Beyers, W. (2012). The cross-cultural significance of control and autonomy in parent–adolescent relationships. *Journal of Adolescence*, *35*(2), 243-248.

Solanto, M. V. (2011). *Cognitive-behavioral therapy for adult ADHD: Targeting executive dysfunction*. The Guilford Press.

Soled, D., Keim, S. A., Rapoport, E., Rosen, L., & Adesman, A. (2021). Breastfeeding is associated with a reduced risk of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among preschool children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *42*(1), 9-15.

Sollie, H., Mørch, W.-T., & Larsson, B. (2016). Parent and family characteristics and their associates in a follow-up of outpatient children with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, *25*(8), 2571-2584.

Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Li, X., & Rudan, I. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, 11, *1-9.*

Song, Z., Huang, J., Qiao, T., Yan, J., Zhang, X., & Lu, D. (2022). Association between maternal anxiety and children's problem behaviors: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(17), 1-20.

Sonuga-Barke, E. J. S., Becker, S. P., Bölte, S., Castellanos, F. X., Franke, B., Newcorn, J. H. et al. (2023). Annual research review: Perspectives on progress in ADHD science – from characterization to cause. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *64*(4), 506-532.

Sonuga-Barke, E. J. S., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., & Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized, Controlled Trial With a Community Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *40*(4), 402-408.

Spencer, A. E., Faraone, S. V., Bogucki, O. E., Pope, A. L., Uchida, M., Milad, M. R. et al. (2016). Examining the association between Posttraumatic Stress Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *77*(01), 72-83.

Spencer, T. J., Biederman, J., & Mick, E. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Ambulatory Pediatrics*, *7*(1), 73-81.

Spinazzola, J., Ford, J. D., Zucker, M., Van Der Kolk, B. A., Silva, S., Smith, S. F. et. al. (2005). Survey evaluates: complex trauma exposure, outcome, and ıntervention among children and adolescents. *Psychiatric Annals*, *35*(5), 433-439.

Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N. S., & Dornbusch, S. M. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, ındulgent, and neglectful families. *Child Development*, *65*(3), 754-770.

Steinberg, M. (1994). *Interviewer's guide to the structured clinical interview for DSM-4 dissociative disorders (SCID-D)* (Rev). American Psychiatric Press.

Steinhausen, H.-C., Göllner, J., Brandeis, D., Müller, U. C., Valko, L., & Drechsler, R. (2013). Psychopathology and Personality in Parents of Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *17*(1), 38-46.

Stirling, J., & Amaya-Jackson, L. (2008a). Understanding the Behavioral and Emotional Consequences of Child Abuse. *Pediatrics*, *122*(3), 667-673.

Stirling, J., & Amaya-Jackson, L. (2008b). Understanding the behavioral and emotional consequences of child abuse. *Pediatrics*, *122*(3), 667-673.

Strasshofer, D. R., Peterson, Z. D., Beagley, M. C., & Galovski, T. E. (2018). Investigating the relationship between posttraumatic stress symptoms and posttraumatic growth following community violence: The role of anger. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *10*(5), 515-522.

Sullivan, P. F., Daly, M. J., & O'Donovan, M. (2012). Genetic architectures of psychiatric disorders: The emerging picture and its implications. *Nature Reviews Genetics*, *13*(8), 537-551.

Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accomodation syndrome. *Child Abuse & Neglect*, *7*(2), 177-193.

Sümer, N., Aktürk Gündoğdu, E., & Helvacı, E. (2010). Anne-baba tutum ve davranışlarının psikolojik etkileri: türkiye'de yapılan çalışmalara toplu bakış. *Türk Psikoloji Yazıları*, *13*(25), 42-59.

Şahin, N. H., & Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, *9*(31), 4-56.

Şanlı, D., & Öztürk, C. (2012). Annelerin çocuk yetiştirme tutumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, *32*, 31-48.

Şar, V. (2009). *Ruhsal Gelişim. Psikiyatri Ders Kitapları Serisi* (1. Baskı). İstanbul Üniversitesi Yayınları.

Şar, V., Önder, C., Kılınçaslan, A., Zoroğlu, S. S., & Alyanak, B. (2014). Dissociative Identity Disorder Among Adolescents: Prevalence in a University Psychiatric Outpatient Unit. *Journal of Trauma & Dissociation*, *15*(4), 402-419.

Şar, V., & Öztürk, E. (2006). The "Apparently Normal" family: A contemporary agent of transgenerational trauma and dissociation. *Journal of Trauma Practice*, *4*(3-4), 287-303.

Şar, V., Öztürk, E., & İkikardeş, E. (2012). Validity and reliability of the Turkish Version of Childhood Trauma Questionnaire. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, *32*(4), 1054-1063.

Şener, E. B. (2011). *Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Önlemede 4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun ve Değerlendirilmesi* (1. Baskı). T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. https://www.aile.gov.tr/media/2522/ekinsener.pdf

Şenol, S., İşeri, E., & Koçkar, A. İ. (2006). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu*. HYB Yayıncılık.

Tandon, M., & Giedinghagen, A. (2017). Disruptive behavior disorders in children 0 to 6 years old. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *26*(3), 491-502.

Taylor, E., Chadwick, O., Heptinstall, E., & Danckaerts, M. (1996). Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *35*(9), 1213-1226.

Tedeschi, R. G. (1999). Violence transformed: Posttraumatic growth in survivors and their societies. *Aggression and Violent Behavior*, *4*(3), 319-341.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *9*(3), 455-471.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, *15*(1), 1-18.

Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (Ed.). (1998). *Posttraumatic Growth* (0 bs). Routledge.

Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research and applications*. Routledge, Taylor and Francis Group.

Tennen, H., & Affleck, G. (2009). Assessing positive life change: In search of meticulous methods. Içinde C. L. Park, S. C. Lechner, M. H. Antoni, & A. L. Stanton (Ed.), *Medical illness and positive life change: Can crisis lead to personal transformation?* (ss. 31-49). American Psychological Association.

Terr, L. C. (2013). Treating childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *22*(1), 51-66.

Terry, M., Finger, B., Lyons-Ruth, K., Sadler, L. S., & Slade, A. (2021). Hostile/helpless maternal representations in pregnancy and later child removal: A pilot study. *Infant Mental Health Journal*, *42*(1), 60-73.

Tezel Şahin, F., & Özyürek, A. (2008). 5-6 Yaş grubu çocuğa sahip ebeveynlerin demografik özelliklerinin çocuk yetiştirme tutumlarına etkisinin incelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, *6*(3), 395-414.

Thapar, A., & Cooper, M. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, *387*(10024), 1240-1250.

Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, *135*(4), 994-1001.

Thompson, R. A. (2000). The legacy of early attachments. *Child Development*, *71*(1), 145-152.

Torgersen, T., Gjervan, B., & Rasmussen, K. (2006). ADHD in adults: A study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. *Nordic Journal of Psychiatry*, *60*(1), 38-43.

Tsai, J., El-Gabalawy, R., Sledge, W. H., Southwick, S. M., & Pietrzak, R. H. (2015). Post-traumatic growth among veterans in the USA: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Psychological Medicine*, *45*(1), 165-179.

Tuna Çak, H., & Gökler, B. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder and associated perinatal risk factors in preterm children. *Türk Pediatri Arşivi*, *48*(4), 315-322.

Turan, Z. (2005). Ailede ruh sağlığı. Içinde Y. Uzuner (Ed.), *Çocukta ruh sağlığı, uyum bozukluğu* (s. 141). Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Turner, H. A., Vanderminden, J., Finkelhor, D., & Hamby, S. (2019). Child Neglect and the Broader Context of Child Victimization. *Child Maltreatment*, *24*(3), 265-274.

Tuzcuoğlu, N. (1995). Psikanaliz kuramı ve özellikleri. *M. Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, *7*, 275-285.

TÜİK. (2017). *Aile Yapısı Araştırması* (Haber Bülteni 21869; s. 4). Türkiye İstatistik Kurumu.

Tümer, A., Odabaşı, A., Özdemir, D., Mutlu, E., & Kaynak, A. (2015). Çocuk istismarı'nın ağır bir türü: bakım verenin yapay bozukluğu'na (Munchausen By Proxy Sendromu) hukuki ve tıbbi bakış. *Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi*, *6*, 581-608.

Türel, F. İ., Öztürk, E., & Çalıcı, C. (2018). *Bireyden topluma travma ve şiddet: Bireysel ve toplumsal şiddet olaylarına psikotarihsel bir yaklaşım*. *3*(3), 3-10.

Türk Ceza Kanunu, 5237 (2004).

Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*, *7*(4), 12-16.

Tütüncü, S. (2020). Derleme: Köken aile tutumlarının psikopatoloji üzerine etkisi. *Gelişim ve Psikoloji Dergisi*, *1*(1), 49-56.

Uçur, Z. E. (2005). *Farklı aile tutumlarının okulöncesi dönem 5 yaş çocuklarının bilişsel performans düzeylerine etkisi* [Yüksek Lisans Tezi]. Maltepe Üniversitesi.

Ulmer-Yaniv, A., Djalovski, A., Priel, A., Zagoory-Sharon, O., & Feldman, R. (2018). Maternal depression alters stress and immune biomarkers in mother and child. *Depression and Anxiety*, *35*(12), 1145-1157.

UNICEF. (2017). *A familiar face: Violence in the lives of children and adolescents*. United Nation's Children's Fund.

Ünal, B., Ergör, G., Dinç Horasan, G., Kalaça, S., & Sözmen, K. (2013). *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması* (B. Ünal & G. Ergör, Ed.). T.C. Sağlık Bakanlığı.

Ünaldi, N., & Alyanak, B. (2018). Travma ile İlişkili Bozukluklar ve Dışsallaştırma Boyutu. İçinde B. Alyanak (Ed.), *Çocuk ve Ergenlerde Travma ve Travmatik Durumların Etkileri ve Çözümleyici Yaklaşımlar* (1.Baskı, ss. 53-58). Türkiye Klinikleri Yayınevi.

Ünver, H., & Karakaya, I. (2019). The Assessment of the Relationship Between ADHD and Posttraumatic Stress Disorder in Child and Adolescent Patients. *Journal of Attention Disorders*, *23*(8), 900-903.

Vacher, C., Goujon, A., Romo, L., & Purper-Ouakil, D. (2020). Efficacy of psychosocial interventions for children with ADHD and emotion dysregulation: A systematic review. *Psychiatry Research*, *291(1)*, 1-10.

van der Kolk, B. A. (2015). *The Body keeps the score: Brain, mind and body in the healing of trauma*. Penguin Books.

van der Kolk, B. A., & Fisler, R. E. (1994). Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *58*(2), 145-168.

van der Kolk, B. A., Herron, N., & Hostetler, A. (1994). The history of trauma in psychiatry. *The Psychiatric Clinics of North America*, *17*(3), 583-600.

van der Oord, S., Bögels, S. M., & Peijnenburg, D. (2012). The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *Journal of Child and Family Studies*, *21*(1), 139-147.

van Ingen, D. J., Freiheit, S. R., Steinfeldt, J. A., Moore, L. L., Wimer, D. J., Knutt, A. D. et al. (2015). Helicopter Parenting: The effect of an overbearing caregiving style on peer attachment and self-efficacy. *Journal of College Counseling*, *18*(1), 7-20.

Vidal, R., Castells, J., Richarte, V., Palomar, G., García, M., Nicolau, et al. (2015). Group therapy for adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *54*(4), 275-282.

Vural, M., & Başar, E. (2006). Psikolojik faktörlerin koroner kalp hastalığına etkisi: Olumsuz psikolojik faktörlere müdahale edilmeli mi? *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, *6*(1), 55-59.

Wang, X., Lee, M. Y., & Quinn, C. R. (2023). Intergenerational transmission of trauma: Unpacking the effects of parental adverse childhood experiences. *Journal of Family Studies*, *29*(4), 1687-1703.

Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: ıntervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *33*(1), 105-124.

Weisbart, C. E., Thompson, R., Pelaez-Merrick, M., Kim, J., Wike, T., Briggs, et al. (2008). Child and adult victimization: sequelae for female caregivers of high-risk children. *Child Maltreatment*, *13*(3), 235-244.

Weiss, R. P. (2000). The Wave of the Brain. *Training & Development*, *54*(7), 20-24.

Wesseldijk, L. W., Dieleman, G. C., Van Steensel, F. J. A., Bartels, M., Hudziak, J. J., Lindauer, et al. (2018). Risk factors for parental psychopathology: A study in families with

children or adolescents with psychopathology. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *27*(12), 1575-1584.

Whittle, H., Hamilton-Giachritsis, C., Beech, A., & Collings, G. (2013). A review of online grooming: Characteristics and concerns. *Aggression and Violent Behavior*, *18*(1), 62-70.

Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Sveen, T. H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers: Psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *53*(6), 695-705.

Widom, C. S., Czaja, S. J., Bentley, T., & Johnson, M. S. (2012). A prospective ınvestigation of physical health outcomes in abused and neglected children: new findings from a 30-year follow-up. *American Journal of Public Health*, *102*(6), 1135-1144.

Widom, C. S., Horan, J., & Brzustowicz, L. (2015). Childhood maltreatment predicts allostatic load in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, *47*, 59-69.

Widom, C. S., & Maxfield, G. D. (2001). *An update on the "cycle of violence." research in brief* (us department of justice office of justice programs. National Institute of Justice.

Wiegand-Grefe, S., Sell, M., Filter, B., & Plass-Christl, A. (2019). Family Functioning and psychological health of children with mentally ıll parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(7), 1278.

Wiener, J., Biondic, D., Grimbos, T., & Herbert, M. (2016). Parenting stress of parents of adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *44*(3), 561-574.

Wild, N. D., & Paivio, S. C. (2004). Psychological adjustment, coping, and emotion regulation as predictors of posttraumatic growth. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *8*(4), 97-122.

Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-4 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, *9*(3), 490-499.

Williamson, D., Johnston, C., Noyes, A., Stewart, K., & Weiss, M. D. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms in mothers and fathers: family level ınteractions in relation to parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *45*(3), 485-500.

Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls et al.(2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, *144*(4), 1-25.

Wood, A. C., & Neale, M. C. (2010). Twin studies and their ımplications for molecular genetic studies: endophenotypes ıntegrate quantitative and molecular genetics in ADHD research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *49*(9), 874-883.

World report on violence and health. (2002). [Bilimsel Rapor]. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf

Wu, C. S. T., Wong, H. T., Yu, K. F., Fok, K. W., Yeung, S. M., Lam, C. H. et. al. (2016). Parenting approaches, family functionality, and internet addiction among Hong Kong adolescents. *BMC Pediatrics*, *16*(1), 130.

Yalçın, M. A. (2023). *Çocuktan Ebeveyne Şiddetin Psikotravmatolojik Bileşenleri ve Psikopatolojik Dinamikleri* [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa.

Yaman, N., & Yüksel, M. (2019). Yetişkin-Ergen Ebeveynlik Envanterinin Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *İlköğretim Online*, 1967-1983.

Yan, N., Ansari, A., & Wang, Y. (2019). Intrusive parenting and child externalizing behaviors across childhood: The antecedents and consequences of child-driven effects. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, *33*(6), 661-670.

Yap, M. B. H., Pilkington, P. D., Ryan, S. M., & Jorm, A. F. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *156*, 8-23.

Yapici, Ş. (2010). Family and education relation ın the community. *Journal of Turkish Studies*, *Volume 5 Issue 4*(5), 1544-1570.

Yargıç, İ., Tutkun, H., & Şar, V. (1995). Reliability and validity of the Turkish version of the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, *8*(1), 10-13.

Yates, T. M., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology*, *20*(2), 651-671.

Yavuzer, H. (2019). *Çocuk psikolojisi* (44. bs). Remzi Kitabevi.

Yayla, E. S. (2022). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve otizm spektrum bozukluğu tanılı çocukların ebeveynlerinin tutum farklılığının incelenmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Gelişim Üniversitesi.

Yen, C.-F., Ko, C.-H., Yen, J.-Y., Chang, Y.-P., & Cheng, C.-P. (2009). Multi-dimensional discriminative factors for Internet addiction among adolescents regarding gender and age: Internet addiction in adolescence. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *63*(3), 357-364.

Yen, J.-Y., Yen, C.-F., Chen, C.-C., Chen, S.-H., & Ko, C.-H. (2007). Family factors of ınternet addiction and substance use experience in taiwanese adolescents. *CyberPsychology & Behavior*, *10*(3), 323-329.

Yetkin, & Özgen, F. (2007). Tarihsel bakış içinde depresyon. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*, *3*(47), 1-5.

Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2013). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri* (Genişletilmiş 9.baskı). Seçkin Yayıncılık.

Yurteri Tiryaki, A., & Baran, G. (2017). Bir çocuk istismarı türü olarak "Munchausen by Proxy Sendromu". *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, *6*(123), 107-124.

Yusufoğlu, Ö. Ş., & Kizmaz, Z. (2016). Parçalanmış ailelerde yoksulluğun görünümü: Elazığ örneği. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *26*(1), 209-218.

Zeligman, M., Grossman, L., & Tanzosh, A. (2019). Posttraumatic growth in trauma survivors: meaning making and locus of control. *Journal of Counselor Practice*, *10*(2), 1-21.

Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *The International Journal of Psycho-Analysis*, *37*(4-5), 369-376.

Zhang, T., Chow, A., Wang, L., Dai, Y., & Xiao, Z. (2012). Role of childhood traumatic experience in personality disorders in China. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(6), 829-836.

Zhou, X., Wu, X., & Zhen, R. (2017). Understanding the relationship between social support and posttraumatic stress disorder/posttraumatic growth among adolescents after Ya'an earthquake: The role of emotion regulation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *9*(2), 214-221.

Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vicente, B., Rioseco, P., & Saldivia, S. (2008). Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: Results from a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, *49*(2), 163-169.

Zorlu, A., Unlu, G., Cakaloz, B., Zencir, M., Buber, A., & Isildar, Y. (2020). The prevalence and comorbidity rates of ADHD among school-age children in Turkey. *Journal of Attention Disorders*, *24*(9), 1237-1245.

Zorlu, Z. (2021). *Bipolar Bozukluk Tip I Tanılı Ebeveyn Çocuklarında Psikopatoloji, Travma, Dissosiyasyon Sıklığı ve İlişkisi* [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul Üniversitesi.

Zoroğlu, S. S., Tüzün, Ü., & Öztürk, M. (2000). Çocuk ve ergenlerde dissosiyatif bozukluk: 36 olgunun gözden geçirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *1*(1), 197-206.

Zylowska, L., Ackerman, D. L., Yang, M. H., Futrell, J. L., Horton, N. L., Hale, et. al. (2008). mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: a feasibility Study. *Journal of Attention Disorders*, *11*(6), 737-746.

8. EKLER

8.1. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Çocuğun Adı :…… Cinsiyeti: Kız Erkek

Okulun Adı :…… Yaşı: Sınıfı:

Anne ya da Babanın Adı :…….. Tarih: ------/------

Velinin Telefon Numarası :……

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Olan Çocukların Ailelerinin Modern Psikotravmatoloji ve Psikopatoloji Açısından Değerlendirilmesi – DOKTORA TEZ ÇALIŞMASININ AYDINLATILMIŞ ONAM OLUR FORMU

Sayın katılımcı;

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'nda doktora tezi olarak Prof. Dr. Erdinç Öztürk danışmanlığında Uzm. Psk. Kerem Çetinkaya tarafından yürütülmektedir. Araştırmada dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olan ve olmayan çocukların ailelerinin modern psikotravmatoloji ve psikopatoloji açısından değerlendirilmesi amaçlamaktadır.

Araştırmada size yöneltilecek ölçek ve soru formlarında kimlik bilgileriniz sorulmayacaktır. Sizlerden, formun ve ölçeklerin doldurulması beklenmektedir. Tüm ölçeklerin uygulaması ortalama 60 dakikada tamamlanmaktadır. Ölçekler doldurulduktan sonra bir zarfa konulacak ve sadece araştırmacı tarafından verilerin değerlendirilmesi için kullanılacaktır. Alınan bilgilerle size bir tanı konmayacak veya bir tedavi sunulmayacaktır. Bu veriler ve araştırma sonuçları, toplu olarak bilimsel toplantılarda sunulabilir. Bu çalışma, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda ailelerin ruhsal travmalarının ve çocuk yetiştirme stillerinin etkilerinin belirlenmesi açısından önemlidir.

DEHB Tanısı Olan Çocukların Ebeveynlerinin Modern Psikotravmatoloji ve Psikopatoloji Açısından Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılım, gönüllülük gerektirdiği için araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz veya istediğiniz zaman çekilebilirsiniz. Araştırmaya katılmamak veya araştırmadan çekilmek size bir sorumluluk yüklemeyecektir.

Aydınlatılmış Onam Formu'ndaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama araştırmacı tarafından yapıldı. Bu araştırmaya kendi isteğimle, gönüllü olarak katılıyorum ve soruları cevaplamaya başladıktan sonra istediğim zaman katılmaktan vazgeçebileceğim hakkında bilgilendirildim.

Bana anlatılan bu araştırmaya, herhangi bir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllü Katılımcı	Araştırmacı
Onay	Kerem ÇETİNKAYA
	Uzm. Psk. Dan.

8.2. DEMOGRAFİK VE PSİKOTRAVMATOLOJİ TEMELLİ GÖRÜŞME FORMU

Bu görüşme formundaki bilgiler, yalnızca araştırma doğrultusunda kullanılacaktır. Görüşme formu; kendiniz, anne-babanız, eşiniz ve çocuğunuzla ilgili maddelerin yer aldığı 4 bölümden oluşmaktadır. Soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur, samimi cevap vermeniz araştırmanın hedefine ulaşması noktasında oldukça önemlidir.

Katkılarınız için çok teşekkür ederim.

Kendinizle İlgili Bölüm

1. Yaşınız :
2. Cinsiyeti: ( ) Erkek ( ) Kadın
3. Eğitim Durumunuz :

Okur yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Ön lisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü ( )

4. Mesleğiniz .....
5. Medeni Durumunuz: Evli ( ) Boşanmış ( ) Ayrı Yaşıyor ( ) Diğer (.....)
6. Aylık gelir durumunuz:

5500 TL ve altı ( ) 5500-7500TL ( ) 7501-10000 ( ) 10001-12000 ( ) 12001 TL ve üstü ( )

7. Herhangi bir tıbbi hastalığınız var mı? Yok ( ) Var ( ) (Belirtiniz…….....……)
8. Herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı? Yok ( ) Var ( ) (Belirtiniz…….....……)
9. Psikolojik destek aldınız mı? (evet ise ne kadar süre ve hangi açıdan destek aldınız.)

Hayır ( ) Evet (.....)

10. Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı aldınız mı?

Hayır ( ) Evet (.....)

11. Çocukluk döneminizde fiziksel şiddete maruz kaldınız mı? (Evet ise hangi şiddet türlerine maruz kaldığınızı açıklayınız.)

Hayır ( ) Evet (.....)

12. Çocukluk döneminizde fiziksel şiddete ne kadar maruz kaldınız?

Hiç ( ) Çok az ( ) Az ( ) Fazla ( ) Çok fazla ( )

13. Çocukluk döneminizde duygusal şiddete maruz kaldınız mı? (Evet ise hangi şiddet türlerine maruz kaldığınızı açıklayınız.)

Hayır ( ) Evet (.....)

14. Çocukluk döneminizde duygusal şiddete ne kadar maruz kaldınız?

Hiç ( ) Çok az ( ) Az ( ) Fazla ( ) Çok fazla ( )

15. Çocukluk döneminizde cinsel şiddete maruz kaldınız mı? (Evet ise hangi şiddet türlerine maruz kaldığınızı açıklayınız.)

Hayır ( ) Evet (.....)

16. Çocukluk döneminizde cinsel şiddete ne kadar maruz kaldınız?

Hiç ( ) Çok az ( ) Az ( ) Fazla ( ) Çok fazla ( )

17. Evlilik yaşantınızda eşiniz tarafından fiziksel şiddete maruz kaldınız mı? (Evet ise hangi şiddet türlerine maruz kaldığınızı açıklayınız.)

Hayır ( ) Evet (.....)

18. Evlilik yaşantınızda eşiniz tarafından fiziksel şiddete ne kadar maruz kaldınız?

Hiç ( ) Çok az ( ) Az ( ) Fazla ( ) Çok fazla ( )

19. Evlilik yaşantınızda eşiniz tarafından duygusal şiddete maruz kaldınız mı? (Evet ise hangi şiddet türlerine maruz kaldığınızı açıklayınız.)

Hayır ( ) Evet (.....)

20. Evlilik yaşantınızda eşiniz tarafından duygusal şiddete ne kadar maruz kaldınız?

Hiç ( ) Çok az ( ) Az ( ) Fazla ( ) Çok fazla ( )

21. Evlilik yaşantınızda cinsel şiddete maruz kaldınız mı? (Evet ise hangi şiddet türlerine maruz kaldığınızı açıklayınız.)

Hayır ( ) Evet (.....)

22. Evlilik yaşantınızda cinsel şiddete ne kadar maruz kaldınız?

Hiç ( ) Çok az ( ) Az ( ) Fazla ( ) Çok fazla ( )

23. Çocukluk döneminizde sağlık, eğitim, beslenme, barınma, korunma vb. temel ihtiyaçlarınızın karşılanması sürecinde ebeveynlerinizin ihmalkar davrandığını düşünüyor musunuz? (Düşünüyorsanız, bu ihmalkar tutum ve davranışlar nelerdir? (……...……...)

Hiç ( ) Çok az ( ) Az ( ) Fazla ( ) Çok fazla ( )

24. Çocukluk döneminizde yetersiz ilgi ve şefkat gibi duygusal ihtiyaçlarınızın karşılanmasında ebeveynlerinizin ihmalkar davrandığını düşünüyor musunuz? (Düşünüyorsanız, bu ihmalkar tutum ve davranışlar nelerdir? (……...……...)

Hiç ( ) Çok az ( ) Az ( ) Fazla ( ) Çok fazla ( )

<u>Aşağıdaki maddeleri kullanma sıklığınızı belirtiniz.</u>

25. Sigara: Kullanmıyorum ( ) Günde yarım paketten az ( ) Günde yarım paket ile 1 paket arası ( ) Günde 1 ile 2 paket arası ( ) Günde 2 paketten fazla ( )

26. Alkol: Kullanmıyorum ( ) Her gün ( ) Haftada 1 gün ( ) Ayda 1 gün ( )

27. Madde: Kullanmıyorum ( ) Kullanıyorum ( )

Anne ve Babanızla İlgili Bölüm

28. Anneniz: Sağ ( ) Vefat ( ) Babanız: Sağ ( ) Vefat ( )
29. Annenizin Mesleği: .....
30. Annenizin Eğitim Durumu:

Okur yazar değil ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Ön lisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü ( )

31. Babanızın Mesleği: .....
32. Babanızın Eğitim Durumu :

Okur yazar değil ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Ön lisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü ( )

33. Anne ve Babanızın Evlilik Durumu: Birlikte yaşıyorlar ( ) Ayrı yaşıyorlar ( ) Boşanmış ( ) Diğer ( )
34. Kardeşiniz var mı? Yok ( ) Var ( ) ise kardeş sayısını belirtiniz……..
35. Annenizin herhangi bir tıbbi hastalık geçmişi var mıdır? Yok ( ) Var ( ) (Belirtiniz……)
36. Annenizin herhangi bir psikiyatrik hastalık geçmişi var mıdır? Yok ( ) Var ( ) (Belirtiniz…..……..…)
37. Babanızın herhangi bir tıbbi hastalık geçmişi var mıdır? Yok ( ) Var ( ) (Belirtiniz……)
38. Babanızın herhangi bir psikiyatrik hastalık geçmişi var mıdır? Yok ( ) Var ( ) (Belirtiniz……)

Annenizin aşağıdaki maddeleri kullanma sıklığını belirtiniz.

39. Sigara: Kullanmıyorum ( ) Günde yarım paketten az ( ) Günde yarım paket ile 1 paket arası ( ) Günde 1 ile 2 paket arası ( ) Günde 2 paketten fazla ( )
40. Alkol: Kullanmıyor ( ) Her gün ( ) Haftada 1 gün ( ) Ayda 1 gün ( )
41. Madde: Kullanmıyor ( ) Kullanıyor ( )

Babanızın aşağıdaki maddeleri kullanma sıklığını belirtiniz.

42. Sigara: Kullanmıyorum ( ) Günde yarım paketten az ( ) Günde yarım paket ile 1 paket arası ( ) Günde 1 ile 2 paket arası ( ) Günde 2 paketten fazla ( )

43. Alkol: Kullanmıyor ( ) Her gün ( ) Haftada 1 gün ( ) Ayda 1 gün ( )

44. Madde: Kullanmıyor ( ) Kullanıyor ( )

Eşinizle İlgili Bölüm

45. Eğitim Durumu :

Okur yaza değil ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Ön lisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü ( )

46. Mesleği .....

47. Herhangi bir tıbbi hastalığı var mı? Yok ( ) Var ( ) (Belirtiniz……)

48. Herhangi bir psikiyatrik hastalığı var mı? Yok ( ) Var ( ) (Belirtiniz……)

Eşinizin aşağıdaki maddeleri kullanma sıklığını belirtiniz.

49. Sigara: Kullanmıyorum ( ) Günde yarım paketten az ( ) Günde yarım paket ile 1 paket arası ( ) Günde 1 ile 2 paket arası ( ) Günde 2 paketten fazla ( )

50. Alkol: Kullanmıyor ( ) Her gün ( ) Haftada 1 gün ( ) Ayda 1 gün ( )

51. Madde: Kullanmıyor ( ) Kullanıyor ( )

Çocuğunuzla İlgili Bölüm

52. Yaşı: .....

53. Cinsiyeti: ( ) Erkek ( )Kız

54. Herhangi bir tıbbi hastalığı var mı? Yok ( ) Var ( ) (Belirtiniz…….....……)

55. Çocuğunuzun psikolojik/psikiyatrik bir sorunu var mı, varsa ne olduğunu ve başlangıç zamanını yazınız? ……
56. Bu sorunuyla ilgili psikiyatrik ilaç kullanıyorsa adı ve kullandığı süreyi belirtiniz……..…….
57. Bebeklik döneminde iştahı: Çok az ( ) Az ( ) Normal ( ) İyi ( ) Çok iyi ( )
58. Bebeklik döneminde çocuğunuzu beslerken onu zorladınız mı ya da yemek konusunda ısrarcı oldunuz mu? Evet ( ) Hayır ( )
59. Bebeklik döneminde uyku kalitesi nasıldı?

Çok kötüydü ( ) Kötüydü ( ) Normaldi ( ) İyiydi ( ) Çok iyiydi ( )

60. Bebeklik döneminde çocuğa bakım veren kişileri işaretleyiniz. (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

Anne-Baba ( ) Dede-Nene ( ) Akraba ( ) Bakıcı ( ) Diğer .....

61. Çocuğunuzu yetiştirirken eşinizle tutarsızlık/çatışma yaşar mısınız?

Hiç ( ) Çok az ( ) Az ( ) Fazla ( ) Çok fazla ( )

62. Çocuğunuzu duygusal olarak ihmal ettiğiniz olur mu?

Hiç ( ) Nadiren ( ) Bazen ( ) Sık sık ( ) Her zaman ( )

63. Çocuğunuzu yetiştirirken sizin ya da eşinizin şiddete başvurduğu olur mu?

Hiç ( ) Çok az ( ) Az ( ) Fazla ( ) Çok fazla ( )

64. Çocuk yetiştirme stilleriniz göz önünde bulundurduğunuzda, aşağıda belirtilen ebeveynlik tutumlarından size yakın olanı işaretleyiniz?

( ) Demokratik tutum (Çocuğumdan olgun davranışlar bekler, gerekli olduğunda kurallara uymasını isterim ve aynı zamanda aile içinde verilecek olan kararlarda onun görüşlerini alırım.)

( ) Otoriter Tutum (Koyduğum kurallara çocuğumun koşulsuz uymasını beklerim, eğer kurallara uymaz ise ceza uygularım.)

( ) İzin Verici Tutum (Çocuğuma istediği kadar özgürlük verir, onu sınırlandırmam ve oldukça müsamahakar davranırım.)

( ) Koruyucu ve Müdahale Edici Tutum (Çocuğumun yapabileceği şeyleri onun başına bir şey gelmesinden endişelendiğim için genelde kendim yaparım, kendisi yapmak isterse de müdahale ederim.)

65. Aile içi iletişim sürecinde kendi karakteristiklerinizi istediğiniz gibi yansıtabiliyor musunuz?

Hiç ( ) Nadiren ( ) Bazen ( ) Sık sık ( ) Her zaman ( )

66. Çocuğunuz için evde mutsuz olduğunuz halde mutluymuş gibi davranır mısınız?

Hiç ( ) Nadiren ( ) Bazen ( ) Sık sık ( ) Her zaman ( )

67. Çocuğunuza söylediğiniz bir şeyi pişmanlık duyup değiştirdiğiniz olur mu?

Hiç ( ) Nadiren ( ) Bazen ( ) Sık sık ( ) Her zaman ( )

68. Çocuğunuza yapma dediğiniz bir şeyi daha sonra yapması için izin verdiğiniz olur mu?

Hiç ( ) Nadiren ( ) Bazen ( ) Sık sık ( ) Her zaman ( )

8.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMA ÖLÇEĞİ

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz.

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Kimi Zaman	Sık Olarak	Çok Sık
Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde	1	2	3	4	5
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	1	2	3	4	5
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
3. Ailemdekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4. Annem ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı	1	2	3	4	5
6. Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım	1	2	3	4	5
7. Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8. Annem ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim birşey yoktu.	1	2	3	4	5
11. Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5

12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13. Ailemdekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14. Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
16. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27.Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış ,olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

8.4. DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ

Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 28 sorudan meydana gelmektedir. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Yanıt verirken, alkol ya da ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları değerlendirmeye katmayınız. Lütfen her soruda, anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz ve uygun olan rakamı daire içine alınız.

Örnek: %0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

SORULAR

1. Bazı insanlar, yolculuk yaparken yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

3.Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

4.Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

5.Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında, satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar.Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

6.Bazı insanlar, zaman zaman, yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

7.Bazı insanlar, zaman zaman, kendilerinin yanıbaşında duruyor ya da kendilerinibirşey yaparken seyrediyor ve sanki kendi kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

8.Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

9.Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (örneğin nikah ya da mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını fark ederler. Yaşamınızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne oranda olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

10.Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından, yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

11.Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

12.Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

13.Bazı insanlar, kimi zaman vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

14.Bazı insanlar, zaman zaman geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki o olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

15.Bazı insanlar kimi zaman, olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

16.Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

17.Bazı insanlar, televizyon ya da film seyrederken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki çevrelerinde olan bitenin farkına varamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

18. Bazı insanlar kimi zaman kendilerini, kafalarında kurdukları bir fantezi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar gerçekten başlarından geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

19.Bazı insanlar, ağrı hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiçbir şey düşünmeden ve zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

21.Bazı insanlar, yalnız olduklarında, zaman zaman sesli olarak kendi kendilerine konuştuklarını farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

22.Bazı insanlar kimi zaman iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki farklı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çektikleri bir şeyi (örneğin spor türleri, iş, sosyal ortamlar vb.) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

24. Bazı insanlar, zaman zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akılarından geçirmiş mi olduklarını (örneğin bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmayı düşündüğünü mü) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

25.Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

26.Bazı insanlar, zaman zaman eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

27. Bazı insanlar, zaman zaman kafalarının içerisinde, belli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerine yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

28.Bazı insanlar, zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

8.5. KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra, o belirtinin sizde bugün dahil, son bir haftadır ne kadar var olduğunu yandaki bölmede uygun olan yere işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyiniz. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı siliniz.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendiriniz:

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0. Hiç yok 1. Biraz var 2. Orta derecede var 3. Epey var 4. Çok fazla var

Aşağıdaki belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

	Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?	Hiç Yok	Biraz	Orta	Epey	Çok Fazla
1	İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2	Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4	Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5	Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6	Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7	Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8	Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9	Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4
10	İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11	İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12	Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14	Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
15	İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4

16	Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17	Hüzünlü, kederli hissetmek	0	1	2	3	4
18	Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
19	Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4
20	Kolayca incinebilmek, kırılmak	0	1	2	3	4
21	İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4
22	Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	0	1	2	3	4
23	Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24	Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
25	Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26	Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27	Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
28	Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
29	Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30	Sıcak, soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31	Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32	Kafanızın “bomboş” kalması	0	1	2	3	4
33	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34	Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35	Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36	Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük / zorlanmak	0	1	2	3	4
37	Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38	Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40	Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41	Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42	Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43	Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44	Başka bir insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45	Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46	Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4

47	Yalnız bırakıldığında / kalındığında sinirlilik hissetmek	0	1	2	3	4
48	Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49	Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50	Kendini değersiz görmek / değersizlik duyguları	0	1	2	3	4
51	Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52	Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53	Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

8.6. YETİŞKİN ERGEN EBEVEYN TUTUMLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, anne-babalık tutumları ve onların çocuk yetiştirme stillerine ilişkin maddelerden oluşmaktadır. Görüşlerinizi belirtirken dikkat edilmesi beklenilen kısımlara ilişkin; Hiçbir maddeyi atlamadan cevaplayınız. Her bir madde için yalnızca bir seçeneğe işaret koyunuz. Maddelerin hiçbiri için doğru ya da yanlış cevap bulunmamakta olup her biri sizin kendi düşüncelerinizi içermektedir. Maddelerin her birine olabildiğince hızlı ve aklınıza gelen, sizin için uygun olduğunu düşündüğünüz ilk cevabı veriniz. Maddelere vereceğiniz cevapların gerçekçi oluşu çalışmaya katkı sunması bakımından oldukça önemlidir. Cevaplarınız gizli tutulacak, paylaşılmayacaktır.

	Kesinlikle Katılıyorum	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle katılmıyorum**
1. Çocukların kendi dünyalarını güven içerisinde keşfedebilmeleri için özgür bırakılmaya ihtiyaçları vardır.	1	2	3	4	5
2. Mola tekniği (yaptığını fark etmesi, düşünmesi için ortamdan uzaklaştırma) çocukların disiplinini sağlamada etkili bir yoldur.	1	2	3	4	5
3. Bir yaşındaki çocuklar kendilerini zarar verici şeylerden koruyabilmelidir.	1	2	3	4	5
4. İnatçı çocuklara anne-babalarının sözünü dinlemeleri gerektiği öğretilmelidir.	1	2	3	4	5
5. Çocuklar, kendi başına yemek yemeyi, giyinmeyi ve tuvalete gitmeyi ne kadar erken yaşta öğrenirlerse o kadar iyi yetişkin olurlar.	1	2	3	4	5
6. Hafifçe vurmak, çocuklara doğru ile yanlışı ayırt etmeyi öğretir.	1	2	3	4	5
7. Bebeklerin annelerinin ihtiyaçlarına karşı düşünceli olmayı öğrenmesi gerekir.	1	2	3	4	5
8. Katı bir disiplin, çocukları yetiştirmede en etkili yoldur.	1	2	3	4	5
9. Kendilerini yetiştiren/eğiten anne-babalar, daha iyi anne-babalık yaparlar.	1	2	3	4	5

10. Çocuklar kendilerine vurulmadan da uygun disiplini öğrenebilir.	1	2	3	4	5
11. Anne-babalarını memnun etmek çocukların da sorumluluğundadır.	1	2	3	4	5
12. İyi çocuklar anne-babalarının sözünü her zaman dinler.	1	2	3	4	5
13. Babanın yokluğunda, erkek çocuğun evin sorumluluğunu üstlenmesi gerekir.	1	2	3	4	5
14. İşe yarayan bir dayaktan kimseye zarar gelmez.	1	2	3	4	5
15. Anne-babaların çocuklarını daha iyiyi yapması için zorlaması gerekir.	1	2	3	4	5
16. Çocuklar duygularını kendilerine saklamalıdır.	1	2	3	4	5
17. Çocuklar, yorucu bir iş gününün ardından anne-babalarının rahatlayabileceği yolların farkında olmalıdır.	1	2	3	4	5
18. Çocuklar saygıyı katı bir disiplin yoluyla öğrenirler.	1	2	3	4	5
19. Çocuğa sevgiyle vurmak, kızgınlıkla vurmaktan farklıdır.	1	2	3	4	5
20. İyi bir çocuk gece boyunca uyur.	1	2	3	4	5
21. Çocuklara tuvalet eğitimi hazır olduklarında verilmelidir, öncesinde değil.	1	2	3	4	5
22. Çocukların anne-babalarına saygı duymaları için bir miktar korku gereklidir.	1	2	3	4	5
23. Çocuğa vurmak, ona başkalarına vurmanın normal olduğunu öğretir.	1	2	3	4	5
24. Kendini güvende hisseden çocuklar genellikle çok fazla beklentiyle büyürler.	1	2	3	4	5
25. İnatçı yapıdaki iki yaş çocuğundan daha kötü bir şey olamaz.	1	2	3	4	5
26. Çocuğa vurmak, bazen işe yarayan tek şeydir.	1	2	3	4	5
27. Övülen çocuklar kendilerini daha çok düşünürler.	1	2	3	4	5
28. Çocuklar kendilerine bir şey söylendiğinde, söyleneni yapmalıdır, bu kadar basit.	1	2	3	4	5
29. Çocuklara anne-babalarının sözünü her zaman dinlemeleri gerektiği öğretilmelidir.	1	2	3	4	5
30. Çocuklar, anne-babalarının neye ihtiyacı olduğunu kendilerine söylenilmeden anlayabilmelidir.	1	2	3	4	5

31.Çocuklar anne-babalarının iyi hissetmelerinden sorumlu olmalıdır.	1	2	3	4	5
32. Son çare olarak çocuğa vurulabilir.	1	2	3	4	5
33. Anne-babalar sırlarını çocuklarıyla paylaşabilmelidir.	1	2	3	4	5
34. Çocuklarını kendileriyle konuşmaya teşvik eden anne-babaların duydukları şey yalnızca şikâyet olur.	1	2	3	4	5
35. Çocukların vurulmaya değil, disipline ihtiyaçları vardır.	1	2	3	4	5
36. Çocuğun arada bir anne-babasının yatağında uyumasına izin vermek kötü bir fikirdir.	1	2	3	4	5
37. Etkili bir dayak çocukların anne-babalarını ciddiye almalarını sağlar.	1	2	3	4	5
38. İyi bir çocuk, anne babası tartıştıktan sonra onları sakinleştirir.	1	2	3	4	5
39. “Çünkü ben öyle istiyorum” anne-babaların çocuklarına vermesi gereken tek gerekçedir.	1	2	3	4	5
40. Çocuklar anne-babalarının en iyi arkadaşları olmalıdır.	1	2	3	4	5

8.7. TRAVMA SONRASI BÜYÜME ENVANTERİ

Sizden öğrenmek istediğimiz, yaşamınızda önemli yer tutan travmatik yaşam olaylarının, hayatınızda ne ölçüde pozitif değişikliklere sebep olduğudur. Geçmişte yaşadığınız krizden/krizlerden sonra yaşamınızda ve düşüncelerinizde meydana gelen değişimleri lütfen aşağıda verilen puanlama ölçütlerine göre 0 ve 5 arasında değerlendiriniz

0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi hiçbir şekilde yaşamadım.	Çok az bir düzeyde	Bir miktar	Orta düzeyde	Oldukça fazla	Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi çok büyük ölçüde yaşadım

1. Yaşamda önem verdiğim şeylerin öncelik sırası değişti.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2. Kendi hayatıma verdiğim değerde büyük bir artış oldu.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3. Yeni ilgi alanları keşfettim.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4. Kendime güven hissinde artış oldu.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5. Manevi konuları daha iyi anlamaya başladım.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6. Başım sıkıştığında insanlara güvenebileceğimi daha iyi anladım	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7. Yaşamım için yeni bir yön belirledim.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8. Kendimi diğer insanlarla çok daha yakın hissetmeye başladım.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9. Duygularımı ifade etmeye daha çok istekliyim.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
10. Zorlukları göğüsleyebileceğimi daha iyi anladım.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11. Yaşamımda daha iyi şeyler yapabiliyorum.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
12. Her şeyi olduğu gibi daha çok kabullenebiliyorum.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
13. Her günümü daha iyi değerlendirebiliyorum.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
14. Daha önce var olmayan yeni olanaklara kavuştum.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
15. Diğer insanlara karşı daha şefkatliyim.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
16. İlişkilerime daha çok emek sarf etmeye başladım	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
17. Değişmesi gereken şeyleri değiştirebilmek için daha çok çaba harcıyorum.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
18. Daha güçlü bir inanca sahibim.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
19. Düşündüğümden çok daha güçlü olduğumu keşfettim.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
20. İnsanların ne kadar mükemmel olabildiklerine dair çok şey öğrendim.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
21. Başkalarına ihtiyaç duyuyor olmayı daha çok kabullendim.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

8.8. YENİLENMİŞ CONNERS ANABABA DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ KISA FORMU

Yönerge: Aşağıda çocukların yaşadıkları yaygın pek çok sorun vardır. Lütfen her bir maddeyi, çocuğunuzun son bir ay içerisindeki davranışlarına göre derecelendiriniz. Her bir madde için kendinize 'Son bir ay içinde bu sorunun ne kadar görüldüğü' sorusunu sorunuz ve her madde için en uygun yanıtı yuvarlak içine alınız. Eğer o davranış hiçbir zaman görülmüyorsa ya da çok seyrek, nadiren görülüyorsa 0'ı işaretleyiniz. Eğer çok sık görülüyorsa 3 ü işaretleyiniz. Bu ikisi arasında kalan derecelendirmeler için 1'i ya da 2'yi işaretleyiniz. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

Hiç doğru değil	Biraz Doğru	Oldukça doğru	Çok doğru

1	Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
2	Öfkeli ve alıngandır.	0	1	2	3
3	Ev ödevlerini yapmada ya da tamamlamada güçlük çeker	0	1	2	3
4	Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder	0	1	2	3
5	Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
6	Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
7	Ürkektir, kolayca korkar	0	1	2	3
8	Ödevlerini tamamlamayı başaramaz.	0	1	2	3
9	Çarşıda ya da marketlerde alışveriş sırasında kontrolü zordur.	0	1	2	3
10	Evde ya da okulda dağınık ya da düzensizdir.	0	1	2	3
11	Hiddetlenir.	0	1	2	3
12	Ödevlerini yaparken yakından denetlenmesi gerekir.	0	1	2	3
13	Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir	0	1	2	3
14	Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
15	Dikkatinin dağınıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
16	Sinirlidir.	0	1	2	3
17	Uzun süreli zihinsel çaba göstermeyi gerektiren görevlerden kaçınır, isteksizlik gösterir ya da yapmakta zorlanır	0	1	2	3
18	Kıpır kıpırdır, huzursuzdur	0	1	2	3
19	Bir şey yapması için yönergeler verildiğinde dikkati dağılır.	0	1	2	3
20	Yetişkinlerin isteklerine açıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder	0	1	2	3

21	Sınıfta dikkatini toplamada sorunu vardır	0	1	2	3
22	Sırada beklemekte ya da oyunlarda ve grup etkinliklerinde sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlüğü vardır.	0	1	2	3
23	Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar.	0	1	2	3
24	Başkalarını kızdıran şeyleri kasıtlı olarak yapar	0	1	2	3
25	Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını, günlük ev işlerini ya da iş yerindeki görevlerini bitiremez (karşı gelme davranışından ya da yönergeleri anlamadığından değil).	0	1	2	3
26	Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker	0	1	2	3
27	Çabalamaktan çabuk vazgeçer	0	1	2	3

8.9. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU (ANNE FORMU)

ÇOCUK İLE İLGİLİ SORULAR

1. Çocuğunuzun bebeklik dönemini (0-3 Yaş) ve yakın geçmişi hatırladığınızda bu dönemlerle ilgili neler aklınıza gelmektedir?

a.1 Bebeği ilk kucağınıza aldığınızda neler hissetmiştiniz?

a.2. Bebeğe ve anneliğe alışmak bir zaman alabilir, sizin bu süreciniz nasıl geçmişti?

a.3. Eşinizin bebeğe alışma süreci nasıl geçti?

a.4. Çocuğunuz, bebeklik döneminde ne gibi zorluklar veya sıkıntılar yaşadı? (ekonomi-şiddet-hastalık vb.)

a.5. Çocuğunuzun yaşadığı olumsuz büyük olaylardan (travmatik deneyimlerden) bahseder misiniz? (Kaza veya ölüm tehlikesi yaşamak, birinin ölümüne veya yaralanmasına tanık olma, doğal afet yaşamak vb.)

a.6. Bebeklik döneminde çocuğunuzun hangi davranışları sizi zorlamıştı? (Yeme-uyku-tuvalet-hareketlilik-sakarlık vb.)

a.7. Çocuğunuzun size karşı tavırları nasıldı? (Söz dinleme-karşı gelme-vurma-bağırma vb.)

a.7.1. Bebeklik döneminde nasıldı?

a.7.2. Çocukluk döneminde nasıldır?

a.8. Çocuğunuzun eşinize karşı tavırları nasıldı? (Söz dinleme-karşı gelme-vurma-bağırma vb.)

a.8.1. Bebeklik döneminde nasıldı?

a.8.2. Çocukluk döneminde nasıldır?

EŞ İLE İLGİLİ SORULAR

1.Eşinizin hayatını şöyle bir düşündüğünüzde, nasıl zorluklar yaşamıştır?

a. Çocukluk dönemi nasıl geçmiştir?

a.1. Çocukluk döneminde ne gibi zorluklar, sıkıntılar yaşamıştır? (ekonomi-şiddet-hastalık vb.)

a.1.1. Eşinizin çocukluğunda yaşadığı olumsuz büyük bir olay var mıdır? Kaza ölüm tehlikesi, birinin ölümüne, yaralanmasına tanık olma, doğal afet vb.

a.2. Çocukluk döneminde aile ilişkileri nasıldır?

a.2.1. Eşinizin annesinin eşinizi yetiştirirken yaptığı davranışları hakkındaki değerlendirmeleriniz nasıldır? (doğru bulunanlar - yanlış bulunanlar)

a.2.2. Eşinizin babasının eşinizi yetiştirirken yaptığı davranışları hakkındaki değerlendirmeleriniz nasıldır? (doğru bulunanlar - yanlış bulunanlar)

- Yani eşinizin annesini ve babasını düşündüğünüzde eşinizi hangi tutumlarla yetiştirmişlerdir? (İhmalkar mı, şımarık mı, sert-kuralcı mı ya da dengeli mi?)

b. Yetişkinlik dönemi nasıldır?

b.1. Yetişkinlik döneminde ne gibi zorluklar, sıkıntılar yaşamıştır?

b.1.1 Ekonomik sıkıntı yaşamış mıdır, şiddete maruz kalmış mıdır, kendisi ya da yakını hastalık yaşamış mıdır?

b.1.2. Eşinizin yetişkinliğinde yaşadığı olumsuz büyük bir olay var mıdır? (Kaza, ölüm tehlikesi, birinin ölümüne, yaralanmasına tanık olma, doğal afet vb.)

2. Eşiniz aile içinde nasıldır?

a. Eşinizin bir baba olarak çocuğunuzu yetiştirirken yaptığı davranışlar hakkında neler düşünüyorsunuz yani ***nasıl bir babadır?***

a.1. Çocuğunuzun bir gücü olsaydı, babasının kendisine yönelik davranışlarından hangilerini değiştirmek isterdi? (ihmal-baskı-şiddet- kuralcı- ilgi- şımarık)

a.2. Çocuğunuzun bebeklik dönemini düşünün bu süreçte çocuğunuza karşı eşinizin davranışları nasıldı?

a.3. Eşiniz çocuğunuzun nasıl davranmasını bekler? (Bu beklentiyi nasıl takip eder?)

b. Eşinizin bir eş olarak davranışları değerlendirir misiniz, nasıl bir eştir? (Tutarlılık sorgulanabilir)

b.1. Hamilelik dönemini düşünün, o süreçte eşinizin size karşı davranışları nasıldı (olay-şiddet vb)

b.2. Bebeklik dönemi ebeveynler için yorucu ve zor bir dönemdir. Bu dönemi düşündüğünüzde eşinizin size karşı davranışları nasıldı? (destek verici mi – değil mi?)

b.3. Eşinizin size karşı olan davranışlarını değiştirme gücünüz olsaydı, neleri değiştirirdiniz? (aynı)

KATILIMCININ KENDİSİ İLE İLGİLİ SORULAR

1. Hayatınızı şöyle bir düşündüğünüzde, nasıl zorluklar yaşadınız?

a. Çocukluk döneminiz nasıl geçmişti?

a.1. Çocukluk döneminde ne gibi zorluklar, sıkıntılar yaşadınız? (ekonomi-şiddet-hastalık vb.)

a.1.1. Çocukluğunuzda yaşadığınız olumsuz büyük olaylardan bahseder misiniz? (Kaza ölüm tehlikesi, birinin ölümüne, yaralanmasına tanık olma, doğal afet vb.)

a.2. Çocukluk döneminde aile üyeleriyle ilişkileriniz nasıldı?

a.2.1. Annenizin size nasıl davranmasını isterdiniz? (doğru bulunanlar - yanlış bulunanlar)

a.2.2. Babanızın size nasıl davranmasını isterdiniz? (doğru bulunanlar - yanlış bulunanlar)

- Yani anne ve babanız sizi hangi tutumlarla yetiştirmişlerdir?

b. Yetişkinlik döneminiz nasıldır?

b.1. Yetişkinlik döneminde ne gibi zorluklar, sıkıntılar yaşadınız, yaşıyorsunuz? (Hastalık-ekonomi vb

b.1.1. Yetişkinlikte yaşadığınız olumsuz olaylardan var mıdır? (Kaza, ölüm tehlikesi, birinin ölümüne, yaralanmasına tanık olma, doğal afet vb.)

b.1.2. Şiddet çok farklı şekillerde görülebilmektedir. Yani …… gibi. Siz de şiddeti geniş anlamda düşündüğünüzde ev içinde bu duruma maruz kaldığınız olmuş mudur?

c. Hamilelik döneminiz nasıl geçmişti? (Lohusalık Dönemi de Sorgulanabilir)

c.1.1. Hamilelik döneminizde sizin eşinize karşı tutumlarınız nasıldı? (Fiziksel-Duygusal-Cinsel)

c.1.2. Peki genel olarak tüm hamilelik sürecinizi düşündüğünüzde, fiziksel ve ruhsal durumunuz hakkında neler söylersiniz?

c.1.3. Hamilelik döneminde bebeğinizle ilgili düşünceleriniz nasıldı?

2. Aile İçindeki Davranışlarınızdan bahseder misiniz?

a. Bir anne olarak çocuğunuzu yetiştirme şeklinizi nasıl değerlendiriyorsunuz? (doğru bulunanlar - yanlış bulunanlar)

a.1. Çocuğunuzun bir gücü olsaydı, sizin davranışlarınızdan hangilerini değiştirmek isterdi? (ihmal-baskı-şiddet- kuralcı- ilgi- şımarık)

a.2. Çocuğunuzun bebeklik dönemini düşünün bu süreçte çocuğunuza karşı davranışlarınız nasıldı?

a.3. Çocuğunuzun nasıl davranmasını beklersiniz? (Bu beklentiyi nasıl takip eder?)

b. Eşinize karşı olan tutum ve davranışlarınızı değerlendirdiğinizde neler söylersiniz? (Tutarlılık sorgulanabilir)

b.1. Çocuk yetiştirme konusunda eşinizi hangi konularda eleştirirsiniz?

b.2. Bebeklik dönemi ebeveynler için yorucu ve zor bir dönemdir. Bu dönemi düşündüğünüzde eşinizle ilişkiniz nasıldı? (destek verici mi – değil mi?)

b.3. Eşinize yönelik davranışlarınızdan hangilerini değiştirmek isterdiniz? (aynı)

8.10. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU (BABA FORMU)

ÇOCUK İLE İLGİLİ SORULAR

2. Çocuğunuzun bebeklik dönemini (0-3 Yaş) ve yakın geçmişi hatırladığınızda bu dönemlerle ilgili olarak aklınıza neler gelmektedir?

a.1 Bebeği ilk kucağınıza aldığınızda neler hissetmiştiniz?

a.2. Bebeğe ve babalığa alışmak bir zaman alabilir, sizin bu süreciniz nasıl geçmişti?

a.3. Eşinizin bebeğe alışma süreci nasıl geçmişti?

a.4. Çocuğunuz bebeklik döneminde ne gibi zorluklar (travmatik deneyimler) sıkıntılar yaşadı? (ekonomi-şiddet-hastalık vb.)

a.5. Çocukluğunuzun yaşadığı olumsuz büyük olaylardan bahseder misiniz? (Kaza veya ölüm tehlikesi yaşamak, birinin ölümüne veya yaralanmasına tanık olmak, doğal afet yaşamak vb.)

a.6. Bebeklik döneminde çocuğunuzun hangi davranışları sizi zorlamıştı? (Yeme-uyku-tuvalet-hareketlilik-sakarlık vb.)

a.7. Çocuğunuzun size karşı tavırları nasıldır? (Söz dinleme-karşı gelme-vurma-bağırma vb.)

a.7.1. Bebeklik döneminde nasıldı?

a.7.2. Çocukluk döneminde nasıldır?

a.8. Çocuğunuzun eşinize karşı tavırları nasıldır? (Söz dinleme-karşı gelme-vurma-bağırma vb.)

a.8.1. Bebeklik döneminde nasıldı?

a.8.2. Çocukluk döneminde nasıldır?

EŞ İLE İLGİLİ SORULAR

3.Eşinizin hayatını düşündüğünüzde, nasıl zorluklar yaşadığını söyleyebilirsiniz?

a. Çocukluk dönemi nasıl geçmiştir?

a.1. Çocukluk döneminde ne gibi zorluklar, sıkıntılar yaşamıştır? (ekonomi-şiddet-hastalık vb.)

a.1.1. Eşinizin çocukluğunda yaşadığı olumsuz büyük bir olay var mıdır? Kaza veya ölüm tehlikesi yaşamak, birinin ölümüne veya yaralanmasına tanık olmak, doğal afet yaşamak vb.)

a.2. Çocukluk döneminde aile ilişkileri nasıldır?

a.2.1. Eşinizin annesinin eşinizi yetiştirirken yaptığı davranışları hakkındaki değerlendirmeleriniz nasıldır? (doğru bulunanlar - yanlış bulunanlar)

a.2.2. Eşinizin babasının eşinizi yetiştirirken yaptığı davranışları hakkındaki değerlendirmeleriniz nasıldır? (doğru bulunanlar - yanlış bulunanlar)

- Yani eşinizin annesini ve babasını düşündüğünüzde eşinizi hangi tutumlarla yetiştirmişlerdir?

b. Yetişkinlik dönemi nasıldır?

b.1. Yetişkinlik döneminde ne gibi zorluklar, sıkıntılar yaşamıştır?

b.1.1 Ekonomik sıkıntı yaşamış mıdır, şiddete maruz kalmış mıdır, kendisi ya da yakını hastalık yaşamış mıdır?

b.1.2. Eşinizin yetişkinliğinde yaşadığı olumsuz büyük bir olay var mıdır? (Kaza, ölüm tehlikesi, birinin ölümüne, yaralanmasına tanık olma, doğal afet vb.)

4. Eşiniz aile içinde nasıldır?

c. Eşinizin bir anne olarak çocuğunuzu yetiştirirken yaptığı davranışlar hakkında neler düşünüyorsunuz yani ***nasıl bir annedir?***

a.1. Çocuğunuzun bir gücü olsaydı, annesinin kendisine yönelik davranışlarından hangilerini değiştirmek isterdi? (ihmal-baskı-şiddet- kuralcı- ilgi- şımarık)

a.2. Çocuğunuzun bebeklik dönemini düşünün bu süreçte çocuğunuza karşı eşinizin davranışları nasıldı?

a.3. Eşiniz, çocuğunuzun nasıl davranmasını bekler? (Bu beklentiyi nasıl takip eder?)

d. Eşinizin bir eş olarak davranışları değerlendirir misiniz, nasıl bir eştir?

b.1. Eşinizin hamilelik dönemini düşündüğünüzde, fiziksel ve ruhsal durumu hakkında neler söylersiniz?

b.2. Eşinizin hamilelik dönemini düşünün, o süreçte eşinizin evde size karşı davranışları nasıldı (olay-şiddet vb)

b.3. Bebeklik dönemi ebeveynler için yorucu ve zor bir dönemdir. Bu dönemi düşündüğünüzde eşinizin size karşı davranışları nasıldı? (işbirliği mi- çatışma mı?)

b.4. Eşinizin size karşı olan davranışlarını değiştirme gücünüz olsaydı, neleri değiştirirdiniz?

KATILIMCININ KENDİSİ İLE İLGİLİ SORULAR

1. Hayatınızı şöyle bir düşündüğünüzde, nasıl zorluklar yaşadınız?

a. Çocukluk döneminiz nasıl geçmişti?

a.1. Çocukluk döneminde ne gibi zorluklar, sıkıntılar yaşadınız? (ekonomi-şiddet-hastalık vb.)

a.1.1. Çocukluğunuzda yaşadığınız olumsuz büyük olaylardan bahseder misiniz? (Kaza ölüm tehlikesi, birinin ölümüne, yaralanmasına tanık olma, doğal afet vb.)

a.2. Çocukluk döneminde aile üyeleriyle ilişkileriniz nasıldı?

a.2.1. Annenizin size nasıl davranmasını isterdiniz? (doğru bulunanlar - yanlış bulunanlar)

a.2.2. Babanızın size nasıl davranmasını isterdiniz? (doğru bulunanlar - yanlış bulunanlar)

- Yani anne ve babanız sizi hangi tutumlarla yetiştirmişlerdir?

b. Yetişkinlik döneminiz nasıldır?

b.1. Yetişkinlik döneminde ne gibi zorluklar, sıkıntılar yaşadınız, yaşıyorsunuz? (Hastalık-ekonomi vb

b.1.1. Yetişkinlikte yaşadığınız olumsuz olaylardan var mıdır? (Kaza, ölüm tehlikesi, birinin ölümüne, yaralanmasına tanık olma, doğal afet vb.)

b.1.2. Şiddet çok farklı şekillerde görülebilmektedir. Yani …… gibi. Siz de şiddeti geniş anlamda düşündüğünüzde ev içinde bu duruma maruz kaldığınız olmuş mudur?

2. Aile İçindeki Davranışlarınızdan Bahseder misiniz?

c. Bir baba olarak çocuğunuzu yetiştirme şeklinizi nasıl değerlendiriyorsunuz? (doğru bulunanlar - yanlış bulunanlar)

a.1. Çocuğunuzun bir gücü olsaydı, sizin davranışlarınızdan hangilerini değiştirmek isterdi? (ihmal-baskı-şiddet- kuralcı- ilgi- şımarık)

a.2. Çocuğunuzun bebeklik dönemini düşünün bu süreçte çocuğunuza karşı davranışlarınız nasıldı?

a.3. Çocuğunuzun nasıl davranmasını beklersiniz? (Bu beklentiyi nasıl takip eder?)

d. Eşinize karşı olan tutum ve davranışlarınızı değerlendirdiğinizde neler söylersiniz? (Tutarlılık sorgulanabilir)

b.1. Çocuk yetiştirme konusunda eşinize hangi tür eleştirilerde bulunursunuz?

b.2. Eşinizin hamilelik dönemini düşünün, o süreçte eşinize karşı davranışlarınız nasıldı (O dönemde aile içi çatışmalar yaşanmış mıydı? (Boşanma konuşmaları - şiddet vb)

b.3. Bebeklik dönemi ebeveynler için yorucu ve zor bir dönemdir. Bu dönemi düşündüğünüzde eşinize karşı davranışlarınız nasıldı? (destek verici mi – değil mi?)

b.4. Eşinize yönelik davranışlarınızdan hangilerini değiştirmek isterdiniz?

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Uzm. Psk. Dan. Kerem ÇETİNKAYA

Eğitimi

2015-2018: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji (Yüksek Lisans)

2008-2012: Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü Rehberlik ve Psikolojik Danışma Ana Bilim Dalı (Lisans)

Yabancı Diller

İngilizce

Mesleki Deneyim

Ekim 2023-: Milli Savunma Üniversitesi-Deniz Harp Okulu Dekanlığı Rehberlik ve Psikolojik Danışma Kısım Amiri

Ekim 2020-: Milli Savunma Üniversitesi-Deniz Harp Okulu Dekanlığı Eğitim Bilimleri Bölüm Başkanı

Temmuz 2019-: Milli Savunma Üniversitesi-Deniz Harp Okulu Dekanlığı Eğitim Bilimleri Bölümü (Öğretim Görevlisi)

Ağustos 2014 – Ağustos 2015: 2. Hudut Tb. Sağlık Asteğmen (Yd. Sb. Psk. Danışman)

Eylül 2012-Temmuz 2019: Milli Eğitim Bakanlığı (Psikolojik Danışman)

Üyesi Olunan Mesleki Kuruluşlar

Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği (Türk PDR Derneği)

Yapılan Tezler

Yüksek Lisans, "*Psikoterapi Tepkileri Ölçeği ve Milwaukee Psikoterapi Beklentileri Ölçeği 'Ni Türkçe'ye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*", Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, 2018.

DEHB Tanısı Olan Çocukların Ebeveynlerinin Modern Psikotravmatoloji ve Psikopatoloji Açısından Değerlendirilmesi

Uluslararası İndeksli Dergilerde Yayımlanan Makaleler

Çetinkaya, K., & Yavuz Güler, Ç. (2023). Psychometric parameters of the Turkish version of the Reactions to Psychotherapy Questionnaire. *Research on Education and Psychology, 7*(3), 446-458.

Ulusal İndeksli Dergilerde Yayımlanan Makaleler

Çetinkaya, K. & Yavuz Güler, Ç. (2020). Milwaukee Psikoterapi Beklentileri Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 15*(21), 257-281.

Çetinkaya, K., Yılmaz, N. A., Doğusan Gökçe, N., Şekerci, C., Uygun, Ş., & Yükseloğlu, E. H., (2021). Öjenizm kavramına adli bilimler kapsamında disiplinlerarası bakış: öjenik hareketin hukuki boyutu, genetik boyutu ve psikolojik boyutu. *Türkiye Klinikleri Adli Tıp ve Adli Bilimler Dergisi, 18*(2), 155-165.

Ulusal Kitap Bölümleri

Çetinkaya, K., & Hamarta, E. (2023). Savaşta travma ve dissosiyasyona müdahaleler ve psikososyal destek hizmetleri. Öztürk E, (ed). *Savaş Psikolojisi* içinde (113-117). 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.

Hakemli Kongre Bildiri Kitaplarında Yer Alan Yayınlar

Kanbur, S., Işıkgil, N. & Çetinkaya, K. (2023). Evli kadınların evlilik doyumu hakkındaki görüşleri. 24th International Psychological Counseling and Guidance Congress, Ankara, Türkiye, 17-19 Kasım 2023, 634.

Çetinkaya, K. & Kanbur, S. (2023). Masal ile yeniden yapılandırma. (2023). 24th International Psychological Counseling and Guidance Congress, Ankara, Türkiye, 17-19 Kasım 2023, ss.647.

Çetinkaya, K. & Çalışkan, İ. H. (2023). Sanal topluluklarda siber zorbalık: Bir intihar beyanına yönelik yorumların incelenmesi. 4. Uluslararası TURAZ Akademi Kongresi, Antalya, Türkiye, 26-29 Ekim 2023, ss.307.

Çetinkaya, K. (2022). Yargılanma yeterliliği kavramı ve ölçme araçları. 3. Türk Adli Bilimler Kongresi, Antalya, Türkiye, 2-5 Haziran 2022, ss.60-66.

Çetinkaya, K. (2022). Travma sonrası büyüme ve psikolojik dayanıklılık. 3. Türk Adli Bilimler Kongresi, Antalya, Türkiye, 2-5 Haziran 2022, ss.16-19.