

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ANNE VE ÇOCUKTA KRONİK HASTALIKLARIN VARLIĞI İLE EBEVEYN
TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Melda ÇELİK

Sosyal Pediatri Programı

DOKTORA TEZİ

ANKARA

2024

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ANNE VE ÇOCUKTA KRONİK HASTALIKLARIN VARLIĞI İLE EBEVEYN
TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Melda ÇELİK

Sosyal Pediatri Programı

DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Siddika Songül YALÇIN

ANKARA

2024

**ANNE VE ÇOCUKTA KRONİK HASTALIKLARIN VARLIĞI İLE EBEVEYN TUTUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Melda ÇELİK

Danışman: Prof. Dr. Sıddika Songül YALÇIN

**Bu tez çalışması 27.12.2024 tarihinde jürimiz tarafından “Sosyal Pediatri Programı”
’nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.**

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Meda KONDOLOT (imza)

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Üye: Doç. Dr. Nilgün DEMİRLİ ÇAYLAN (imza)

Çorum Hitit Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Üye: Prof. Dr. Özlem TEKŞAM (imza)

**Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil
Bilim Dalı**

Üye: Prof. Dr. Hülya DEMİR (imza)

**Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk
Gastroenterolojisi Bilim Dalı**

Üye: Prof. Dr. Hüseyin DEMİRBİLEK (imza)

**Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk
Endokrinolojisi Bilim Dalı**

**Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin
ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.**

31 Aralık 2024

Prof. Dr. Müge YEMİŞCİ ÖZKAN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**” kapsamında tezimin aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

27 / 12 / 2024

Melda ÇELİK

¹“*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

- (1) *Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*
- (2) *Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*
- (3) *Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.*
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Sıddika Songül YALÇIN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Melda ÇELİK

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam için konu belirlememde ve tezin oluşum sürecindeki tüm aşamalarda desteğini ve katkısını esirgemeyen, engin bilgisi, çalışkanlığı ve metaneti ile yoluma ışık tutan ve bana örnek olan tez danışmanım ve hocam Prof. Dr. Sıddika Songül YALÇIN'a,

Akademik kariyerime ve doktora eğitimine başlamamda önemli desteği olan ilk tez danışmanım sevgili rahmetli Prof. Dr. Kadriye YURDAKÖK'e,

Doktora eğitimimin her aşamasında bana katkı sağlayan değerli hocalarıma,

Tez çalışmamda emeği geçen ve desteğini esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Esmâ Altınel Açoğlu, Beril Aydın ve Emel İsiyel'e,

Her aşamada bana destek olan, üyesi olmaktan çok mutlu olduğum Hacettepe Sosyal Pediatri ailesine,

Beni fedakarlıklarla büyüten, bu günlere gelmemi sağlayan sevgili annem İnci Özkan ve babam Şemsettin Özkan'a,

Her zaman yanımda olan, beni her konuda destekleyen ve yalnız bırakmayan sevgili eşim Tolga Çelik'e,

Onun iyi bir geleceği olması için çalıştığım, motivasyon kaynağım canım oğlum Gökten Çelik'e,

Çok teşekkür ederim.

ÖZET

Çelik M. Anne ve Çocukta Kronik Hastalıkların Varlığı ile Ebeveyn Tutumları Arasındaki İlişki, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Pediatri Programı Doktora Tezi, Ankara, 2024. Bu çalışma, anne ya da çocukta kronik hastalık olan ailelerdeki ebeveynlik tarzlarını araştırmayı amaçlamaktadır. Anneler ve 2-6 yaş arası çocukları üç pediatri kliniğinden alınmış ve hem annenin hem de çocuğun sağlık durumuna göre sınıflandırılmıştır. Veriler vaka formu ve demokratik, otoriter, aşırı korumacı ve izin verici tutumları değerlendiren Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ) kullanılarak toplanmıştır. Anne-çocuk sağlık durumu ile ebeveyn tutumu alt ölçekleri arasındaki ilişki ki-kare testiyle analiz edilmiştir. Daha sonra, karıştırıcı temel özellikler kontrol edilerek çoklu lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Çalışmaya 878 anne-çocuk çifti alınmıştır. Annelerin tutumları eğitim, çalışma durumu ve çocuğun yaşına göre değişmiştir. Hem annede hem de çocukta ve sadece çocukta kronik hastalık olması daha yüksek aşırı korumacı puanlarla anlamlı şekilde ilişkiliydi ($p<0.001$). Yüksek izin verici puanlara sahip annelerin yüzdesi, sadece annenin hastalığı ve her ikisinin de sağlıklı olması durumunda, hem annenin hem de çocuğun hastalığı olduğu duruma kıyasla daha yüksekti ($p=0.018$). Anne-çocuk özellikleri çoklu logistik regresyon analizine alındığında Karıştırıcı faktörler ayarlandıktan sonra, hasta bir çocuğa sahip olmak yüksek aşırı korumacı puan olasılığında 1,6 kat, hem annenin hem de çocuğun hastalığı 2,94 kat artış göstermiştir. Her ikisi de hasta olduğunda yüksek izin verici puan olasılığı, her ikisinin de sağlıklı olduğu durumdan 2,56 kat daha düşük saptanmıştır. Bu çalışma, bir çocuk kronik bir hastalıktan etkilendiğinde -anne de hasta olsun ya da olmasın- annelerin daha yüksek düzeyde aşırı korumacılık ve daha düşük düzeyde izin vericilik gösterme eğiliminde olduğunu ortaya koymuştur. Buna karşılık, ebeveynlikte otoriterlik ve demokratik tutum düzeyleri nispeten sabit kalmıştır.

Anahtar Kelimeler: Anne; çocuk; ebeveyn hastalığı; ebeveyn tutumları
kronik hastalık

ABSTRACT

Çelik M. The Relationship Between the Presence of Chronic Diseases in Mother and Child and Parental Attitudes, Hacettepe University Graduate School Health Sciences Social Pediatrics Program Doctor of Philosophy Thesis, Ankara, 2024. This study aims to investigate parenting styles in families dealing with mother-child chronic diseases. Mothers of children aged 2-6 years were recruited from three pediatric clinics and classified according to the health status of both mother and child. Data were collected using case files and the Parental Attitude Scale (PAS), which assesses democratic, authoritarian, overprotective and permissive attitudes. The relationship between mother-child health status and parental attitude subscales was analyzed using a chi-square test. Multiple logistic regression analyses were then performed controlling for confounding baseline characteristics. 878 mother-child pairs were included in the study. Mothers' attitudes varied according to their education, employment status, and age of the child. Chronic illness in both mother and child and in the child only was significantly associated with higher overprotective scores ($p < 0.001$). The percentage of mothers with high permissive scores was higher when only the mother was ill and both were healthy compared to when both mother and child were ill ($p = 0.018$). After adjusting for confounding factors, having a sick child was associated with a 1.6-fold increase in the odds of a high overprotective score, and having both mother and child sick was associated with a 2.94-fold increase. The odds of a high permissive score were 2.56 times lower when both were ill than when both were healthy. This study suggests that when a child is affected by a chronic illness - whether or not the mother is also ill - mothers tend to show higher levels of overprotectiveness and lower levels of permissiveness. On the other hand, the levels of authoritarian and democratic attitudes in parenting remain relatively constant.

Keywords: Child; chronic illness; mother; parental attitudes; parental illness

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN SAYFASI	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER	xii
TABLolar	xiii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Ebeveynlik Tutumları	3
2.1.1. İzin Verici Tutum	9
2.1.2. Otoriter tutum	10
2.1.3. Demokratik Tutum	11
2.1.4. Aşırı Korumacı Tutum	13
2.2. Türkiye’de ve Yurt Dışında Geliştirilmiş Ebeveyn Tutum Ölçekleri	15
2.3. Kronik Hastalık	20
2.3.1. Çocukta Kronik Hastalık Varlığı	21
2.3.2. Ebeveynde Kronik Hastalık Varlığı	23
3. GEREÇ ve YÖNTEM	27

3.1. Katılımcılar	27
3.2. Çalışma tasarımı	28
3.2.1. Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ)	28
3.3. Örneklem Büyüklüğü	29
3.4. İstatistiksel Analiz	30
4. BULGULAR	31
4.1. Çocukların Genel Özellikleri	31
4.2. Annelerin ve Ailelerin Genel Özellikleri	32
4.3. Ebeveyn Tutum Ölçeği Puanları	33
4.4. Annelerin ve Çocukların Kronik Hastalıkları	33
4.5. Anne-Çocuk Özellikleri ve Ebeveyn Tutum Ölçeği Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler	35
5. TARTIŞMA	45
5.1. Aşırı Korumacı Tutum	45
5.2. İzin Verici Tutum	48
5.3. Demokratik ve Otoriter Tutumlar	49
5.4. Sadece Annenin Kronik Hastalığı Olması	51
5.5. Anne-Çocuk Özellikleri ve Ebeveynlik	52
5.6. Çalışmanın Güçlü Yönleri	53
5.7. Çalışmanın Kısıtlılıkları	54
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	56
7. KAYNAKLAR	58
8. EKLER	65
EK-1: Tez Çalışması ile İlgili Etik Kurul İzinleri	
EK-2: Anket Formu	
EK-3: Tez Çalışması Orijinallik Raporu	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER ve KISALTMALAR

ABTÖ	Anne Baba Tutum Ölçeği
AOR	Adjusted Odds Ratio (Düzeltilmiş Odds Oranı)
ark.	Arkadaşları
ETÖ	Ebeveyn Tutum Ölçeği
CPI-P	Child Puppet Interview-Parent Scales
CRPR	The Child Rearing Practices Report
DEHB	Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu
DM	Diabetes Mellitus
GA	Güven Aralığı
JRA	Juvenil Romatoid Artrit
MFP	Mother-Father-Peer Scale
Min	Minimum (En az)
Maks	Maksimum (En fazla)
OR	Odds Ratio (Odds Oranı)
ÖÖB	Özgül Öğrenme Bozukluğu
PARI	Parental Attitude Research Instrument
PARQ	Parental Acceptance-Rejection Questionnaire
PAS	Parental Attitude Scale
PBI	Parent Behavior Inventory
PPM	Preschool Parenting Measure
PSDQ	Parenting Styles and Dimensions Questionnaire
SD	Standart Deviasyon (Standart Sapma)

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
4.1. Anne-Çocuk Çiftlerinin Sağlık Durumuna Göre Yüksek Aşırı Korumacı ve İzin Verici Alt Ölçek Puanlarının Yüzdelerinin Kutu Grafiği (Minimum, İlk Çeyrek, Medyan, Üçüncü Çeyrek ve Aykırı Değerlerle Birlikte Maksimum Değerler Dahil)	37

TABLOLAR

Tablo		Sayfa
2.1.	Tarihte Tanımlanmış Ebeveynlik Tutumları ve Tanımlayan Araştırmacılar	5
2.2.	Yurt Dışında Geliştirilmiş ve Türkçe'ye Uyarlanmış Ebeveyn-Çocuk İlişisini İnceleyen Ebeveyn Tutum Ölçekleri	17
2.3.	Yurt Dışında Geliştirilmiş Orijinal Ebeveyn Tutum ve Davranış Ölçekleri	18
2.4.	Türkiye'de Geliştirilmiş Ebeveyn Tutum ve Davranış Ölçekleri	19
4.1.	Çocukların Genel Özellikleri	31
4.2.	Annelerin ve Ailelerin Genel Özellikleri	32
4.3.	Ebeveyn Tutum Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı	33
4.4.	Annelerin ve Çocukların Kronik Hasta veya Sağlıklı Olma Durumu	33
4.5.	Çocukların Kronik Hastalıklarının Dağılımı	34
4.6.	Annelerin Kronik Hastalıklarının Dağılımı	34
4.7.	Anne-Çocuk Sağlık Durumu ile Ebeveyn Tutumlarındaki Yüksek Puanlar Arasındaki İlişki	36
4.8.	Anne Özellikleri ile Ebeveyn Tutumlarındaki Yüksek Puanlar Arasındaki İlişki	39
4.9.	Çocuk Özellikleri ile Ebeveyn Tutumlarındaki Yüksek Puanlar Arasındaki İlişki	41
4.10.	Anne-Çocuk Özellikleri ile Aşırı korumacı ve İzin Verici Ebeveyn Tutumlarındaki Yüksek Puanlar Arasındaki İlişki: Çoklu Lojistik Regresyon Analizi	43

1. GİRİŞ

Kronik bir hastalık veya tıbbi durum, en az üç ay boyunca devam eden, hastanın ve ailesinin günlük yaşamını aksatan ve sık sık hastane ziyaretleri, evde bakım veya özel tedavi gibi sürekli tıbbi müdahale gerektiren uzun vadeli bir sağlık sorunu olarak tanımlanır (1). Çocuklarda kronik hastalıkların yönetimi, astım, diyabet, konjenital kalp hastalığı ve kronik böbrek hastalığı gibi çok çeşitli fiziksel koşulların yanı sıra dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi ruh sağlığı durumlarını da kapsayan küresel ölçekte önemli bir zorluk teşkil etmektedir. Dünya genelinde çocukların yaklaşık %30'u bu tür durumlardan etkilenmektedir (2, 3). Çocuklarda kronik hastalıkların etkisi, çocuğun fiziksel ve duygusal refahının ötesine geçerek aile birimini bir bütün olarak kapsar ve çocuğun günlük işleyişi üzerinde önemli etkileri vardır (4-8). Bu tür hastalıklar, aile dinamiklerinde değişikliklere yol açarak ve rutin kaybı, belirsizlik ve gergin ilişkiler gibi zorlukların ortaya çıkmasına neden olarak aile hayatını bozma potansiyeline sahiptir. Hastalığın süresi ve ciddiyetinin yanı sıra gerekli bakımın türü ve ebeveynlerin duygusal ve mali kaynakları, ebeveyn refahı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (3, 5-11). Bu nedenle, ebeveyn stresi ve aile işlev bozukluğunun çocuğun gelişimsel sonuçlarını olumsuz etkileyebileceği açıktır ve birbiriyle bağlantılı bu faktörleri anlamanın öneminin altını çizmektedir. Zaman içinde bu faktörler, ebeveynler çocuklarının sağlık durumunu yönetmenin süregelen taleplerine uyum sağladıkça ebeveynlik tutum ve davranışlarında değişimlere katkıda bulunabilir. Bu nedenle, özellikle ebeveyn-çocuk ilişkisine odaklanan uyarlanabilir ebeveynlik stratejileri, çocukların kronik hastalıklarla başa çıkmalarına yardımcı olmak için çok önemlidir (3, 11-14).

Aynı zamanda, ebeveynlerin önemli bir yüzdesi kronik tıbbi rahatsızlıklardan muzdariptir ve küresel yaygınlık tahminleri %4-12 arasında değişmektedir (15, 16). Çalışmalar, hasta ebeveynlerin çocuklarının yaşam kalitesinin düştüğünü, yaşam memnuniyetinin azaldığını ve ebeveynlerinde hastalık olmayan akranlarına kıyasla psikosomatik şikayetlerin yaygınlığının arttığını göstermektedir (16, 17).

Bu çalışma, otoriter, demokratik, izin verici ve aşırı korumacı gibi farklı anne-babalık tutumlarının kronik hastalıklarla uğraşan ailelerin psikososyal sonuçları ile ilişkili olduğunu varsaymaktadır. Bu tutumlar, annenin kendisinin ve çocuğunun durumunu yönetme kapasitesinin yanı sıra çocuğun genel uyumunu ve refahını da etkilemektedir.

Bu çalışmanın amaçlarından birincisi hem annenin hem de çocuğun kronik hastalık sorununun olduğu ailelerde annelerin farklı ebeveynlik tutumlarını (otoriter, demokratik, izin verici ve aşırı korumacı) incelemektir. İkincisi, anne ve/veya çocuğun kronik hastalığı olması durumunda, annenin ebeveynlik tutumlarının bu durumlarla ilişkisini araştırmaktır. Elde edilecek bulgular, kronik hastalığın karmaşık gerçekleriyle baş etmeye çalışan ailelerde çocuğun bakımının esas sorumlusu olan annenin dayanıklılığı artıran ve onların çocuklarına yönelik olumlu ebeveynlik tutumlarını destekleyen müdahalelerin geliştirilmesi için veri sağlayacaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Ebeveynlik Tutumları

Tüm ebeveynlerin, çocuklarının nasıl bir insan olarak yetişecekleri, sahip olacakları bilgi, ahlaki değerler ve davranış standartları hakkında bazı idealleri vardır. Ebeveynler çocuklarını belirledikleri ideallere doğru yönlendirmek için çeşitli stratejiler kullanırlar. Çocukların istenen davranışlarının pekiştirilmesi ve istenmeyenlerin cezalandırılması, ebeveynlerin rol model olması, kendi inanç ve beklentilerini ortaya koyması ve kendi değerleri ve amaçlarıyla uyumlu çevre, arkadaş ve okulların seçilmesi bu stratejiler arasında yer almaktadır. Ebeveynlerin benimsediği ve uyguladığı farklı yöntemler, çocuk yetiştirme tutum ve davranışlarında farklılıklara yol açmaktadır (18). Ebeveynlerin farklı tutum ve davranışları çocuklarda da farklı davranışlara yol açmaktadır.

Ebeveyn tutumlarının şekillenmesi, uzun yıllar alan, dinamik ve çok boyutlu bir süreçtir. Bu süreci etkileyen başlıca faktörler arasında ebeveynlerin kişiliği, değer sistemi, duygusal yapısı, benlik algısı, eğitim seviyesi ve yaşam deneyimleri yer alır. Bireyin kendi ailesinden gördüğü ebeveynlik tutumları, meslek türü, cinsiyeti, evlilik kalitesi ve eşler arası ilişkiler de bu süreci şekillendiren önemli unsurlardır. Ayrıca, ebeveynlerin kendi rollerine yönelik tutumları, ailenin genel duygusal atmosferi, çocuk sahibi olma motivasyonları, gebelik ve doğumun seyri ile çocuğun sağlık durumu ve özelliklerine ilişkin beklentileri, ebeveynlik yaklaşımlarını doğrudan etkileyebilir. Çocuğun cinsiyeti, doğum sırası ve aileye sağlanan sosyal destek ağları (duygusal, araçsal ve bilgi temelli) ile ebeveynler için otorite olarak görülen kişilerin varlığı da tutumlarda belirleyici rol oynar. Tüm bu faktörlerin etkileşimi, ebeveynlerin çocuklarına karşı sergilediği yaklaşımları benzersiz bir şekilde şekillendirir (19).

Ebeveynlerin sergilediği tutumlar, çocuğun kişilik gelişiminde kritik bir rol oynar. Her ne kadar çocuğun kişiliğini tamamen belirlemese de, ebeveyn tutumlarının etkisi göz ardı edilemeyecek kadar büyüktür. Çocuğun bireysel özellikleri ve çevresel faktörler de bu süreçte önemli bir yere sahiptir. Ebeveyn tutumları, özellikle

çocukların duygusal gelişimi üzerinde derin etkiler bırakır. Örneğin, ebeveynleri tarafından reddedilen çocuklar genellikle yüksek düzeyde sevgi ihtiyacı, düşük duygusal yaşam kontrolü, duygusal istikrarsızlık, saldırganlık, tartışmacı bir tavır ve çevreye karşı isyankar tutumlarla tanımlanırken, demokratik bir ebeveynlik yaklaşımına maruz kalan çocuklar güvenlik duygusuna sahip, neşeli ve uyumlu bir mizaca sahip olma eğilimindedir. Bu bağlamda, ebeveyn tutumlarının çocukların kişilik ve duygusal gelişimi üzerindeki belirleyici etkisi, sağlıklı bir birey yetiştirmek açısından büyük bir önem taşır (19).

Ebeveynlik tutumları ve ebeveyn-çocuk ilişkisinin kalitesi, özellikle kronik hastalığı olan çocukların psikolojik gelişimi üzerinde kritik bir öneme sahiptir ve bu faktörler tedaviye uyumu da doğrudan etkileyebilir (3, 5). Araştırmalar, çocukluk çağı kronik hastalıkları bağlamında ebeveynlerin duruma uyum düzeyinin, çocukların uyum sonuçları ile güvenilir ve tutarlı bir şekilde ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (20). Bu bulgular, ebeveynlik yaklaşımlarının ve aile içi ilişkilerin, hem çocuğun psikolojik iyilik hali hem de hastalık yönetimi süreçlerindeki belirleyici rolünü vurgulamaktadır.

Ebeveynler, çocuk yetiştirme yaklaşımlarına göre farklı kategorilere ayrılmaktadır. 1930'lardan bu yana araştırmacılar, ebeveynlerin çocuk yetiştirme davranışlarını anlamak amacıyla çeşitli tutum özelliklerini tanımlamışlardır. Bu özellikler arasında çocuk merkezlilik, kabullenme, saldırganlık ve cezalandırıcılık gibi kavramlar yer almakla birlikte, özellikle ebeveyn sıcaklığı, duyarlılığı ve kontrolü üzerinde yoğunlaşmıştır (21). Bu tutumlara ek olarak, aşırı korumacılık ve aşırı anne bakımı da önemli bir araştırma konusu olmuştur. Örneğin, annenin aşırı korumacı tutumu ile çocuklarda gözlemlenen davranışsal sorunlar arasındaki ilişkiyi inceleyen vaka çalışmaları yürütülmüştür. Levy'nin çalışması, ebeveyn tutumları ile çocuk davranışları arasındaki bağlantıyı araştıran çalışmalar için bir dönüm noktası olmuştur (22). Tarihsel olarak tanımlanan ebeveyn tutumları ve bu tutumları ortaya koyan araştırmacılar Tablo 2.1'de özetlenmiştir.

Tablo 2.1. Tarihte Tanımlanmış Ebeveynlik Tutumları ve Tanımlayan Araştırmacılar (23, 24)

Ebeveyn Tutumu	Araştırmacı	Yıl
Aşırı korumacı	Levy	1931,1943
Gevşek X katı	Watson	1934
Bebekleştirme, zorlama veya uygun davranış__	Hattick ve Stowell	1936
Reddedici, ilgisiz veya kabullenici	Baldwin, Kalhorn ve Breese	1945
Diktatör, işbirlikçi, ihmalkar veya tavizkar	Lafore	1945
Duyarlı, daha az duyarlı, yetersiz düzeyde duyarlı veya aşırı duyarlı	Crandall ve Preston	1955
Kabullenici, aşırı izin verici, koruyucu-izin verici, ilgisiz, kopuk, özgürlükçü, demokratik, işbirlikçi, otoriter-diktatör, talepkar antagonistik, reddedici, aşırı korumacı, sahiplenici	Schaefer	1959
Yüksek X düşük duygulanım, annenin baskın disiplini X babanın baskın disiplini	Moulton, Burnstein, Liberty ve Altuchner	1966
Duyarsız X duyarlı	Ainsworth, Bell ve Slayton	1971
Demokratik, otoriter, izin verici ve diğer alt boyutlar	Baumrind	1971
Özerk X ilgili	Martin	1981
İnkâr, bastırma, yer değiştirme, mantığa bürüme, Yansıtma (ebeveyn savunma tarzları)	Koch, Chandler, Harder ve Paget	1982
Rehberli X bencil davranış, çocuk X ebeveyn merkezli davranış	Pulkkinen	1982
Duyarlı X zorlayıcı disiplin	Abelman	1985
Simbiyotik, telafi edici, kalıpcı, çok yönlü	Sameroff ve Freil	1985
Düzenleyici X Kolaylaştırıcı	Raphael-Leff	1986
Aşırı korumacı, aşırı gayretli, çatışmalı, ilgisiz	Metcalf ve Gaier	1987
Cezalandırıcı, saldırgan, saldırgan olmayan	McCord	1988

Ebeveynlik tutumlarını anlamaya yönelik ilk kapsamlı çalışmalar 1940'larda başlamıştır. Baldwin ve arkadaşları, 1945 yılında hem görüşme yöntemleriyle hem de ebeveynlerin evdeki davranışlarını gözlemleyerek gerçekleştirdikleri boylamsal bir çalışmada, ebeveynlik davranışlarının iki temel boyutunu tanımlamışlardır (24). İlk

boyut, demokratik ebeveynlik olarak tanımlanan, ebeveyn ve çocuk arasında yoğun sözel iletişimin bulunduğu, aile kurallarının nedenlerinin çocuğa açıklandığı ve karar süreçlerine çocuğun katılımına olanak tanındığı bir yaklaşımı ifade etmektedir. İkinci boyut ise otoriter veya kontrolcü ebeveynlik olarak adlandırılan, çocuğun davranışlarının sıkı kısıtlamalara tabi tutulduğu, disiplinle ilgili kararların tartışmaya kapalı olduğu ya da sınırlı ölçüde tartışıldığı bir yaklaşımı kapsamaktadır. Bu iki boyut, ebeveynlik tutumlarının sınıflandırılmasında önemli bir temel oluşturmuştur (24).

Mussen, 1956 yılında dört farklı ebeveyn tutumu tanımlamıştır: izin verici, reddedici, aşırı korumacı ve aşırı titiz (18). İzin verici tutumu benimseyen anneler, çocuklarının bağımsız davranmayı öğrenmesine olanak tanır ve sosyal çevreyi buna uygun şekilde düzenler. Reddedici tutuma sahip annelerden bazıları, çocuklarını doğumdan veya erken bebeklik döneminden itibaren reddeder ve bu durum anne-bebek bağlanmasını engelleyerek çocukta güçlü bağımlılık davranışlarının gelişmesini önler. Diğer bazı reddedici anneler ise bebeklerine karşı öfke duyar ve çocukları bağımsızlık göstermeye başladıkça bu öfke daha da artar (24). Aşırı korumacı anneler, çocuklarının bağımsız olarak gerçekleştirdikleri aktiviteleri sınırlamaya çalışır, çünkü çocuğun artan bağımsızlığını kendi baskınlıklarına ve sahiplenme duygularına bir tehdit olarak görürler. Aşırı titiz anneler ise ev düzeni ve temizliği konularında aşırı endişe taşır ve bu nedenle çocuklarının özgürce hareket etmelerini kısıtlar. Bu tutum, çocuklarda cezalandırılma korkusuna yol açarak yürüme, kendi kendine yemek yeme gibi gelişim aşamasındaki becerilerini uygulamalarını ve ilerletmelerini engelleyebilir (25).

Schaefer (26) tarafından 1959'da çocuk yetiştirmede önemli iki boyut olan sıcaklık ve kontrol boyutlarını içeren ebeveyn tutumu modeli geliştirilmiştir. Çocuğuna karşı sıcak tutum sergileyen ve özerkliğini yüksek düzeyde vermeye çalışan ebeveyn "demokratik" olarak sınıflandırılmıştır. Çocuğuna daha soğuk davranan ve düşük düzeyde özerklik verme eğilimindeki ebeveyn, "otoriter" olarak tanımlanmıştır. Becker de buna benzer bir modelde kısıtlayıcılığa karşıt olarak izin vericilik, sıcaklık/kabule karşı düşmanlık/red tutumlarını önermiştir (24). Sears ve

arkadaşları'nın 1957'deki çalışmalarında annelerin sıcak tutumlarının çocuklarını olumlu etkilediği, buna karşın annelerin soğuk ebeveynlik tutumlarının ise çocuklarında beslenme ve yatak ıslatma gibi davranışsal sorunlarla ilişkili olduğunu bulmuşlardır (24). Ebeveynlik tutumlarıyla ilgili olarak da aile bireyleri arasındaki uyum, annenin eşini algılama biçimi, anne-çocuk ilişkisinin sıcaklığı, izin vericilik, kısıtlayıcılık, saldırganlık, cezalandırıcılık, annenin kontrol ve disiplin davranışları ve çocuğun fiziksel iyilik hali gibi bazı faktörler tanımlanmıştır (24).

Ebeveynlik davranışlarını inceleyen öncü psikolog Baumrind (27, 28), çocukların yetkinliğini artıran ebeveyn-çocuk ilişkisi türlerini araştırmıştır. Yetkinliği, çocuğun kendine güveninin, öz saygısının ve akran bağlılığının (akranlarına sıcaklığını ifade etme becerisi) bileşik bir ölçüsü olarak tanımlamıştır. Baumrind araştırmasında ebeveynlik davranışının dört boyutunu incelemiştir: kontrol, olgunluk talepleri, ebeveyn-çocuk iletişiminin açıklığı ve ebeveynin besleyiciliği (27, 28). Bu dört boyuttan yola çıkarak üç ebeveynlik davranışı kategorisi tanımlamıştır: demokratik, otoriter ve izin verici. Demokratik, dört boyutta da en üstte olan ebeveynlik tutumudur. Bu, çocuklarda en yüksek yetkinlikle ilişkilendirilen ebeveyn kontrolü tarzıdır. Otoriter ebeveynlik tutumu, gücün sıkça kullanıldığı yüksek kontrol ile karakterizedir. Bu ebeveynlerin çocukları, demokratik ebeveynlik tutumuna sahip ebeveynlerin çocuklarına göre daha az yetkin olmaktadır. Son olarak Baumrind, izin verici ebeveynlik tarzını, ebeveynlerin kontrolü nadiren kullandıkları, çocuklarından olgun davranışlar için neredeyse hiç talepte bulunmadıkları bir tutum olarak tanımlamıştır. İzin verici ebeveynler en az yetkin çocuklara sahiptir (27, 29).

Parker ve arkadaşları 1979'da Ebeveyn Bağlanma Ölçeği'ne ilişkin çalışmalarında iki boyut belirlemişlerdir: (1) şefkat ve empatiye karşı reddetme veya ilgisizlik; ve (2) kontrol, müdahale, bağlılık ve bebekleştirmeyi savunan aşırı koruma (24).

Baumrind'in çalışmasını temel alan Maccoby ve Martin 1983'te ebeveynliği iki boyutta tanımlamıştır (24): 1. Talepkarlık: Olgun davranış için talepkarlık ve çocuğun

davranışının düzenlenmesi ve kontrolü, 2. Duyarlılık/ilgi: Çocuğa karşı duyarlılık ya da çocuk merkezli ebeveynlik, çocukla ilgilenmek için zaman ve dikkat harcanması. Hem talepkarlık hem de duyarlılıkta yüksek ebeveynler demokratik; talepkarlıkta yüksek ancak yanıt verebilirlikte düşük ebeveynler otoriter; talepkarlıkta düşük ancak yanıt verebilirlikte yüksek ebeveynler izin verici; hem talepkarlık hem de yanıt verebilirlikte düşük ebeveynler ise ihmalkar olarak tanımlanmıştır (23, 24).

Başka bir ebeveyn tutumu araştırması ebeveyn davranışını iki ana boyutta kavramsallaştırmıştır: kabul-red (sıcaklık-düşmanlık) ve kontrol-otonomi (30). Diğer araştırmacılar kontrol-otonomi boyutunun birbiriyle ilişkili ancak ayırt edilebilir iki alt boyuttan oluştuğunu öne sürmüştür: psikolojik özerklik-psikolojik kontrol ve sıkı kontrol-eksenel kontrol (26). Bu çalışmalar ebeveynlik tarzları için “demokratik” (otoriter) ebeveyn, “düşmanca otoriter” ebeveyn ve “düşmanca-ihmalkâr ebeveyn” gibi yeni etiketler geliştirmiş olsa da, Baumrind tarafından daha önce önerilen temel kategorileri önemli ölçüde genişletmemiştir. Bununla birlikte, bundan sonraki psikolojik araştırmacılar, ebeveynlik tarzları ile çocuğun gelişen benlik kavramı veya öz saygısı arasındaki bağlantıya daha fazla odaklandılar.

Çağdaş psikolog Brooks 1992’de, ebeveynlik tarzları ve benlik saygısına odaklanmaya devam etmiş ve ebeveyn sıcaklığının okul çağındaki sağlıklı çocuklarda daha güçlü bir benlik saygısı duygusuyla ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Ayrıca Brooks, ebeveynlerin tutumlarıyla çocuklara şu fırsatları sağlamasının çocuğun gelişmekte olan benlik saygısı duygusunu güçlendirdiğini öne sürmüştür(31): 1.Sorumluluk geliştirme ve katkıda bulunma; 2.Seçim yapma, karar verme ve sorunlar karşısında çözüm üretme fırsatlarının sağlanması; 3.Teşvik ve olumlu geri bildirim sunmak; 4.Kurallar ve sonuçlar oluşturarak öz disiplini tesis etmek; 5.Çocukların hatalar ve başarısızlıklar konusunda kendilerini iyi hissetmelerine yardımcı olmak.

Darling ve Steinberg tarafından 1993’te önerilen model, hem ebeveynin çocuk yetiştirme tarzının hem de ebeveyn uygulamalarının çocuğun gelişimini farklı süreçler yoluyla etkilediğini ortaya koymaktadır. Ebeveynlik tarzlarının çocuk yetiştirmede

genel bağlamı oluşturduğundan kültürel farklılıklara daha duyarlı olduğu; ebeveynlik uygulamalarının ise, çocuk yetiştirmede başvurulan belirli davranışlar olduğunu öne sürmektedir (23). Ebeveynlik uygulamalarının, belli davranışların (örn. akademik başarı) ve belli kişilik özelliklerinin (örn. yüksek benlik değeri) gelişimini ve çocuğun sosyalleşmesini doğrudan etkilediğini savunmaktadır. Bu modele göre, ebeveynlik tarzı ise çocuğun gelişimini dolaylı yoldan etkileyen bir süreçtir. Bu bağlamda, ebeveynlik tarzı, belirli ebeveynlik tutumları ile gelişimsel sonuçlar arasındaki ilişkide önemli bir değişken olarak kabul edilmektedir.

Esas olarak Baumrind'in çerçevesini oluşturduğu ana ebeveynlik tutumlarının (otoriter, demokratik ve izin verici) her biri farklı kontrol, duyarlılık ve özerklik düzeylerini yansıtır. Bu çalışmada, bu üç ebeveynlik tutumu boyutuna ilave olarak, Batı kültüründe çok yaygın olmayan ama Türk kültürünün ebeveynleri tarafından kullanıldığı ve çocuğun kronik ve/veya ciddi hastalığı olması durumunda ortaya çıktığı bilinen aşırı korumacı boyut da incelenmiştir (22, 32-34).

2.1.1. İzin Verici Tutum

İzin verici tutuma sahip ebeveyn, çocuğun dürtülerine, arzularına ve eylemlerine karşı cezalandırıcı olmayan, kabul edici ve olumlu bir şekilde davranmaya çalışır (28).

İzin verici ebeveynler daha fazla özerklik tanıma, asgari düzeyde kontrol uygulama ve bazen ihmale varabilecek derecede hoşgörü gösterme eğilimindedirler (28). Politik kararlarda çocuğa danışır ve aile kuralları için açıklamalar yapar. Günlük hayatta çocuğunun sorduğu yeni soruları, yaptığı yorumları ve verdiği tepkileri ödüllendirir ve çocuğunu soru sorması ve araştırması için cesaretlendirir. Ev sorumluluğu ve davranışlarının düzenlenmesi konusunda çok az talepte bulunur. Kendisini çocuğa taklit etmesi gereken bir ideal veya davranışlarını şekillendirmek veya değiştirmekten sorumlu aktif bir aracı olarak değil, istediği gibi kullanabileceği bir kaynak olarak sunar. Çocuğun mümkün olduğunca kendi faaliyetlerini düzenlemesine izin verir, kontrol uygulamaktan kaçınır ve onu kendine itaate teşvik

etmez (28). Standartları ve amaçlarına ulaşmak için açıkça gücü değil, akli ve manipülasyonu kullanmaya çalışır.

Kültürel değerlere bağlılığın birey için olumlu değeri kabul edilebilir, ancak erken çocukluklarında otoriter tutum nedeniyle sevgiden ve şefkatten mahrum bırakılan, hayal kırıklığına uğratan ve aşırı zorlanan ve bu nedenle sonsuza kadar güvensiz ve tehdit altında hisseden bireyler hayatlarındaki her deneyime kızgınlık ve düşmanlıkla tepki verebilir (28). Bu şekilde, küçük çocuk kendisinden talep edilenleri karşılamaya çalışarak kendi yeterliliği ve işlevsel yeterliliği hakkında endişe verici bir şekilde sürekli bir kaygı ve bir gerilim içinde olabilir ve kendi kendini düzenleme yetisi gelişemez (29). Böyle bir yetişkin kontrolünün alternatifi, izin verici tutumla çocuğun kendi kendini düzenlemesine, özdenetimine izin vermek, kısıtlamada bulunmamak, ve dürtülerinin ifadesi ya da dikkatsizliğinin etkileri konusunda endişelenmemektir (28). Özdenetim, bir çocuğun psikik ve somatik konularda dışarıdan bir otorite olmaksızın özgürce hareket etme hakkı anlamına gelir. Bu, bebeğin acıktığında beslenmesi; sadece istediği zaman temizlenmesi; kendisine karşı asla sinirlenilmemesi ya da fiziksel şiddet uygulanmaması; her zaman sevilmesi ve korunması anlamına gelir (28).

Güncel bir çalışmada, çocukların yürütücü işlevi, yani konsantrasyon ve dikkat gerektiğinde ortaya çıkan çalışma belleği, izin verici ebeveynlik tutumu ile anlamlı ve negatif yönde ilişkili bulunmuştur (35). Ayrıca izin verici ebeveynlik tutumu ile öz bakım becerisi de negatif ilişkili bulunmuştur (35).

2.1.2. Otoriter tutum

Otoriter ebeveyn, çocuğun davranış ve tutumlarını, genellikle teolojik olarak motive edilmiş ve daha yüksek bir otorite tarafından oluşturulmuş mutlak bir standart olan belirli bir davranış standardına göre şekillendirmeye, kontrol etmeye ve değerlendirmeye çalışır (29). Dürüstlüğe bir erdem olarak değer verir. İstenmeyen davranışları cezalandırmayı tercih eder. Çocuğun eylemlerinin veya inançlarının doğru olduğunu düşündüğü davranışlarla çatıştığı noktalarda çocuğun kendi iradesini

engellemek için zorlayıcı önlemler alır. Daha soğuktur ve ebeveyn ile çocuk aynı fikirde olmadığında çocuğu kendini ifade etmeye teşvik etmez. Çocuğu kendi yerinde tutmaya, özerkliğini kısıtlamaya ve işe saygıyı aşılama için ev içi sorumluluklar vermeye inanır (27). Düzenin ve geleneksel yapının korunmasını kendi içinde çok değerli bir amaç olarak görür. Otoriter ebeveynler genellikle otoriteyi korumaya öncelik verirler ve çocuklarından gelen itirazları hızla bastırırlar(29). Ebeveyn, çocuğun doğru davranışları sergilemesi için kendisinin sözünü kabul etmesi gerektiğine inanır, fikir alışverişini teşvik etmez (29).

Baumrind'in ebeveyn tutumlarını incelediği 1960'larda tüm günahların ve sefaletin kaynağının öz irade olduğuna, bu nedenle çocuklarda bunu besleyen her şeyin onların sonraki sefaletlerine neden olduğuna; bunu otoriter tutumla kontrol altına almanın gelecekteki mutluluklarını ve sevinçlerini artıracığına inanılıyordu (28, 32).

Çalışmalarda, otoriteyle düzenlemenin yaygın olarak dışsallaştırıcı davranışlara karşı bir tampon olduğu bulunmuştur (36). Bu nedenle, otoriter ailelerde yetişen çocuklar, ilgisiz veya hoşgörülü ailelerde yetişenlere kıyasla genellikle bu tür davranışları daha düşük düzeyde göstermektedir (36).

2.1.3. Demokratik Tutum

Demokratik ebeveyn, çocuğun faaliyetlerini rasyonel, konu odaklı bir şekilde yönlendirmeye çalışır, sözel alışverişi teşvik eder, politikasının arkasındaki mantığı çocukla paylaşır ve çocuk uymayı reddettiğinde itirazlarını dinler (28, 29). Demokratik ebeveyn hem özerk iradeye hem de disiplinli uyuma değer verir. Bu nedenle, ebeveyn-çocuk ayrışmasının yaşandığı noktalarda katı bir kontrol uygular, ancak çocuğu kısıtlamalarla kuşatmaz. Bir yetişkin olarak kendi bakış açısını dayatır, ancak çocuğun bireysel ilgi alanlarını ve özel yöntemlerini de tanır (28, 29). Bu ebeveynler müdahaleci değildir ve çocuğa makul sınırlar dahilinde önemli ölçüde özgürlük tanır, ancak daha fazla bilgi veya içgörüyeye sahip oldukları alanlarda kısıtlamalar getirir. Demokratik ebeveyn çocuğun mevcut niteliklerini onaylar ama aynı zamanda

gelecekteki davranışları için standartlar belirler. Amaçlarına ulaşmak için akıl, güç ve pekiştirme yoluyla şekillendirme yöntemini kullanır ve kararlarını grup kararına veya çocuğun bireysel arzularına dayandırmaz (28). Demokratik ebeveynler, diğer ebeveynlik tarzlarına kıyasla daha net kurallar koyar ve çocuklarının davranışlarını destekleyici bir iklimde düzenler. Dolayısıyla, bu tür aileler iyi organize olmuşlardır ancak aynı zamanda kişisel gelişimi ve bireyselleşmeyi de teşvik ederler (37).

Disiplin üç alanda bulunur: Kontrol edilen ortamın kendisinde; kontrol edilen ve gerektiğinde otoriter bir rol üstlenmeye hazır olan öğreticinin kendisinde; ve en başından itibaren çocuklarda bulunur (38). Bu, tüm otoritenin öğreticide olduğu ya da izin verici şeklinde tüm otoritenin çocuklarda olduğu bazı eğitim türlerinin aksine, üç yönlü bir düzenlemedir. Bir çocuk işini bitirdiğinde onu kaldırmakta özgürdür, yeni bir işe başlamakta özgürdür ya da bazı durumlarda iş yapmamakta özgürdür, ancak başkalarının yaptıklarını bozmakta özgür değildir. Çocuğun öğreneceği konuların seçimindeki sorumluluk, kültürün çocuktan ne talep edeceğinin farkında olan ve çocuğun yaşına ve gelişim aşamasına uygun olanın aynı zamanda onun için zevkli olacak şekilde öğrenmeyi “programlayabilen” yetişkinlerin elindedir (28). İlgil ve disiplin birbirine karşıt değil, birbiriyle bağlantılıdır (32). Demokratik ebeveynlik çocuklarda saygı ve bağımsızlığı teşvik ederken, otoriter ebeveynlik itaat ve uygunluğu vurgular ve izin verici ebeveynlik asgari rehberlikle özgürlüğe izin verir (28).

Bazı araştırmacılar en az düşmanca davranan veya suç işleyen çocukların ebeveynlerinin kendilerinden daha fazla talepte bulunanlar olduğunu tespit etmiştir (29, 39). Aynı zamanda, sert tutumun çocuklarda gizli düşmanlıkla ilişkili olduğu, sıkı kontrolün ise vicdan gelişimiyle bağlantılı olduğu öne sürülmüştür (29, 32). Çocuklarından düzenli olmalarını ve ev işlerini üstlenmelerini talep eden ebeveynlerin aynı zamanda çocuğun refahı için uyumlu bir ortam sağladıkları ve çocuğun refahıyla bilinçli bir şekilde ilgilendikleri görülmektedir (29). Belki de bu yüzden bu tür talepler, incelenen çoğu durumda çocuk tarafından makul olarak görülmekte ve isyana yol açmamaktadır (29). Ayrıca, güncel bir çalışmada demokratik ebeveynlik tarzının

çocukların öz bakım becerisi ile pozitif ilişkili olduğu, diğer ebeveynlik tarzlarının ise negatif ilişkili olduğu gösterilmiştir (35). Çocukların yürütücü işlevinin yüksekliğinin demokratik ebeveynlik tutumları ile anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu da bulunmuştur (35).

Başka çalışmalardan elde edilen bulgular, ebeveynin taleplerinin çocukta asilik veya antisosyal saldırganlığı yalnızca ebeveyn de düşmanca ve kısıtlayıcı olduğunda tetiklediğini göstermektedir (28, 40). Ebeveynlerini zorlayıcı ama aynı zamanda yüksek özerkliğe izin verici ve duyarlı olarak gören çocukların diğerlerine göre daha uyumlu ve daha az saldırgan oldukları gözlenmiştir (29). Ebeveynin duyarlılığının yaygın olarak çocuktaki anksiyete ve depresyon gibi içselleştirici semptomlara karşı tampon görevi gördüğü ve öz saygı ve yeterlilik duygularını artırdığı bulunmuştur(36). Demokratik ailelerde yetişen çocuklar ve ergenler daha yüksek düzeyde özsaygılı, okulda daha yetkin ve başarılı, antisosyal davranışlar ve madde kullanımı gibi içselleştirme ve dışsallaştırma davranışlarına daha az eğilimli olmakta ve genel olarak daha iyi uyum sağlamaktadırlar(37).

2.1.4. Aşırı Korumacı Tutum

Çocuğun güvenliğini ve emniyetini destekleyen koruyucu ebeveynlik davranışlarında fiziksel/psikolojik ihalden aşırı ebeveyn korumasına (aşırı ve gelişimsel olarak uygun olmayan düzeyde ebeveyn koruyuculuğu) kadar uzanan geniş bir değişkenlik yelpazesi vardır(32).

Aşırı korumacılık kavramı, ilk kez 1930'larda Levy tarafından ortaya konmuştur (22). Ebeveynin aşırı korumacı tutumu, çocuğun gelişim düzeyi ve yetenekleriyle uyumsuz şekilde aşırı düzeyde anne veya baba korumasıdır (22, 32). Annenin aşırı korumasına ilişkin karakteristik özellikler şöyle tanımlanmıştır:1. Aşırı fiziksel veya sosyal temas (örneğin, sürekli refakat ve uzun süreli birlikte uyuma); 2. Uzun süreli bebekleştirme (örneğin, normal süttten kesme yaşının ötesinde ısrarla emzirme veya biberonla besleme veya çocuğun kendi yeteneğine rağmen onu besleme, giydirme ve tuvaletini yaptırma); 3. Bağımsız davranışın ve sosyal olgunluğun aktif olarak

engellenmesi (örneğin, okula başlamanın geciktirilmesi veya çocuğun sadece annenin gözetiminde oynamasına izin verilmesi); ve 4. Ebeveyn kontrolünün ya aşırı hoşgörülü olması ya da baskın bir şekilde aşırıya kaçması (örneğin, sınır koyamama veya çocuğun davranışlarının katı bir şekilde aşırı düzenlenmesi). Aşırı korumacı annelerin çocuklarının bağımsız aktivitelerini sınırlamaya çalışmasının nedeni, çocuğun zamanla artan bağımsızlığının kendi baskınlığına ve çocuğunu sahiplenmesine karşı bir tehdit olduğunu düşünmesiyle açıklanabilir(24).

Aşırı korumacı davranışlar çocuğun duygusal ifadesinde zorluklara yol açabilir ve çocuğun özerkliğinin gelişmesini ve kişiler arası ilişkilerin gelişmesini engelleyebilir. Bununla birlikte, ebeveyn koruyucu davranışlarındaki farklılıkların orta çocukluk dönemindeki tipik gelişimsel işlevleri ne ölçüde etkilediği tam olarak bilinmemektedir. Potansiyel etki alanları arasında öz saygı, sosyal kabul, akademik performans da dahil olmak üzere ebeveyn katılımından büyük ölçüde bağımsız faaliyetlerde yeterlilik ve bireysellik ile uyumluluk arasında uzlaşma yer almaktadır. Ebeveynin korumacı davranışlarının çocuk büyüdükçe ve daha özerk hale geldikçe azalması beklenmektedir. Bu nedenle, ebeveyn korumacı davranışı, çocuklarda önemli etkileri olan gelişimsel bir konudur (32).

Aşırı destek ve gelişimsel olarak uygun olmayan davranışların benimsenmesi ile karakterize olan aşırı korumacı ebeveynlik, çocukların yaşlarına uygun zorluklarla etkili bir şekilde başa çıkma becerilerini sınırlandırmaya hizmet eder (32). Çeşitli çalışmalar, ebeveyn aşırı korumasının gelişmekte olan çocuk veya ergen üzerinde zararlı etkileri olabileceğini göstermektedir (32, 41, 42). Bazı çalışmalar ebeveyn aşırı korumasının çocuğun bağımsız işlevsellik düzeyini zayıflattığını öne sürmektedir (32, 41, 43). Ancak bazı durumlarda, ebeveyn korumasının artırılması çevreye uygun bir yanıt olabilir (örneğin, şiddet içeren, kentsel bir mahallede veya tehlikeli makinelerin bulunduğu bir çiftlikte ikamet etmek) (32).

Korumacı ebeveyn tepkileri, ebeveyn sıkıntısı ile işlevsel yetersizliği olan kronik hasta bir çocuktaki depresyon, anksiyete ve durumunu felaketleştirme

arasındaki ilişkiye kısmen aracılık etmektedir (41). Bununla birlikte, ebeveyn korumacı davranışı, ebeveynin çaresizliği ile çocuğun işlevsel yetersizliği arasındaki ilişkiye tamamen aracılık etmektedir. Bu da ebeveyn çaresizliğinin çocuğun işlevsel yetersizliğine katkıda bulunmadığını göstermektedir (44).

Çalışmalar, çocuğun ağrısı veya hastalığı karşısında ebeveynlerin yaşadığı stres ve sıkıntının bakım verme davranışları üzerinde önemli etkileri olabileceğini göstermektedir. Özellikle, ebeveynin stresi ve sıkıntısı daha fazla aşırı korumacı davranışın habercisi gibi görünmektedir (44, 45). Özellikle çocuklardaki aşılama, enjeksiyon tedavisi ya da lösemi, enfeksiyonlar gibi hastalıklarda uygulanan iğneli prosedürler (örneğin, lomber ponksiyon, kemik iliği aspirasyonu) gibi ağrı verici uygulamalar bağlamında, giderek artan sayıda kanıt, ebeveynin ağrıya yönelik çocuğa güven vermek ve onu rahatlatmak amacıyla verdiği korumacı tepkilerin çocuğun ağrı ve sıkıntısının artmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (46, 47).

Ebeveynlerden çocuğa uzanan sosyal öğrenme teorisi, ebeveyn tepkilerinin pediatrik ağrı bağlamında çocukların sonuçlarını nasıl etkilediğine dair bir model sunmaktadır (44). Özellikle çocuklar, ebeveynlerin sıkıntıya karşı tepkilerini izleyerek ve ağrıları olduğunda çocuğun okula gitmeyip evde kalmasına izin verilmesi gibi ebeveyn korumacı davranışlarından ipuçları alarak ağrıya nasıl tepki vereceklerini öğrenirler (44). Okul çocukları ve kronik ağrısı olan (örn. Kanser) çocuklardaki bulgular, ebeveynin artmış stresinin, onun aşırı korumacı ve ağrıya katılma davranışını artırabileceğini, bunun da çocuğun ağrısında ve sıkıntısında artışla ilişkili olduğunu göstermektedir (44).

Ebeveynlerin tutum ve davranışları, çocuklarının veya kendilerinin kronik bir hastalığının ortaya çıktığı durumlarda normalden farklı olabilir (16, 20, 48).

2.2. Türkiye’de ve Yurt Dışında Geliştirilmiş Ebeveyn Tutum Ölçekleri

Türkiye’de ve yurt dışında ebeveyn-çocuk ilişkisini inceleyen, ebeveyn tutum ve davranışlarını ölçmek için farklı ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçeklerden bazıları

anne ve babalardan, bazıları da çocuk ve ergenlerden veya her ikisinden de elde edilen veriler doğrultusunda ebeveynlik tutum ve davranışlarını değerlendirmektedir. Tablo 2.2.'de yurtdışında geliştirilmiş ve Türkçe'ye uyarlanmış ebeveyn tutum ölçekleri görülmektedir. Tablo 2.3.'te yurt dışında geliştirilmiş orijinal ebeveyn tutum ölçekleri, görülmektedir. Tablo 2.4.'te Türkiye'de geliştirilmiş ebeveyn tutum ölçekleri görülmektedir.

Tablo 2.2.Yurt Dışında Geliştirilmiş ve Türkçe'ye Uyarlanmış Ebeveyn-Çocuk İlişisini İnceleyen Ebeveyn Tutum Ölçekleri(23)

Türkçe Adı	Orijinal Adı	Geliştiren (Yıl)	Uyarlayan (Yıl)	Ölçülen	Alt Ölçekler/Boyutlar
Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği	Parental Attitude Research Instrument (PARI)	Schaefer ve Bell (1958)	Le Compte ve Özer (1978)	Anne ve babaların çocuk yetiştirme tutumları	Aşırı annelik, demokratik tutum ve eşitlik tanıma, ev kadınlığı rolünü reddetme, geçimsizlik ve sıkı disiplin
Çocuk Yetiştirme Şekilleri Raporu	The Child Rearing Practices Report (CRPR)	Block (1965)	Sunar (1989)	Ergenlerin algıladıkları anne baba uygulamaları	Ebeveyn tutumları
Anne Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ)	Parent Attitude Scale (PAS)	Steinberg, Elmen ve Mounts (1991)	Yılmaz (2001)		Kontrol/denetleme, kabul/ilgi ve psikolojik özerklik kazanma
Aile-Çocuk İlişkileri Ölçeği (Anne Formu)	Parental Acceptance-Rejection Questionnaire (PARQ)-Mother form	Rohner, Saavedra ve Granum (1980)	Anjel ve Erkman (1993)	Annenin çocuğunu kabullenme ve reddetme davranışlarına ait algılama durumu	Sıcaklık-sevgi, saldırganlık ve kin, ilgisizlik ve ihmal, ayrıştırılmamış reddetme
Aile Kabul ve Reddetme Ölçeği (Çocuk Formu)	Parental Acceptance-Rejection Questionnaire (PARQ)-Child form	Rohner, Saavedra ve Granum (1980)	Erdem (1990)	Çocuğun anne-çocuk ilişkisini nasıl algıladığı	

Tablo 2.3. Yurt Dışında Geliştirilmiş Orijinal Ebeveyn Tutum ve Davranış Ölçekleri(23)

Ölçeğin Orijinal Adı	Geliştiren	Ölçülen	Alt Ölçekler/Boyutlar
Mother-Father-Peer Scale (MFP)	Epstein (1983)	Ebeveyn tutumları (çocuk ve ergen)	Bağımsızlık-cesaretlendirme, aşırı korumacı, kabul ve red
Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ)	Robinson ve ark. (2001)	Demokratik, otoriter ve izin verici ebeveyn tutumları	Demokratik, otoriter ve izin verici
Parent Behavior Inventory (PBI)	Lovejoy, Weis, O'Hare ve Rubin (1999)	Ebeveynlerin okul öncesi çocuklarına olan davranışları	Destekleyici/ilgili ve düşmanlık/zorlayıcı
Child Puppet Interview-Parent Scales (CPI-P)	Sessa, Avenevoli, Steinberg ve Morris (2001)	Okul öncesi çocukların algıladığı ebeveyn tutumları	Yapı, sıcaklık-ilgi ve düşmanlık
Preschool Parenting Measure (PPM)	Sessa, Avenevoli, Steinberg ve Morris (2001)	Ebeveynlerin okul öncesi çocuklarına olan tutumları	Yapı, sıcaklık-ilgi ve düşmanlık

Tablo 2.4. Türkiye’de Geliştirilmiş Ebeveyn Tutum ve Davranış Ölçekleri (23)

Ölçek Adı	Geliştiren	Ölçülen	Alt Ölçekler /Boyutlar
Aile Tutum Envanteri	Torun ve Öner (1989)	Anne babaların çocuk yetiştirme tutumları	Demokratik/otoriter çocuk yetiştirme yöntemleri, çocukla özdeşleşme, uyma davranışı ve sosyal hareketlilik
Algılanan Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği	Okman (1979)	Orta 3. sınıf öğrencilerinin algıladığı anne baba tutumları	Anneden ayrılabilme, annenin özdenetim öğretisi, annenin özerklik eğitimi ve annenin kişilik özellikleri
Ana-Baba Davranış Ölçekleri	Uluğtekin (1976)	Anne babaların çocuk yetiştirme davranışları	Red-kabul ve serbestlik tanıma-kısıtlama
Ana-Baba Tutum Envanteri	Kuzgun (1972)	Anne baba tutumları (çocuk ve ergen)	Demokratik, otoriter ve ilgisiz
Anne Baba Tutumları	Kuzgun ve Bacanlı (2005)	Anne-babaların demokratik, koruyucu/talepkar ve otoriter tutumları (ergen ve yetişkin)	Demokratik, koruyucu/istekçi ve otoriter
Ana-Baba Tutum Ölçeği (Gençler için)	Bilal (1984)	Algılanan anne baba tutumları	Demokratik ve otoriter
Ana-Baba Tutum Ölçeği (Çocuklar için)	Polat (1986)	Anne babaların tutumları (çocuk ve ergen)	Otoriter ve demokratik
Çocuk Yetiştirme Stilleri Ölçeği	Sümer ve Güngör (1999)	Ebeveyn tutumları (ergen)	Sıkı denetim/kontrol ve kabul/ilgi
Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ)	Demir EK, Şendil G (2008)	Ebeveyn tutumları (2-6 yaş)	Demokratik, otoriter, aşırı korumacı ve izin verici

Yukarıda sıralanan ölçeklerden okul öncesi yaşta çocukların ebeveynlerine yönelik olarak geliştirilenler çalışmamızda kullandığımız Demir EK, Şendil G. tarafından ülkemizde geliştirilen Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ) (Tablo 2.4.), orijinal ölçeklerden Lovejoy, Weis, O'Hare ve Rubin tarafından geliştirilen "Parent Behavior Inventory (PBI)"; Sessa, Avenevoli, Steinberg ve Morris tarafından geliştirilen "Preschool Parenting Measure (PPM)" 'dir (Tablo 2.3.).

2.3. Kronik Hastalık

Belirli bir hastalığın kronik hastalık olarak sınıflandırılabilmesi için biyolojik, psikolojik veya bilişsel temeli olmalı ve en az üç ay sürmelidir(49). Buna ek olarak, şunlardan bir veya daha fazlasının doğrudan nedeni olmalıdır: bilişsel, fiziksel, duygusal veya sosyal gelişim alanıyla ilgili olarak aktif olma ve sosyal rolleri yerine getirme dahil olmak üzere günlük işlevlerin sınırlandırılması; sağlıklı çocuklara yönelik olandan tamamen farklı tıbbi, psikolojik ve eğitimsel bakım ihtiyacı bulunması (49). Uzun süre evde kalma ihtiyacının nedeni olan tedavi dönemleri ve hastalıktan kaynaklanan kısıtlamalardan birine bağımlılığın ortaya çıkması da söz konusu olabilmektedir. Örneğin: ilaç kullanmak, yaşam veya sağlık destek makinelerini kullanmak, özel bir diyet veya diğer insanlar tarafından sağlanan yardıma gereksinim duymak.

Kronik hastalığı akut hastalıktan ayıran temel kriterler şunlardır(19):

1. Hastalığın nedeni veya nedenleri: Kronik hastalığa yol açan nedenler akut hastalıktan farklıdır.
2. Hastalığın seyri: Akut bir hastalık söz konusu olduğunda, semptomların ve nedenlerin tanınması kolaydır ve durum kısa sürelidir ve öngörülebilir bir sonu vardır; oysa kronik bir hastalık yavaş gelişir ve ne kadar süreceğini tahmin etmek zordur ve 'hastalığın sessiz fazı' olarak adlandırılan bir dönemle karakterize edilir (50). Kronik bir hastalıktan tam iyileşme elde etmek mümkün değildir ve hastalığın hızlı bir nüks evresi genellikle uyku evresinden hemen sonra gözlemlenebilir (51). Her türlü

terapötik faaliyet, öncelikle hastanın günlük yaşamda mümkün olan en iyi şekilde işlev görmesini sağlamayı amaçlar, ancak bunun hiçbir zaman bireyin tamamen iyileşmesiyle sonuçlanmayacağını vurgulamakta fayda vardır.

3. Hastalığın doğası: Akut hastalıklarda hasta semptomları tanıyamaz ve bunları neden ile ilişkilendiremez; kronik hastalıklarda ise semptomlar tam olarak gelişene kadar neden ile ilişkilendirmek zordur (19).

4. Sonuçlar: Akut hastalıklarda, uygun tedavi uygulandıktan sonra hastanın tamamen iyileşmesi mümkündür (52). Genellikle akut hastalıklar hastanın hayatında kalıcı değişikliklere neden olmaz. Bununla birlikte, kronik bir hastalık durumunda, tıbbi prosedürlere ve tedaviye bağımlılık, hasta bir kişinin hayatının sonuna kadar devam etme eğilimindedir ve bu da bir kişinin bedensel, zihinsel ve sosyal işlevlerini etkiler (19, 51).

2.3.1. Çocukta Kronik Hastalık Varlığı

Kronik hastalığı olan çocuklar ve ergenlerde, sosyalleşme sorunları, grup aktivitelerine katılmada isteksizlik, anksiyete, depresyon, sosyal geri çekilme ve içselleştirme gibi psikolojik sorunların görülme sıklığının %21,9 gibi yüksek bir oranda olduğu bildirilmiştir (53, 54). Ayrıca, çocukluk çağı kronik hastalıklarının aile üyelerinin yaşam kalitesinde azalma ve aile işlevlerinde bozulma ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (6-8). Zihinsel, duygusal ve davranışsal bozukluklar (55), astım (56), tip 1 Diabetes Mellitus (DM) (20) ve kanser (57) gibi kronik hastalıklara sahip çocukların ailelerinin, bu zorluklarla olumlu bir şekilde başa çıkmak için dayanıklılık (58, 59), daha güçlü ilişkiler, daha iyi aile uyumu ve olumlu aile inanç sistemleri geliştirdiğine dair kanıtlar bulunmaktadır (60).

Çocukta kronik hastalık varlığı, tedavi sırasında hem tıbbi açıdan (yeni bakım alışkanlıkları geliştirme, uzun süreli tedavilerin üstesinden gelme ve yan etkilerle yaşamayı öğrenme vb.) hem de psikolojik açıdan (tedavi sırasında akademik ve sosyal yaşamı sürdürme, olumlu bir benlik imajı geliştirme, hastalığın alevlenmesi ya da nüksetmesi korkusu vb.) zor duyguları düzenleme ve hastalık deneyimini kendi kimlik

duygusuna entegre etme gibi çocuğun hayatına birçok karmaşık zorluk getirir (61). Hastalığın şiddeti, tedavinin yoğunluğu ve prognozun ciddiyeti, diğer faktörlerin yanı sıra, hastalığın hastanın yaşam kalitesi, psikolojik refahı ve depresyon semptomlarının ortaya çıkması üzerindeki etkisini değiştirebilir (61).

Bir sistem olarak aile, “karmaşık, entegre bir bütün” oluşturur; burada aile bireyleri zorunlu olarak birbirlerine bağımlıdır ve birbirleri üzerinde sürekli ve karşılıklı bir etkileşime sahiptir (62). Dolayısıyla, herhangi bir aile üyesi ayrılmaz bir şekilde aile sisteminin içine gömülüdür ve asla tam olarak bu sistemin kapsamından bağımsız olarak düşünülemez (62). Bu nedenle ailedeki bireylerden birinin hastalığı diğer bireyleri de etkilemektedir. Kronik hastalık, çocuğun ve çocuğun ailesinin mevcut durumunu etkileyen büyük bir stres faktörü olarak kabul edilmektedir. Genellikle karşılanması gereken belirli gereksinimler ve kısıtlamalar da vardır (2). Bu zor durumda aile, adaptasyon olarak adlandırılan, bu durumla nasıl başa çıkacağını öğrenme sürecinden geçmelidir. Bu süreç, davranış değişikliği yoluyla mevcut gereksinimlere pasif bir uyum değil, karşılaşılabilecek zorluklara ve tehditlere karşı yaratıcı tepkiler oluşturmayı kapsar (2). Bu eylemler, kronik bir hastalıktan etkilenmeyle ilişkili olarak ortaya çıkan fayda ve zararların olumlu bir şekilde değerlendirilmesiyle sonuçlanmalıdır.

Kronik hastalığın ortaya çıkması, her çocuğun hayatında bir dizi değişikliğe katkıda bulunur (19). Bu nedenle, adaptasyon süreci uzun ve karmaşıktır (19). Bir kişinin özel gereksinimleri ve deneyimleri, mevcut durumun öznel algısını önemli ölçüde etkilemektedir. Çocuk da dahil olmak üzere hasta, böylece yeni yaşam durumunun yanı sıra kendi sağlığıyla ilgili deneyimlediği ve günlük yaşamda çevredeki gerçeklik ve sorunlara ilişkin bir görüş oluşturur (63).

Bir çocuğun uzun süreli bir sağlık sorunu yaşadığı ailede, aile ilişkilerinin normal işleyişini engelleyen belirli davranışlar vardır (64). Aileyi bir sistem olarak ele alan kavrama atıfta bulunarak, aile sadece bireysel üyelerinin toplamından ibaret değildir, aile üyeleri arasındaki ilişkiler ve etkileşimler önemlidir (65). Çocuğun

hayatını tehdit eden bir hastalık veya tedavisi olmayan bir hastalık haberinin alınması, tüm aile için zor bir durumdur; bir şok ve stres kaynağıdır; ailenin her bir üyesinin hayata bakışını ve işleyişini ayrı ayrı etkiler ve değiştirir (2, 19). Bu tür ailelerde özellikle de çocuğa bakmakla yükümlü olan ebeveynler genellikle kendilerini suçlu hissederler (19). Ayrıca, çalışmalarda, kronik hastalığı olan çocuklarda ebeveynlerinin suçluluk duygusuyla sergiledikleri davranışlarıyla daha da güçlenen talepkar tutum gözlenmiştir (19, 47).

Çocuğun hastalığı nedeniyle aile hayatının yeniden düzenlenmesi, esas olarak hastalığın ciddiyetine ve ebeveynlerin çocuğu tek başına yetiştirip yetiştirmediğine, çocuğun anaokulunda veya entegrasyon okulunda derslere katılıp katılamayacağına veya ebeveynlerin diğer insanlardan destek alıp alamayacağına bağlıdır (65). Bir çocuğun edindiği bilgi, önce bir imge, sonra da kendisi, çevresindeki dünya ve kendi hastalığı hakkında bir kavram olarak birikir. İhtiyaçlar ve görevler ile bunların uygulanmasına yönelik yöntemler ve koşullar arasında bir dengesizlik olduğunda zor bir durum ortaya çıkar (19, 66). Bu dengesizlik sonucu, günlük rutin faaliyetlerin düzenli seyri bozulur, rutin görevlerin normal düzeyde tamamlanma olasılığı azalır ve hayatın normal akışı bozulur. Başarısızlık olasılığını artıran hastalık durumu “zor” olarak tanımlanır ve aile kurumunun bununla başa çıkmak için ek kaynaklar kullanması gerekir. Hastalığın türüne ve oluşumuna bağlı olarak, yoksunluk, aşırı yük, engel ve acil durum gibi zor durumlar ortaya çıkar (19, 55).

2.3.2. Ebeveynde Kronik Hastalık Varlığı

Çok sayıda çalışma, kronik hastalıklı ebeveyne sahip çocukların saldırgan ve suç davranışları gibi dışsallaştırma, anksiyete ve depresyon gibi içselleştirme, sosyal, kimlik ve düşünce problemleri veya bunların bir birleşimini içeren sorunlu davranışlar gösterebildiğini bildirmiştir (16). Bu sorunlu davranışlarda hastalığın ciddiyetinden ziyade günlük zorlukların miktarı ve stres algısı rol oynamaktadır (16, 67). Ebeveyninde kronik hastalık olan çocuklar bu stres faktörüne kendilerini izole ederek, suçlu hissederek ve ebeveyn sağlığındaki değişiklikler hakkında endişelenerek tepki

verebilirler. Olumsuz sağlık sonuçlarından veya ebeveynlerinin ölümünden korkmak, çocuklarda baş ağrısı, kramplar ve bağışıklık yanıtlarında zayıflama gibi psikosomatik Őikayetlere neden olabilir (16). Bu belirtiler depresyon, anksiyete, içe kapanma davranışıyla birlikte fiziksel Őikayetler olarak tanımlanmakta ve içselleştirme davranışını oluşturmaktadır (68). Bazı çalışmalarda ise ebeveynin kronik hastalığının çocuğun işlevselliğine belirgin etkisi bulunmamıştır (69).

Visser ve arkadaşları'nın (68) en az bir ebeveynin kanser olmasının çocuklar üzerindeki etkisini duygusal, sosyal ve davranışsal, bilişsel ve fiziksel işlevsellik açısından incelediği bir sistematik derlemede neredeyse tüm çalışmalar, ergenlerin norm gruptakilerden daha fazla duygusal sorun (anksiyete ve depresyon gibi) yaşadığını bildirmiştir. Okul ağındaki çocuklar için ise, sonuçlar tutarsız olup, akranlarına kıyasla daha fazla duygusal sorundan eşit işlevselliğe kadar değişmektedir (68). Nitel alışmalar okul çağındaki çocuklarda duygusal ve davranışsal sorunlar olduğunu ortaya koymuş ve ayrıca her yaştan çocukta bilişsel ve fiziksel işlevsellikte kısıtlamalar tanımlamıştır. ocuk işlevselliği ile ilgili en tutarlı değişkenlerin ebeveynin psikolojik işlevselliği, evlilik memnuniyeti ve aile iletişimi olduğu belirlenmiştir (68).

Kronik hastalığı olan ebeveynlere sahip çocuklar ile sağlıklı ebeveynlere sahip çocuklar arasındaki problem davranışı farklılıkları üzerine yapılan 19 çalışmanın meta-analizi, kronik hastalıklı ebeveyni olan çocuklarda içselleştirme ve dışsallaştırma problem davranışları için önemli genel etki büyüklükleri ortaya koymuştur (16).

Jrgensen ve arkadaşlarının (70) alışmasında, ebeveyn hastalığının farklı kategorileri (zihinsel, fiziksel ve işlevsel olarak bozucu) ve bunların günlük yaşamı etkileme ve aksatma derecesi ile çocukların yaşam memnuniyetlerinin olumsuz etkilenimi arasında önemli ilişki bulunmuştur.

Van der Werf ve arkadaşları, (71) akıl hastalığı olan bir ebeveynle yaşayan öğrencilerin, fiziksel olarak hasta bir ebeveynle yaşayanlara göre günlük yaşamlarında olumsuz sonuçlarla karşılaşma riskinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Benzer Şekilde, Krattenmacher ve arkadaşları (72) ebeveynlerinde akıl hastalığı olan ailelerde

yaşayan çocuklarda, ebeveynlerinde kanser olan ailelere kıyasla daha yüksek oranda duygusal ve davranışsal sorunlar tespit etmiştir. Bir derleme, ebeveynlerde, özellikle de annelerde kalıcı ruh sağlığı bozuklukları ile düşük ve orta gelirli ülkelerde çocuklarda yetersiz beslenme ve ishal, diğerlerinde ise yaralanma ve astım prevalansının artması arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (73).

Sağlık çalışanları çoğunlukla hasta ebeveynler ve eşleriyle ilgilenmekte, bir kısmı ömür boyu ebeveynine bakım vermek zorunda olabilecek çocuklar genellikle arka planda bırakılmaktadır. Aslında, ebeveyni kronik hasta olan çocuklar genellikle hasta bir kişiye bakma sorumluluğu altında ezilmiş hissetmektedir ve mevcut durum hakkında yeterince bilgileri yoktur (16). Ebeveynleri kronik hasta olan çocuklar arasında akut duygusal sorunların %55 gibi yüksek bir oranda olduğu ve sıklıkla yetişkinlikte de devam ettiği gösterilmiştir(16).

Pakenham ve arkadaşlarının (74) çalışmasında, sağlıklı ebeveynlerin çocuklarıyla karşılaştırıldığında, multipl sklerozlu ebeveynlerin çocuklarında daha fazla aile sorumluluğu, problem çözme ve sosyal destek arayışına daha az güvenme, daha yüksek somatizasyon ve daha düşük yaşam memnuniyeti ve olumlu etki gözlenmiştir.

Çocukların özellikle erken gelişim dönemlerinde anneler genellikle birincil bakım verenlerdir. Bu nedenle onların sağlığı ve refahı çocuğun duygusal ve fiziksel gelişimi için çok önemlidir (73, 75). Annelerde kronik hastalığın varlığı, günlük bakım verme dinamiklerini ve annenin bakım verme sorumluluklarını yerine getirme kapasitesini etkileyebilir (76-78). Bu bağlamda, annelere ve çocuklarına etkili destek sağlayan hedefe yönelik müdahaleler geliştirmek için anne sağlığının ebeveynlik stratejilerini nasıl etkilediğine dair içgörü kazanmak çok önemlidir (73). Buna rağmen, ebeveyn hastalığının kronik hasta ebeveynlerin çocuklarına yönelik tutumlarını nasıl şekillendirdiğini inceleyen araştırmalar açısından literatürde önemli bir boşluk bulunmaktadır.

Aile Sistemleri Teorisi ve Stres-Kırılganlık Teorisi, anne-çocuk kronik hastalıkları bağlamında ebeveynlik tarzlarının nasıl geliştiğini anlamak için değerli bir çerçeve sunmaktadır (79-81). Bu teori, ailenin şu özelliklerini ortaya koyar: 1. Bir bütünün, parçalarının toplamından daha büyük olduğu ve sadece her bir parçanın birleşik özelliklerinden anlaşılamayacak özelliklere sahip olduğu bütünlük ve düzen; 2. Kendi başına birer sistem olan alt sistemlerden oluşması ve hiyerarşik yapısı; 3. Sistemin iç işleyişinde koordineli değişiklikler yaparak çevredeki değişen koşulları telafi eden homeostatik özelliği gibi kendi kendini dengeleme; ve 4. Açık, yaşayan sistemlerin mevcut sistemdeki değişikliklere veya zorluklara uyum sağlama yeteneği ile kendi kendini organize etme. Aile Sistemleri Teorisine göre, kronik hastalık aile dinamiklerini bozarak ebeveyn rollerinde ve davranışlarında değişikliklere yol açabilir (79).

Stres-Kırılganlık Teorisine göre biyolojik kırılganlık ve stres faktörleri psikiyatrik bir bozukluğun gelişmesinden sorumludur, o halde koruyucu faktörler biyolojik kırılganlığı ve stresi azaltmaya yardımcı olacaktır. Stres-Kırılganlık Teorisi de kronik hastalığın önemli bir stres yarattığını, bunun da ebeveynlerin duygusal dayanıklılığını etkileyerek ebeveynlik yaklaşımlarında değişikliklere yol açabileceğini öne sürmektedir (48, 79). Bu teoriler birlikte, hem aile dinamiklerinin hem de bireysel stres tepkilerinin kronik hastalık karşısında ebeveynlik tarzlarını nasıl etkilediğine dair fikir vermektedir.

Kronik hastalık yaşayan hem anne hem de çocuk bağlamında ebeveyn tutumlarını ele alan literatür eksikliği bulunmaktadır. Bu boşluk, anne-çocuk çiftinin kronik hastalığının ebeveynlik davranışlarını ve tutumlarını nasıl etkilediğinin daha fazla araştırılması gerektiğini vurgulamakta ve bu tür zorluklarla karşılaşan aileleri desteklemek için hedefe yönelik müdahaleler için fırsatlar sunmaktadır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Katılımcılar

Bu çalışmada, Mart-Ağustos 2022 tarihleri arasında Ankara’da üç farklı sağlık kuruluşunun pediatri kliniklerinden 2-6 yaş arasındaki anne-çocuk çiftleriyle yapılmış olan “Annelerin sigara içiminin psikopatolojik durumları ve ebeveynlik özellikleri ile ilişkisi” adlı (82), SBÜ Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 16.03.2022 tarihinde, 2020-KAEK-141/307 sayılı, E-22/03-300 Protokol numarası ile etik kurul onayı alınmış (Bkz.EK-1) çalışmada toplanmış anne-çocuk çiftlerinin verileri ikincil analiz için araştırmaya dahil edilmiştir. Mevcut çalışmanın gerçekleştirildiği sağlık kuruluşları, Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi, Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ve Başkent Üniversitesi Hastanesi’dir. Çeşitli sağlık hizmeti ortamlarını temsil etmek amacıyla seçilen bu hastaneler, bir üniversite hastanesi, bir eğitim ve araştırma hastanesi ve bir özel üniversite hastanesi olmak üzere farklı özelliklere sahiptir. Böylece, çocukları için tıbbi bakım arayan geniş bir popülasyonu temsili olarak kapsaması hedeflenmiştir. Mevcut çalışma verilerinin ikincil analiz ile tez kapsamında kullanılması için 27.11.2024 tarihli, 2024/20-53 sayılı Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu’ndan onay alınmıştır (Bkz. EK-1).

Çalışmanın evreni, 2-6 yaş arasında en az bir çocuğu olan ve çocuğu ile birlikte yaşayan anne-çocuk çiftlerinden oluşmuştur.

Dahil edilme kriterleri; annenin ve çocuğun çalışmaya katılmayı kabul etmesi, annenin 18 yaşından büyük olması, çocuğun 2-6 yaş arasında olması ve annesiyle birlikte yaşıyor olması olarak belirlenmiştir. Ayrıca, çocukların belirtilen pediatri kliniklerine herhangi bir nedenle başvurmuş olmaları gerekmektedir. Aynı annenin kriterlere uygun yalnızca bir çocuğu çalışmaya dahil edilmiştir.

Dahil edilmeme kriterleri ise annenin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, çocuğun 2 yaşından küçük (24 aydan küçük) veya 6 yaşından büyük (72 aydan büyük) olması, ya da çocuğun annesiyle birlikte yaşamıyor olmasıdır.

Katılımcılar, hem annenin hem de çocuğun sağlık durumuna göre dört kategoriye ayrılmıştır:

(a) Anne Hasta, Çocuk Sağlıklı (annenin en az bir kronik hastalığının bulunduğu ancak çocuğun sağlıklı olduğu),

(b) Anne Sağlıklı, Çocuk Hasta (annenin kronik hastalığının olmadığı ancak çocuğun en az bir kronik hastalığının bulunduğu),

(c) Hem Anne Hem Çocuk Hasta ve

(d) Hem Anne Hem Çocuk Sağlıklı.

Araştırmaya dahil edilen tüm annelerden yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.2. Çalışma tasarımı

Kesitsel tipte bir çalışmadır. Bu tez çalışması kapsamında Altinel Açoğlu ve arkadaşlarının "Annelerin sigara içiminin psikopatolojik durumları ve ebeveynlik özellikleri ile ilişkisi" adlı çalışmasında derlenen veriler kullanılmış, farklı ve ileri analizleri yapılmıştır (82). Altinel Açoğlu ve arkadaşlarının (82) çalışmasının veri setinden anne-çocuk çiftlerinin genel özellikleri ve Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ) (23) ile ilgili kısmı seçilerek çalışmaya dahil edilmiştir. Altinel Açoğlu ve arkadaşlarının (82) çalışmasında anne-çocuk çiftlerinin genel özellikleri literatürden yararlanılarak oluşturulan 27 maddelik anket (82-84) ve ebeveynlik özellikleri 46 maddeden oluşan ETÖ 'nün uygulanmasıyla derlenmiştir (Bkz. EK-2). İlgili çalışma verilerinin annelere yüz yüze uygulanan anket-ölçek ile toplandığı görülmektedir (82).

3.2.1. Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ)

Çalışmada kullanılan ETÖ, Demir ve Şendil (23) tarafından 2-6 yaş arasında çocuğu olan ebeveynlerin ebeveynlik davranışlarını ölçmek için 2008 yılında geliştirilmiş ve geçerliliği kanıtlanmıştır. Annelere uygulanan bu kapsamlı ölçek, toplam 46 maddeden oluşan, beş seçenekli Likert tarzında bir ölçektir. Bu ölçek ebeveyn tutumlarını dört temel boyuttaki alt ölçeklerle değerlendirmektedir: Demokratik, Otoriter, Aşırı korumacı ve İzin verici. Her bir alt ölçek, ebeveyn davranışının duyarlılık, kontrol, sıcaklık ve özerklik gibi farklı yönleri hakkında fikir vermektedir. Demokratik alt ölçek 17, Otoriter 11, Aşırı koruyucu 9, İzin verici 9 maddeden oluşmaktadır. ETÖ alt ölçeklerinin *Cronbach* alfa ile değerlendirilen iç tutarlılığı, önceki çalışmada Demokratik için 0,83, Otoriter için 0,76, Aşırı korumacı için 0,75 ve İzin Verici alt ölçekleri için 0,74 olarak bulunmuştur (82). Bizim çalışmamızda ise *Cronbach* alfa değerleri sırasıyla 0,80, 0,69, 0,76 ve 0,70'tir.

ETÖ'de Baumrind (27-29) tarafından 1966, 1971 ve 1995 yıllarında ebeveyn tutumu çalışmalarında vurgulanan demokratik, otoriter ve izin verici ebeveynlik tutumlarına ek olarak aşırı korumacı boyut alt ölçeği yer almaktadır. Ölçekte yer alan maddeler davranış örüntülerini içerir ve her bir davranış örüntüsünün sıklığına göre değişen 5 seçenek vardır. Seçenekler şunlardır: "Her zaman böyledir"; 'Çoğunlukla böyledir'; 'Bazen böyledir'; 'Nadiren böyledir' ve 'Hiçbir zaman böyle değildir'. Her madde için bu seçeneklerden biri işaretlenmelidir. Maddeler puanlanırken "Her zaman böyledir" seçeneğine 5 puan, "Hiçbir zaman böyle değildir" seçeneğine 1 puan verilir. Her boyut için puanlar ayrı olarak hesaplanır ve her boyut için bir puan elde edilir. Yüksek puan, o boyuta ait davranışın benimsendiğini göstermektedir. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır.

3.3. Örneklem Büyüklüğü

Etki büyüklüğü 0.25 (orta), alfa hatası 0.05, güç 0.95, dört grup ve dokuz ortak değişken dikkate alınarak yapılan hesaplamalar sonucunda, toplam örneklem büyüklüğü 840 olarak belirlenmiştir. Ayrıca, %10'luk bir potansiyel eksik ve hatalı

veriler için yapılan düzeltme ile hedeflenen tamamlanmış anket sayısı 924 olarak belirlenmiştir.

3.4. İstatistiksel Analiz

Veriler IBM-SPSS 23 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Değişkenlerin dağılım özelliği Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Veriler normal dağıldığında, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Verilerin normal dağılmadığı durumlarda ise çeyreklerle birlikte medyan değeri rapor edilmiştir.

ETÖ alt ölçeklerine ilişkin veriler çarpık bir dağılım sergilemiştir. Sağlıklı anne-çocuk çiftlerini içeren önceki bir çalışmadan elde edilen ETÖ alt ölçeklerinin en yüksek çeyreği, mevcut çalışmada bu alt ölçekler için üst (yüksek) seviyeyi tanımlamak amacıyla kullanılmıştır (82).

ETÖ alt ölçekleri bağımlı değişkenler olarak kabul edilirken, anne-çocuk çiftinin özellikleri bağımsız değişkenler olarak ele alınmıştır. Kategorik veriler içeren parametrelerdeki grup farklılıkları Ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Önemli etkileşimler tespit edildiğinde, farklılıklardan sorumlu olan grupları belirlemek için post-hoc analizleri ve alt grup analizleri yapılmıştır.

Anne-çocuk çiftlerinin özellikleri ve yüksek ETÖ alt ölçek düzeylerinin ortaya çıkışı, potansiyel karıştırıcı faktörler kontrol edilerek çoklu lojistik regresyon analiziyle değerlendirilmiştir. Tek değişkenli analizde p-değeri $<0,2$ olan anne-çocuk değişkenleri çok değişkenli lojistik regresyon analize alınmıştır. Model 1'de anne-çocuk değişkenleri ile yüksek ETÖ alt ölçek puanları arasındaki ilişki incelenirken, Model 2'de diğer ETÖ alt ölçek puanları da karıştırıcı faktör olarak analize dahil edilmiştir. Düzeltilmiş olasılık oranı (Adjusted odds ratio, AOR) ve %95 güven aralıkları (GA) hesaplanmış ve istatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışma sırasında, tamamlanan 930 anketten 32'sinde eksik veri mevcuttu ve 20'si yaş kriterlerini karşılamıyordu, bu nedenle bunlar çalışmadan çıkarıldı. Sonuç olarak 878 anket verisi analize dahil edildi.

4.1. Çocukların Genel Özellikleri

Çalışmaya alınan çocukların sadece % 7,5'i 37 haftadan erken doğmuş (prematüre) iken, çoğunluğu (%92,5) zamanında (≥ 37 hafta) doğmuştu. Çocukların ortalama (\pm SD) doğum ağırlığı 3175 (± 500) gramdı. Çocukların sadece %6,6'sı düşük doğum ağırlıklı (<2500 gram) iken çoğunluğu (%93,4) normal (≥ 2500) doğum ağırlığıyla dünyaya gelmişti. Çocukların yaşları 2-6 yıl aralığında, ortalama (\pm SD) 3,9 ($\pm 1,3$) yıldır. Çocukların %52,3'ü erkekti. Çocukların yarısı (%50,0) kreşe veya anaokuluna devam etmekteydi (Tablo 4.1.).

Tablo 4.1. Çocukların Genel Özellikleri

Özellikler	Ortalama \pm SD, Medyan (25-75 p), [Min-Maks], N (%)
Doğum haftası <37 hafta	66 (7,5)
Doğum ağırlığı, gram	3175 \pm 500 [610-5000]
< 2500	58 (6,6)
≥ 2500	820 (93,4)
Çocuğun cinsiyeti, Erkek	459 (52,3)
Çocuğun yaşı, yıl	3,9 \pm 1,3 [2-6]
2	156 (17,8)
3	211 (24,0)
4	208 (23,7)
5	187 (21,3)
6	116 (13,2)
Kreş / Anaokuluna Devam Etme	
Evet	439 (50,0)
Hayır	439 (50,0)

4.2. Annelerin ve Ailelerin Genel Özellikleri

Katılımcı annelerin yaşları 19-52 yıl aralığında, ortalama (\pm SD) 33,2 (\pm 5,5) yıl idi. Annelerin çoğunluğu (%53,6) üniversite mezunuydu ve yaklaşık yarısı (%51,0), bir işte çalışmaktaydı. Benzer şekilde, babaların çoğu (%58,2) üniversite mezunuydu ve neredeyse tamamı (%97,4) bir işte çalışmaktaydı. Hanelerin %79,7'si beşten az kişiden, %20,3'ü ise beş veya daha fazla kişiden oluşmaktaydı. Annelerin çoğunluğu (%89,6) çekirdek aileye sahipti. Annelerin sahip olduğu çocuk sayısı 1-7 arasında, ortalama (\pm SD) 1,8 (\pm 0,8) idi. Ayrıca, annelerin %37,0'sinin sadece bir, %63,0'ünün birden fazla çocuğu vardı ve %3,4'ünün fetüs veya çocuk ölüm öyküsü mevcuttu (Tablo 4.2.).

Tablo 4.2. Annelerin ve Ailelerin Genel Özellikleri

Genel Özellikler	Ortalama \pm SD, Medyan (25-75 p), [Min-Maks], N (%)
Annenin yaşı (yıl)	33,2 \pm 5,5 [19-52]
<30	232 (26,4)
30-34	301 (34,3)
35-39	223 (25,4)
\geq 40	122 (13,9)
Annenin eğitim düzeyi	
\leq Ortaokul	166 (18,9)
Lise	241 (27,4)
Üniversite	471 (53,6)
Annenin bir işi olması	448 (51,0)
Hane halkı büyüklüğü	4.0 \pm 1.0 [3-11]
< 5 kişi	700 (79,7)
\geq 5 kişi	178 (20,3)
Aile tipi, Çekirdek	787 (89,6)
Çocuk sayısı	2 [1-7]
Bir çocuk	325 (37,0)
> 1 çocuk	553 (63,0)
Fetüs-çocuk ölümü öyküsü	30 (3,4)
Rahim içi kayıp	14 (1,6)
Bebek-çocuk ölümü	16 (1,8)

4.3. Ebeveyn Tutum Ölçeği Puanları

Ebeveyn tutumu alt ölçek puanlarının medyan (25-75p) değerleri Tablo 4.3'te gösterilmiştir. Ebeveyn tutum ölçeğine ait alt ölçek puanlarının genel dağılımı medyan (25-75p) olarak Demokratik tutum alt ölçeği için 74 (69-79), Otoriter tutum için 19 (17-23), Aşırı Korumacı tutum için 33 (29-38) ve İzin verici tutum için 23 (20-27) puan şeklindeydi.

ETÖ'de yüksek alt ölçek puanları Demokratik tutum için ≥ 78 , Otoriter tutum için ≥ 23 , Aşırı korumacı tutum için ≥ 37 , İzin verici tutum için ≥ 27 puan sınır olarak alınmıştır. Bu puanları belirlemede sağlıklı anne-çocuk çiftlerini içeren önceki bir çalışmadan elde edilen ETÖ alt ölçeklerinin en yüksek çeyreği kullanılmıştır (82).

Tablo 4.3. Ebeveyn Tutum Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı

Alt Ölçek	Alt Ölçek Puanı Medyan (25-75 p)	Yüksek Puan Sınırı
Demokratik	74 (69-79)	≥ 78
Otoriter	19 (17-23)	≥ 23
Aşırı Korumacı	33 (29-38)	≥ 37
İzin Verici	23 (20-27)	≥ 27

4.4. Annelerin ve Çocukların Kronik Hastalıkları

Çalışmaya katılan 878 anne-çocuk çifti arasında %10,7'sinde sadece annenin, %18,9'unda sadece çocuğun ve %5,1'inde hem annenin hem de çocuğun en az bir kronik hastalığı vardı. Buna karşılık, anne-çocuk çiftlerinin çoğunluğunda her ikisi de sağlıklıydı (%65,3) sağlıklıydı (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Annelerin ve Çocukların Kronik Hasta veya Sağlıklı Olma Durumu (N=878)

Anne-çocuk çiftlerinin sağlık durumu	N (%)
Sadece annede kronik hastalık var	94 (10,7)
Sadece çocukta kronik hastalık var	166 (18,9)
İkisinde de kronik hastalık var	45 (5,1)
İkisi de sağlıklı	573 (65,3)

Çalışmaya katılan çocuklar arasında kronik hastalıkların dağılımı şöyleydi: %31,6 (n=67) alerjik hastalıklar (astım dahil), %15,1 (n=32) maligniteler, %15,1 (n=32) nörolojik hastalıklar, %7,5 (n=16) konjenital hastalıklar, %6,6 (n=14) hematolojik hastalıklar, %5,7 (n=12) nefrolojik hastalıklar, %4,7 (n=10) endokrinolojik hastalıklar, %4,2 (n=9) romatolojik hastalıklar, %2,8 (n=6) metabolik hastalıklar, %2,8 (n=6) immünolojik hastalıklar ve %2,4 (n=5) gastroenterolojik hastalıklar (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Çocukların Kronik Hastalıklarının Dağılımı (N=211)

Çocukların Kronik Hastalıkları	N (%)
Alerjik hastalıklar	67 (31,6)
Maligniteler (hematolojik, onkolojik)	32 (15,1)
Nörolojik hastalıklar	32 (15,1)
Konjenital hastalıklar	16 (7,5)
Hematolojik hastalıklar (malignite dışı)	14 (6,6)
Nefrolojik hastalıklar	12 (5,7)
Endokrinolojik hastalıklar	10 (4,7)
Romatolojik hastalıklar	9(4,2)
Metabolik hastalıklar	6 (2,8)
İmmünolojik hastalıklar	6 (2,8)
Gastroenterolojik hastalıklar	5 (2,4)

Anneler arasındaki kronik hastalıkların dağılımı ise şöyleydi: %40,0 (n=50) endokrinolojik hastalıklar, %12,8 (n=16) alerjik hastalıklar, %12,0 (n=15) nörolojik hastalıklar, %11,2 (n=14) romatolojik hastalıklar, %8,8 (n=11) kalp hastalıkları, %5,6 (n=7) hematolojik hastalıklar, %4,0 (n=5) maligniteler, %4,0 (n=5) gastroenterolojik hastalıklar ve %1,6 (n=2) nefrolojik hastalıklar (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Annelerin Kronik Hastalıklarının Dağılımı (N=139)

Annelerin Kronik Hastalıkları	N (%)
Endokrinolojik hastalıklar	50 (40,0)
Alerjik hastalıklar	16 (12,8)
Nörolojik hastalıklar	15 (12,0)
Romatolojik hastalıklar	14 (11,2)
Kalp hastalıkları	11 (8,8)
Hematolojik hastalıklar (malignite dışı)	7 (5,6)
Maligniteler (hematolojik, onkolojik)	5 (4,0)
Gastroenterolojik hastalıklar	5 (4,0)
Nefrolojik hastalıklar	2 (1,6)

4.5. Anne-Çocuk Özellikleri ve Ebeveyn Tutum Ölçeği Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler

Genel olarak, çalışmaya katılan annelerin (N=878) %33,4'ü yüksek demokratik tutum, %25,4'ü yüksek otoriter tutum, %33,9'u yüksek aşırı korumacı tutum, %27,42'ü ise yüksek izin verici tutum alt ölçek puanlarına sahiptir (Tablo 4.7).

Yüksek demokratik (≥ 78 puan) ve yüksek otoriter (≥ 23 puan) ETÖ puanının annenin veya çocuğun sağlık durumu ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkili olmadığı görülmüştür (sırasıyla $p=0,245$, $p=0,893$, Şekil 4.1, Tablo 4.7).

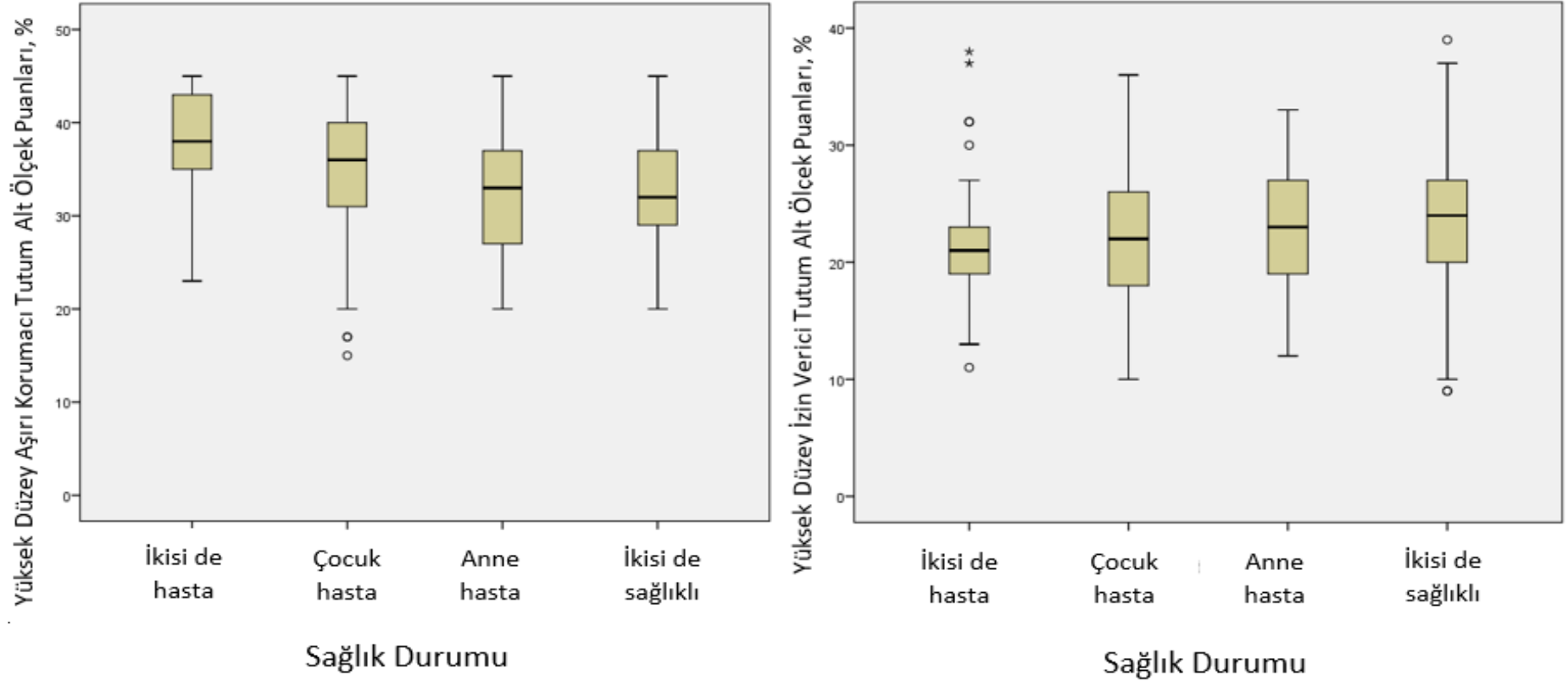
Aşırı korumacı ETÖ puanı yüksek (≥ 37 puan) olan annelerin yüzdesi, hem anne hem de çocuk hasta olduğunda ve sadece çocuk hasta olduğunda, sadece annenin hasta olduğu veya her ikisinin de sağlıklı olduğu durumlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,001$, Şekil 4.1, Tablo 4.7.).

Yüksek (≥ 27 puan) izin verici ETÖ puanına sahip annelerin yüzdesinin, sadece anne hasta olduğunda ve her ikisi de sağlıklı olduğunda, her ikisinin de hasta olduğu duruma kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0,018$, Şekil 4.1, Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Anne -Çocuk Sağlık Durumu ile Ebeveyn Tutumlarındaki Yüksek Puanlar Arasındaki İlişki

	Genel	Demokratik			Otoriter			Aşırı korumacı			İzin verici
	(puan≥78)				(puan≥23)				(puan≥37)		(puan≥27)
	N (%)*	%**	p	%**	p	%**	p	%**	p	%**	p
Genel	878 (100)	33,4		25,4		33,9		27,4			
Sağlık Durumu			0,245		0,893		<0,001				0,018
İkisi de hasta	45 (5,1)	40,0		24,4		62, 2 ^a		13,3 ^a			
Sadece çocuk hasta	166 (18,9)	38,0		26,5		47, 0 ^a		21,1 ^{ab}			
Sadece anne hasta	94 (10,7)	36,2		22,3		28,7 ^b		29,8 ^b			
İkisi de sağlıklı	573 (65,3)	31,1		25,7		28,8 ^b		30,0 ^b			

^{abc} Aynı sütunda farklı harflere sahip değerler diğerlerinden önemli ölçüde farklıdır (p<0,05).



Şekil 4.1. Anne-Çocuk Çiftlerinin Sağlık Durumuna Göre Yüksek Aşırı Korumacı ve İzin Verici Alt Ölçek Puanlarının Yüzdelerinin Kutu Grafiği (Minimum, İlk Çeyrek, Medyan, Üçüncü Çeyrek ve Aykırı Değerlerle Birlikte Maksimum Değerler Dahil)

Yüksek demokratik ETÖ puanına (≥ 78 puan) sahip annelerin yüzdesinin genç (< 30 yaş) ve herhangi bir işte çalışmayan ve 2-3 yaş arası çocuğu olan anneler arasında diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p=0,034$, $p=0,014$, $p=0,014$, Tablo 4.8, Tablo 4.9).

Yüksek otoriter ETÖ puanı (≥ 23 puan) ile anne özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (Tablo 4.8).

Aşırı korumacı ETÖ puanları yüksek olan annelerin yüzdesinin annenin yaşı ve eğitim düzeyi arttıkça istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı görülmüştür (sırasıyla $p=0,002$, $p<0,001$, Tablo 4.8). Çalışmayan annelerde, geniş ailede yaşayanlarda ve birden fazla çocuğu olanlarda aşırı korumacı ETÖ puanı yüksek olan annelerin yüzdesinin diğer annelere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,024$, Tablo 4.8). Fetüs-çocuk ölüm öyküsü olmasının annelerin aşırı korumacı tutum puanlarının yüksekliğiyle anlamlı şekilde ilişkili olduğu gözlenmiştir ($p=0,012$, Tablo 4.8). Bebek- çocuk kaybı öyküsü olan annelerin aşırı korumacı puanları daha yüksekken, intrauterin kaybın önemli bir etkisi bulunmamıştır (Tablo 4.8).

Anne yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve aile yapısı gibi özelliklerin yüksek izin verici tutum puanını anlamlı şekilde etkilediği görülmüştür (Tablo 4.8). Annenin yaşının (≥ 40 yaş) ve eğitim düzeyinin artması (üniversite mezunu), annenin çalışıyor ve çekirdek ailede yaşıyor olması gibi durumlarda yüksek izin verici tutum puanlarına sahip annelerin yüzdesinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde diğerlerine göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla $p=0,036$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,006$, Tablo 4.8). Fetüs veya çocuk kaybı öyküsü olan annelerin de izin verici puanları diğer gruplara kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,042$, Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Anne Özellikleri ile Ebeveyn Tutumlarındaki Yüksek Puanlar Arasındaki İlişki

	Genel	Demokratik (puan≥78)	Otoriter (puan≥23)	Aşırı korumacı (puan≥37)	İzin verici (puan≥27)
	N (%)*	%**	p	%**	p
Annenin yaşı			0,034		0,002
<30 yıl	232 (26,4)	40,9 ^a		25,4	0,937
30-34 yaş arası	301 (34,3)	31,6 ^b		24,6	
35-39 yaş	223 (25,4)	30,9 ^b		26,9	
≥40 yıl	122 (13,9)	27,9 ^b		24,6	
Annenin eğitim düzeyi			0,544		0,190
≤ Ortaokul	166 (18,9)	31,3		30,7	
Lise	241 (27,4)	36,1		25,3	
Üniversite	471 (53,6)	32,7		23,6	
Annenin bir işi olması			0,014		0,872
Evet	429 (48,9)	29,4		25,6	
Hayır	449 (51,1)	37,2		25,2	
Aile tipi			0,429		0,977
Çekirdek	787 (89,6)	33,8		25,4	
Geniş	91 (10,4)	29,7		25,3	
Çocuk sayısı			0,157		0,125
Bir çocuk	325 (37,0)	36,3		22,5	
> 1 çocuk	553 (63,0)	31,6		27,1	
Fetüs-çocuk ölümü öyküsü			0,451		0,942
Hayır	848 (96,6)	33,6		25,5	
Rahim içi kayıp	14 (1,6)	35,7		21,4	
Bebek-çocuk ölümü	16 (1,8)	18,8		25,0	

abc Aynı sütunda farklı harflere sahip değerler diğerlerinden önemli ölçüde farklıdır (p<0,05).

Yüksek demokratik ETÖ puanına (≥ 78 puan) sahip annelerin yüzdesi çocuğu 2-3 yaş aralığında olan anneler arasında diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,014$, Tablo 4.9).

Yüksek otoriter ETÖ puanı (≥ 23 puan) ile çocuk özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (Tablo 4.9).

Çocuğu 2-3 yaş aralığında olan, kreşe/anaokuluna devam eden, zamanında (≥ 37 hafta) ve < 2500 gram doğan annelerde aşırı korumacı ETÖ puanı yüksek olan annelerin yüzdesinin diğer annelere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p=0.013$, $p<0,001$, $p=0,020$, $p=0,017$, Tablo 4.9).

Yüksek (≥ 27 puan) izin verici tutum puanlarına sahip annelerin yüzdesi çocuğunun doğum haftası < 37 hafta ve doğum ağırlığı ≥ 2500 gram olanlarda diğerlerine göre anlamlı şekilde daha yüksektir (sırasıyla $p=0,041$, $p=0,016$, Tablo 4.9). Ayrıca çocuğu 4 yaş ve üzerinde olan anneler 2-3 yaş aralığında olanlara göre daha fazla yüksek izin verici tutum puanlarına sahipti, ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (sırasıyla %29,2 ve %24,9, Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Çocuk Özellikleri ile Ebeveyn Tutumlarındaki Yüksek Puanlar Arasındaki İlişki

	Genel	Demokratik	Otoriter	Aşırı korumacı	İzin verici				
	N (%)*	(puan≥78) %**	p	(puan≥23) %**	p	(puan≥37) %**	p	(puan≥27) %**	p
Çocuğun yaşı			0,014		0,670		0,013		0,159
2-3 yıl	365 (41,6)	38,1		24,7		38,6		24,9	
4-6 yıl	513 (58,4)	30,0		25,9		30,6		29,2	
Anaokuluna devam			0,830		0,103		<0,001		0,496
Evet	439 (50,0)	33,0		27,8		43,3		26,4	
Hayır	439 (50,0)	33,7		23,0		24,6		28,5	
Doğum haftası			0,995		0,944		0,020		0,041
<37 hafta	66 (7,5)	33,4		25,4		32,9		28,3	
≥ 37 hafta	812 (92,5)	33,3		25,8		47,0		16,7	
Doğum ağırlığı			0,294		0,479		0,017		0,016
< 2500 gram	58 (6,6)	39,7		29,3		48,3		13,8	
≥ 2500 gram	820 (93,4)	32,9		25,1		32,9		28,4	

^{abc} Aynı sütunda farklı harflere sahip değerler diğerlerinden önemli ölçüde farklıdır (p<0,05).

Çoklu lojistik regresyon analizi, demokratik ve otoriter puanlar ile anne-çocuk değişkenlerinden herhangi biri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koymuştur (Tablo 4.10).

Model 1'e göre, annenin yaşı, eğitimi, çalışma durumu, aile yapısı, çocuk sayısı, çocuğun yaşı, doğum haftası, doğum ağırlığı, çocuk bakımı ve ailede fetüs/çocuk kaybı öyküsü gibi karıştırıcı faktörler ayarlandıktan sonra, hasta bir çocuğa sahip olmak yüksek aşırı korumacı ETÖ puanı olasılığında 1,6 kat artışla ilişkilendirilmiştir. Hem anne hem de çocuk hasta olduğunda ise yüksek aşırı korumacı ETÖ puanı olasılığında 2,94 kat artış olmuştur. Aynı ilişkiler diğer ETÖ alt ölçeklerinin karıştırıcı olarak dahil edildiği Model 2'de de doğrulanmıştır (Tablo 4.10).

Benzer şekilde, Model 1'de aynı karıştırıcı faktörler için ayarlama yapıldıktan sonra, hem anne hem de çocuk hasta olduğunda yüksek izin verici ETÖ puanı olasılığı, her ikisinin de sağlıklı olduğu duruma kıyasla 2,56 kat daha düşük bulunmuştur (AOR=0,39, %95 GA: 0,15-1,01). Diğer ETÖ alt ölçeklerinin karıştırıcı olarak dahil edildiği Model 2'de bu ilişki AOR=0,37 (%95 GA: 0,14-0,99) sonucu ile doğrulanmıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Anne-Çocuk Özellikleri ile Aşırı korumacı ve İzin Verici Ebeveyn Tutumlarındaki Yüksek Puanlar Arasındaki İlişki: Çoklu Lojistik Regresyon Analizi

	Aşırı korumacı (puan≥37)		Aşırı korumacı (puan≥37)		İzin verici (puan≥27)		İzin verici (puan≥27)	
	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
	AOR	95% GA	AOR	95% GA	AOR	95% GA	AOR	95% GA
Sağlık Durumu								
"İkisi de sağlıklı " 'ya göre "Sadece anne hasta"	0,82	0,48-1,38	0,78	0,46-1,33	1,26	0,76-2,11	1,31	0,79-2,20
"İkisi de sağlıklı'ya göre "Sadece çocuk hasta"	1,60	1,08-2,39	1,56	1,04-2,34	0,83	0,53-1,31	0,84	0,53-1,31
"İkisi de sağlıklı'ya göre "İkisi de hasta"	2,94	1,45-5,97	2,90	1,42-5,89	0,39	0,15-1,01	0,37	0,14-0,99
Annenin yaşı (yıl)								
30-34'e göre <30	0,92	0,61-1,37	1,05	0,69-1,60	0,60	0,39-0,94	0,60	0,38-0,93
35-39'a göre <30	1,10	0,69-1,75	1,24	0,77-2,01	0,67	0,41-1,09	0,65	0,40-1,06
≥40'a göre <30	0,84	0,48-1,47	0,95	0,53-1,69	1,03	0,60-1,76	1,00	0,59-1,72
Annenin eğitim düzeyi								
Liseye göre ≤ Ortaokul	0,52	0,34-0,80	0,50	0,32-0,77	0,67	0,38-1,16	0,73	0,41-1,27
Üniversiteye göre ≤ Ortaokul	0,29	0,17-0,47	0,25	0,15-0,42	1,02	0,57-1,81	1,17	0,65-2,11
Annenin bir işi olması								
Evete göre hayır	0,54	0,36-0,81	0,53	0,35-0,80	2,93	1,90-4,53	2,99	1,92-4,66
Aile tipi								
Genişe göre Çekirdek	1,75	1,07-2,87	1,93	1,17-3,19	0,47	0,25-0,88	0,45	0,24-0,84

Çocuk sayısı									
> 1 çocuğa göre bir çocuk	1,10	0,77-1,55	1,11	0,78-1,58	0,83	0,59-1,17	0,81	0,58-1,15	
Çocuğun yaşı									
4-6'ya göre 2-3 yıl	1,03	0,71-1,49	1,07	0,74-1,56	1,06	0,76-1,48	1,05	0,75-1,47	
Gebelik süresi									
<37 haftaya göre ≥ 37 hafta	0,95	0,44-2,02	1,05	0,49-2,28	1,03	0,40-2,68	1,00	0,38-2,60	
Doğum ağırlığı									
< 2500 göre ≥ 2500 gram	1,54	0,69-3,45	1,46	0,64-3,33	0,36	0,12-1,06	0,37	0,12-1,11	
Fetüs-çocuk ölümü öyküsü									
Rahim içi kayıp vara göre yok	1,27	0,38-4,24	1,08	0,30-3,89	4,33	1,37-13,72	4,28	1,34-13,68	
Bebek-çocuk ölümü vara göre yok	1,56	0,49-5,03	1,87	0,56-6,24	2,05	0,59-7,09	1,78	0,50-6,31	
Anaokuluna devam									
Evete göre hayır	0,65	0,45-0,94	0,62	0,42-0,90					
Demokratik alt ölçek									
puan≥78'e göre<78			2,53	1,81-3,55			0,71	0,50-1,02	
Otoriter alt ölçek									
puan≥23'e göre<23			1,26	0,87-1,81			1,12	0,78-1,61	
Aşırı korumacı alt ölçek									
puan≥37'ye göre<37							1,44	0,98-2,12	
İzin verici alt ölçek									
puan≥27'ye göre<27			1,38	0,94-2,03					
Sabit	1,39		0,83		0,36		0,32		

4. TARTIŞMA

5.1. Aşırı Korumacı Tutum

Kronik hastalıkların ve fiziksel engellerin çoğu yoğun tıbbi yönetim gerektirir ve sonuç olarak önemli ölçüde fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara yol açar. Böyle bir ortamda, ebeveynler çocuklarının sağlığını korumaya ve kendi stres maruziyetlerini düzenlemeye çalıştıklarından, çocuğu koruma seviyelerini artırarak duruma adapte olmaya çalışabilirler (41, 44).

Çalışmamızda, anne ve çocuğun kronik hastalığı ile aşırı korumacı davranışlar arasındaki ilişkiye dair önemli bir bulgu ortaya çıkmıştır. Sadece çocuk hasta olduğunda ve bundan daha fazla olmak üzere hem anne hem de çocuk kronik hastalık yaşadığında aşırı korumacı ebeveyn tutumu puanları önemli ölçüde artmıştır. Bulgularımız, hem anne hem de çocukta kronik hastalığın varlığının anne stresini nasıl şiddetlendirebileceğini ve aşırı korumacı eğilimleri nasıl etkileyebileceğini vurgulamaktadır. Bu durum, annelerin genellikle hasta çocukların bakımında birincil sorumluluğu taşıdığı ve bunun da kaygının artmasına ve aşırı korumacı davranışlar sergileme eğilimine yol açabileceği anlayışıyla uyumludur (83).

Pinquart'ın kronik hastalığı olan yaklaşık 32 bin çocuk üzerinde yapılan 325 çalışmayı içeren kapsamlı meta-analizi, çocuğun kronik hastalığı olması durumunda ebeveyn aşırı korumasının daha yüksek seviyelerde olduğunu ortaya koymuştur (84). Araştırmalar, kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin, sağlıklı çocukları olanlara kıyasla tipik olarak daha kontrolcü ve yönlendirici davranışlar sergilediğini göstermektedir (17, 85). Ebeveynlerin artan korumacı tutumu, kendi streslerini yönetirken çocuklarının sağlığını da korumak için bir tepki olarak hizmet edebilir. Ancak bu iyi niyetli korumacılık, aşırı korumacılığa dönüşebilir ve ebeveynlerin çocuklarının refahı ve özerkliği arasında denge kurmasını zorlaştırabilir (3, 20). Ebeveynin aşırı koruması çocuğun uyumunu olumsuz etkileyebilir ve genellikle çocuğun gelişim aşaması ve başa çıkma yetenekleriyle uyumsuz davranışlarla sonuçlanabilir (20). Son zamanlarda yapılan çalışmalar, kronik hastalığı olan

çocukların ebeveynlerinin, kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerine kıyasla daha fazla aşırı korumacılık davranışı gösterdiğini ve bunun çocuklarındaki uyum güçlükleriyle ilişkili olduğunu göstermektedir (41).

Çırpan Kantarcıoğlu ve arkadaşlarının (86) talasemi, hemofili ve lösemi tanılı çocuklarla PARİ (aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumları ölçeği) ölçeğini kullanarak yaptıkları vaka-kontrol çalışmasında, vaka grubunda aşırı korumacı ebeveyn tutumlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur. Vaka grubunda hemofili hastası çocukların annelerinin lösemili çocuklara göre aşırı korumacı tutumlarının daha fazla olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, aşırı korumacı ebeveynlik tutumu ile ebeveyn anksiyetesi arasında pozitif ilişki bulunmuştur.

Abali ve arkadaşları (87) çalışmalarında, hemofili hastası çocukların annelerinin genellikle kanama olaylarından korktukları için aşırı korumacı tutumlar benimsediklerini ve bunun da çocuklarının bağımsız deneyim fırsatlarını en aza indiren kısıtlamalara yol açtığını ortaya koymuştur.

Ebeveynin aşırı koruması çocuklarda öz yeterliliğin gelişmesini engelleyebilir, bu da bunalmışlık hissine ve girişkenliğin azalmasına neden olabilir (63). Holmbeck ve arkadaşları (41) kronik hastalığı olan çocuklarda artan dışsallaştırma sorunlarının yanı sıra ebeveynin aşırı koruması ile davranışsal özerkliğin azalması arasında bir ilişki bulmuştur. Jakubowska-Winecka ve arkadaşlarının (88) karaciğer ve böbrek nakli sonrası ergenlerde ebeveyn tutumları ve ilaç uyumu üzerine yaptıkları çalışmada, aşırı korumacı tutumlar ilaç uyumu ve tedavi sırasında işbirliğini olumlu yönde etkilemiştir. Aşırı korumacı tutum hastalık türüne bakılmaksızın en yüksek ilaç uyumu ile ilişkiliydi, ancak hastalık bilgisi ve hastanın tedavi sürecine katılımı daha düşük seviyelerdeydi.

Ciddi bir kronik hastalık durumunda, ebeveynlerin çocukları üzerindeki korumayı yoğunlaştırma yönünde doğal bir eğilim göstermeleri anlaşılabilir bir durumdur (88). Yüksek düzeyde ebeveyn koruması ve kontrolü, çocuğun öz bakım becerileri ve sağlık sorumluluğu gelişene kadar tedaviye sıkı sıkıya bağlılığın çok önemli olduğu durumlarda faydalı olabilir (89). Bir çocuğun refahını dengelemek ve

bağımsızlığını teşvik etmek, kronik hastalıkla karşı karşıya olan aileler için çok önemlidir. Hem annenin hem de çocuğun kronik rahatsızlıkları olduğunda, artan stres aşırı korumacılığa yol açabilir. Bu durumu ele alan müdahaleler, kronik hastalığın varlığında aile direncini artırabilir. Aksine, Alkan ve arkadaşları (90) konjenital kalp hastalığı olan çocukların ebeveynleri ile sağlıklı çocukların ebeveynleri arasında aşırı korumacı tutumlar açısından anlamlı bir fark olmadığını bildirmiştir.

Literatürdeki bazı derlemeler, engelli bebek ve çocukların annelerinin çocuklarına ebeveyn olarak daha fazla olumsuz yanıt verdiğini, daha düşük düzeyde olumlu duygulanım ve bebek ipuçlarına karşı duyarlılık ve daha yüksek düzeyde kontrol gösterdiğini bildirmiştir (91, 92). Bununla birlikte, başka yazarlar, kronik hastalığı olan bir çocuğun ebeveynlerinin, çocuğun çektiği acıyı telafi etmek için sağlıklı çocukların ebeveynlerine göre daha ilgili ve sağlayıcı olabileceğini ve daha fazla kabul gösterebileceğini öne sürmüştür (93). Hatta bu ebeveynler çocuğun gelişimsel evresi ışığında aşırı destekleyici ve koruyucu davranışlar da sergileyebilir (32). Bununla birlikte, kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin diğer ebeveynlere göre daha yüksek düzeyde aşırı koruma gösterip göstermedikleri konusunda bazı çalışmaların sonuçları tutarsızdır (37, 94).

Aşırı korumacı ebeveynlik tepkileri, kronik ağrısı olan çocuklarda istemeden de olsa çocuğun semptom bildiriminde ve ardından ağrıya bağlı sakatlıkta artışa neden olabilen bir pekiştirme modelidir. Bu ebeveyn tepkileri kısa vadede bir bakım aracı olarak hizmet edebilse de, zaman içinde, bu tepkilerin sürdürülmesi, ağrıya bağlı engelliliğin pekiştirilme yoluyla sürdürülmesine neden olabilir. Araştırmalar, özellikle aşırı korumacı ebeveynlik tepkilerinin çocukların olumsuz sonuçları ve işlevsel engellilikleri üzerinde önemli bir etkisi olduğunu göstermiştir(95).

Araştırmalar kronik ağrısı olan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinin koruyucu tepkilerini okul devamsızlığında, semptomların süresinde ve sağlık hizmeti kullanımında artışlarla da ilişkilendirmiştir (96). Ergenler tarafından sergilenen veya ebeveynleri tarafından teşvik edilen kabullenme ve/veya semptomlara uyum sağlama

gibi adaptif başa çıkma stratejileri ağrının etkilerini tamponlayabilirken, uygunsuz başa çıkma stratejilerinin semptomları şiddetlendirebildiği gözlenmiştir. Örneğin, hasta tarafından abartma yoluyla “ağrının felaketleştirilmesi” ebeveynlerden daha fazla yardım ve empatik tepkilerle sonuçlanmakta ve bu da semptomları ve işlevsel engelliliği arttırmaktadır (97-99). Welkom ve arkadaşlarının (95) ayaktan tedavi gören kronik ağrılı ergenlerde yaptığı çalışmada ilk değerlendirmeden iki ay sonra, ebeveynin koruyucu tepkilerinin azalmasının, ergenin ağrıyı felaketleştirme davranışında ve zamanla işlevsel engellilikte azalma ile pozitif ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Ayrıca, son araştırmalar çocukların hastalık şiddetinin ebeveynlerin aşırı korumacı veya aşırı kontrolcü davranışlarını da etkilediğini, öyle ki daha ağır Juvenil Romatoid Artrit (JRA) hastalığı olan çocukların annelerinin sağlıklı çocukların annelerine kıyasla daha yüksek oranda yapılandırma ve kural koyma sergilediklerini belgelemiştir (90).

Mullins ve arkadaşlarının (100) Tip 1 DM veya astım vakalarını içeren kronik hastalıklı çocuk ve ergenler ve ebeveynleriyle yaptığı çalışmada ise ebeveynin aşırı korumacı tutumu, vakaların hastalık belirsizliği algısı ile ilişkili bulunmamıştır.

5.2. İzin Verici Tutum

Bulgularımız, hem anne hem de çocuğun kronik hastalığı olduğu durumda her ikisinin de sağlıklı olduğu duruma göre izin verici ebeveyn tutumu puanlarının anlamlı şekilde azaldığını olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum, ebeveynlerin hem kendinde hem de çocuğunda mevcut kronik hastalıkların gerekliliklerini yerine getirebilmek için gerekli uyumu ve kuralları sağlama isteğine bağlı ortaya çıkmış olabilir.

İzin verici ebeveynlik, yapı ve kural eksikliği, tutarsız disiplin, aşırı hediye verme ve otorite yerine arkadaşlığa öncelik verirken çatışmadan kaçınma eğilimi ile karakterize edilir (101). Bununla birlikte, kronik hastalık bağlamında, bu tutum uygun sınırların ve beklentilerin belirlenmesinde zorluklara da yol açabilir (102).

Araştırmalar, izin verici tutumlar nedeniyle tutarsız disiplin yaklaşımlarının çocuklarda sağlıklı ilgili davranışların yönetimini potansiyel olarak zorlaştırdığını göstermektedir (103). Kronik hastalığı olan çocukların ebeveynleri için, çocuklarına uyum sağlama ve destek olma arzusu, istemeden de olsa, gerekli öz yönetim becerilerinin gelişimini engelleyebilecek bir yapı eksikliğine yol açabilir (20). Bu bağlamda, özellikle çocuklar kronik rahatsızlıklarla yaşamının karmaşıklığı içinde yol alırken, besleyici bir yaklaşımı net kurallarla dengelemek çok önemli hale gelmektedir (9). Mevcut literatür, izin verici ebeveynliğin özellikle kronik sağlık sorunlarını yöneten ailelerde hem olumlu hem de olumsuz etkileri olabileceğini göstermektedir (9, 103, 104). Bu dinamiklerin nasıl etkileşime girdiğinin daha fazla araştırılması, daha sağlıklı aile ortamlarının teşvik edilmesi ve kronik hastalık bağlamında çocuk gelişiminin desteklenmesi konusunda değerli bilgiler sağlayabilir.

5.3. Demokratik ve Otoriter Tutumlar

Çalışmamızda anne-çocuk sağlığı ile demokratik ve otoriter tutum puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu durum Alkan ve arkadaşlarının (90) bulgularıyla örtüşmektedir. Alkan ve arkadaşları konjenital kalp hastalığı olan çocukların ebeveynleri ile sağlıklı çocukların ebeveynleri arasında demokratik veya otoriter tutumlar açısından anlamlı bir fark olmadığını bildirmişlerdir. Buna karşılık, epilepsili çocukların annelerinde yapılan bir çalışmada, kontrol grubuna kıyasla önemli ölçüde daha düşük demokratik tutum puanları ve daha yüksek otoriter tutum puanları bulunmuştur (105). Avcil ve arkadaşları (106) tarafından yapılan çalışma pediatrik astım hastalarının annelerinin daha düşük demokratik tutum puanları sergilediğini, bunun da algılanan destek ve çocuklarıyla ortak karar alma eksikliği ile ilişkilendirildiğini bildirmiştir. Qiu ve arkadaşları (20) kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin genellikle daha düşük düzeyde demokratik ebeveynlik tutumu sergilediklerini bulmuştur.

Pinquart'ın (84) kapsamlı meta-analizinde, kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin sağlıklı çocukları olan ailelere kıyasla daha yüksek düzeyde otoriter ve

izin verici tutumların yanı sıra daha düşük düzeyde demokratik ebeveynlik tutumu sergilediği tespit edilmiştir. Ayrıca, kronik fiziksel hastalığı olan bir çocuğu olan çoğu ailenin ebeveyn-çocuk ilişkisi ve ebeveynlik davranışları veya tutumları açısından iyi uyum sağladığı sonucuna varılmıştır (84, 107). Bununla birlikte Pinqart (84) meta-analizinde, epilepsi, işitme bozukluğu ve astım gibi belirli hastalıkları olan bazı çocukların ailelerinin uygun korumacı davranış, kontrol ve ebeveyn sıcaklığı düzeylerini bulmakta ve ebeveynler ile çocuklar arasında olumlu ilişkiler kurmakta zorlanabildiklerini bildirmiştir (84). Epilepsili çocukların annelerinin, muhtemelen güvenlik endişeleri ve nöbetlerle ilgili kaygılar nedeniyle, çocuklarıyla destekleyici ilişkiler kurmakta zorlanarak artan otoriter ve azalan demokratik tutumlara yönelebildiği gözlenmiştir (7, 84).

Eden ve arkadaşlarının (104) özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB) veya dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuklarda yaptığı çalışmada ÖÖB/DEHB grubunda tipik gelişim gösteren gruba kıyasla demokratik ebeveynlik tutumu daha yüksek oranda gözlenmiştir. Ayrıca, demokratik ebeveynlik tarzının daha düşük siber zorbalık ve problemlerle internet kullanımı ile ilişkili olduğu ve daha olumlu bir ebeveyn-çocuk ilişkisini teşvik ederek siber zorbalığın ve problemlerle internet kullanımının azalmasına katkıda bulunduğunu ortaya koymuşlardır. Bu bulgular, ebeveynler arasında, özellikle de ÖÖB/DEHB olan çocukların ebeveynleri arasında demokratik bir ebeveynlik tarzı benimsemenin önemini vurgulamıştır (104).

Kronik hastalık literatüründe, diyabet, astım ve spina bifida gibi farklı kronik hastalıkları olan çocuk ve ergenlerde ebeveynlerle sıcak ve olumlu ilişkiler, ebeveyn düzenlemesi ve denetimi ve demokratik ebeveynlik tarzının daha iyi tedavi uyumu ve yaşam kalitesi ve daha az psikolojik semptomlarla ilişkili olduğu bulunmuştur (37, 108). Tersine, artan aile çatışması, aşırı ebeveyn kontrolü ve koruması ve otoriter ebeveynlik tarzının bu çocuk ve ergenlerde daha düşük uyum ve artan psikolojik semptomatoloji ile ilişkili olduğu bulunmuştur (108). Bununla birlikte, araştırma bulguları çalışmalar ve farklı kronik hastalıklar arasında tam olarak tutarlı değildir (37, 108).

5.4. Sadece Annenin Kronik Hastalığı Olması

Bu çalışmada, sadece annenin hasta olduğu durumda demokratik, otoriter, aşırı korumacı veya izin verici ebeveyn tutumu puanlarında hem çocuk hem de annenin sağlıklı olmasına kıyasla anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ebeveynin fiziksel hastalığının çocuğun işlevselliği üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalarda çocukların bildirimleri sıkıntının arttığını gösterse de, ebeveynlerin bildirimleri daha sorunlu bir işleyişe işaret etmemektedir (67, 69, 109). Çocuğun ebeveynin kronik hastalığına uyumu, hastalık şiddetinden ziyade stres algılarıyla daha yakından ilişkili görünmektedir (67, 109). Özellikle ergenlik çağındaki kızlar, yüksek riskli gibi görünmektedir (67). Ayrıca çalışmalar ebeveynde kronik hastalık varlığında aile bireyleri arasındaki uyum, çatışma, bireysel ve ailesel başa çıkma tarzları gibi aile değişkenlerinin çocuğun bu duruma uyumunun önemli belirleyicileri olduğunu göstermektedir (67, 109).

Tıbbi teknolojide devam eden ilerlemeler, fiziksel hastalık ve engellilikle başa çıkan insanların yaşam süresini büyük ölçüde artırmıştır. Sağlık hizmetlerindeki kesintiler ve toplum temelli bakıma yönelik artan eğilimle birlikte, kronik ve/veya ölümcül hastalığı olan bireyler daha uzun süre evde yaşamaktadır. Böylece aile bireyleri fiziksel hastalıkla yaşamaya uzun vadeli uyum sağlama göreviyle karşı karşıya kalmaktadır (67). Fiziksel hastalığın sadece birey üzerindeki değil, aynı zamanda aile bireyleri, özellikle de çocuklar ve ergenler üzerindeki etkilerini de göz önünde bulundurmanın önemi konusunda artan bir farkındalık söz konusudur. Rolland, 1987 ve 1990 yıllarında yaptığı çalışmalarda (110, 111) hastalığın tüm aile üyeleri için yarattığı işlevsel ve duygusal taleplerin aile ve hasta ebeveynin yaşamındaki gelişim aşamaları ve sistem değişkenleri ile etkileşime girerek ailenin zaman içindeki uyumunu etkilediğini ortaya koymuştur.

Hasta ebeveynlerin çocuklarına yönelik riskle ilgili araştırmalar çelişkili bulgular ortaya koymuştur; bazı araştırmacılar kronik ve ölümcül hastalığı olan ebeveynlerin çocuklarının anksiyete, depresyon, akademik ve davranış sorunları gibi

psikolojik sorunlar yaşadığını (67, 112, 113), diğerleri ise yüksek risk olmadığını bildirmiştir (67, 112, 114, 115)

Kotchik ve arkadaşları (116) ve Steele ve arkadaşları (117) ebeveynlerin kendi kronik hastalıklarıyla başa çıkma tarzlarının çocukların uyumunu tahmin etmeye önemli ölçüde katkıda bulunduğunu ve ebeveynlerden birinin kaçınmacı başa çıkma tarzının çocuklarda içselleştirme ve dışsallaştırma sorunlarıyla ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Literatürdeki çalışmalar genel olarak, hasta ebeveynlerin çocuklarının ve ergenlerinin, daha düşük benlik saygısı ve sosyal yeterliliğin yanı sıra daha yüksek depresyon, anksiyete ve davranış sorunları gibi bir dizi olumsuz psikososyal sonuca karşı savunmasız olduklarını bildirmiştir (67-69, 109). Ancak, bu çalışmaların hiçbiri kronik hasta ebeveynlerin ebeveynlik tutumlarını araştırmamıştır.

5.5. Anne-Çocuk Özellikleri ve Ebeveynlik

Çalışmamızda, çalışmayan ve eğitim düzeyi daha düşük olan anneler, diğerlerine kıyasla daha yüksek aşırı korumacı puanlar göstermiştir. Bu bulgular, daha az eğitilmiş ve çalışmayan annelerin özellikle kronik hastalıklarla ilişkili zorlukları öngörme ve yönetme konusunda daha düşük özgüvene sahip olmasından kaynaklanıyor olabilir. Düşük eğitim seviyeleri ve çalışmama durumu genellikle bilgi ve kaynaklara erişimin kısıtlı olmasıyla bağlantılıdır ve bu da çocuğun kronik hastalığıyla ilgilenirken güvensizlik duygularını artırabilir. Sınırlı güven ve bilgi erişiminin ele alınması anneleri güçlendirebileceğinden ve kronik hastalık zorlukları karşısında daha sağlıklı ebeveyn-çocuk ilişkilerini teşvik edebileceğinden, kronik hastaları izleyen hekimlerin bu faktörleri göz önünde bulundurması çok önemlidir.

Çalışmamız ayrıca tek çocuklu, çocuğu 4 yaş ve üzerinde olan ve çalışan annelerin diğerlerine göre daha fazla izin verici tutum sergileme eğiliminde olduğunu göstermiştir. Bu eğilim, hastalıklarını yönetmek için genellikle daha fazla sorumluluk üstlenen ve böylece ebeveyn kontrolü ve korumasına olan ihtiyacı azaltan daha büyük çocukların artan bağımsızlığını yansıtabilir (85). Çalışmamız, farklı yaşlardaki çocukların değişen ihtiyaç ve yeteneklerini karşılamak için uyum sağlayan ebeveyn

tutumlarının değişen doğasını vurgulamaktadır. Hekimler, çocuk yaşının ve aile dinamiklerinin ebeveyn tutumları üzerindeki etkisini kabul ederek, kronik hastalıkla m¼cadele eden ailelerin ihtiyaçlarını daha iyi karşılamak için gerekli destek ve m¼dahaleleri uyarlayabilirler. Bu kapsamlı yaklaşım, hem çocuklarda hem de ebeveynlerde optimal gelişim ve esenliğe yardımcı olan besleyici bir ortamı teşvik edebilir.

Çalışmamızda, tek değişkenli analizler ocuk kaybı yaşayan annelerin kayıp yaşamayanlara kıyasla daha fazla aşırı korumacı olduğunu g¼sterse de, çoklu lojistik regresyon analizinde bu durum g¼zlenmemiřtir. Öte yandan bazı alışamalarda, perinatal/postnatal dönemde kardeş kaybı yaşamış bireylerin annelerinin aşırı korumacı puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (118). Çalışmamızda, intrauterin kayıp yaşayan annelerin izin verici puanları diğer gruplara g¼re daha y¼ksektir. Daha önce bildirildiği gibi, başlangıçta aşırı korumacı olan ebeveynler, kayıptan sonra daha izin verici hale gelmiş olabilir; ¼nk¼ b¼ylesine önemli bir olay kişinin değerlerini değiştirebilir ve bu da ebeveynlik davranışlarını etkiler (119). G¼ney Kore'deki Sewol feribot faciasının kurbanlarının aileleri üzerinde yapılan nitel bir çalışma, ebeveynlerin bağımsızlığı teşvik eden ihmalkâr veya izin verici ebeveynlik davranışları sergilediğini g¼stermiřtir (120).

5.6. Çalışmanın G¼çlü Y¼nleri

Bu alışma, çocuklar ve anneler arasındaki kronik hastalıkların dağılımına ilişkin kapsamlı bir genel bakış sunmakta ve birden fazla organ sistemindeki çeşitli tıbbi durumları kapsamaktadır. Farklı kronik hastalıkların bir araya getirilmesi hem annelerin hem de çocukların tıbbi sorunlarına ilişkin değerli bilgiler sunmakta ve sağlık hizmeti ihtiyaçlarının ayrıntılı bir şekilde anlaşılmasını kolaylaştırmaktadır.

Katılımcıların d¼rt farklı gruba ayrılması, kronik hastalığın aile dinamiklerini ve ebeveyn tutumlarını nasıl etkilediğinin ayrıntılı bir şekilde araştırılmasına olanak tanıyarak çocukluk çağındaki kronik hastalıklarla ilişkili zorluklarla y¼zleřen ailelere y¼nelik m¼dahale stratejileri hakkında bilgi vermektedir. Ayrıca, kronik hastalığı olan

önemli sayıda çocuk ve anneyi içeren büyük örneklem büyüklüğü, analiz ve yorumlama için verileri güçlendirmektedir. Farklı sosyoekonomik koşullara sahip üç merkezin dahil edilmesi, çalışmanın farklı bağlamlarda uygulanabilirliğini ve geçerliliğini artırmaktadır.

5.7. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bununla birlikte, çalışmanın çeşitli kısıtlılıkları vardır. Dikkate değer bir kısıtlılık, hem çocuklarda hem de annelerde kronik hastalıkları belirlemek için kendi bildirdikleri verilere dayanılmasıdır; bu da eksik veya fazla bildirim nedeniyle yanlılığa yol açabilir.

Ayrıca, veri toplama anne-çocuk ikilisiyle sınırlı tutulmuş, baba-çocuk veya anne-baba iletişiminin değerlendirilmemiştir. Ebeveyn tutumlarını değerlendirmek için öncelikle anneler seçilmiştir çünkü genellikle anneler çocuklarına daha fazla zaman ayırmaktadırlar ve ilaç ve tedavi kararlarından daha fazla sorumludurlar.

Diğer bir yandan, anneler tam zamanlı bakım sağlamak için sıklıkla çalışma durumlarını değiştirdiklerinden, çocuğun hastalığından daha önemli bir etki yaşayabilirler. Aynı zamanda, babalar genellikle ev dışında çalışmaya devam etmektedirler (121).

Aile dinamiklerinin daha bütüncül bir şekilde anlaşılabilmesi için, gelecekte yapılacak çalışmalarda hem anne hem de babalarda kronik hastalık ve ebeveyn tutumları arasındaki ilişki incelenmelidir.

Bir başka kısıtlılık da, çalışmaya katılanların yarısından fazlasının üniversite mezunu olmasıdır; bu da bulguların ebeveyn eğitimi ve sosyoekonomik statü yelpazesinin tamamına genellenebilirliğini sınırlayabilir.

Ayrıca, kronik hastalıklara zaman içinde belirli bir noktada odaklanmak, hastalığın ilerlemesini, tedaviye uyumu ve sağlık sonuçlarını etkileyen faktörleri anlamamızı kısıtlamaktadır. Hastalığın ilerlemesine ilişkin boylamsal veriler, hastalık

yönetimine ilişkin değerli bilgiler sağlayacak ve ebeveynlik tutumları ile kronik hastalık arasındaki etkileşime ilişkin anlayışımızı derinleştirecektir.

Genel olarak, bu çalışma literatüre önemli bir katkıda bulunsa da, bu kısıtlılıkları ele almak ve kronik hastalığı olan bir çocuğa ebeveynlik yapmanın içerdiği karmaşık dinamikleri daha iyi anlamamızı sağlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Çalışmaya alınan annelerin ebeveynlik tutumları eğitim, çalışma durumu ve çocuğun yaşına göre değişiklik göstermiştir.
- Hem annede hem de çocukta ve sadece çocukta kronik hastalık olması annelerde aşırı korumacı tutumu anlamlı düzeyde arttırmıştır.
- Sadece annenin hastalığı ve her ikisinin de sağlıklı olması durumunda, annelerin izin verici tutumları hem annenin hem de çocuğun hastalığı olduğu duruma kıyasla daha fazla artmıştır.
- Anne-çocuk özellikleri (Annenin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile yapısı, çocuk sayısı, çocuğun yaşı, gebelik süresi süresi, doğum ağırlığı, çocuk bakımı ve ailede fetal/çocuk kaybı öyküsü) kontrol edildikten sonra, sadece çocuğun hasta olması annenin yüksek aşırı korumacı tutumunu 1,6 kat arttırmıştır.
- Hem anne hem de çocuk hasta olduğunda ise annenin yüksek aşırı korumacı tutumunda 2,94 kat artış olmuştur.
- Anne-çocuk özellikleri kontroledildikten sonra, hem anne hem de çocuğun hasta olması yüksek izin verici tutumu her ikisinin de sağlıklı olmasına kıyasla 2,56 kat daha fazla azaltmıştır.

Bu çalışma, bir çocuk kronik bir hastalıktan etkilendiğinde -anne de hasta olsun ya da olmasın- annelerin daha yüksek düzeyde aşırı korumacı ve daha düşük düzeyde izin vericilik sergileme eğiliminde olduğunu ortaya koymaktadır. Anne-çocuk kronik hastalığı durumunda ebeveynlikte otoriterlik ve demokratik tutum düzeyleri ise nispeten değişmemektedir.

Bulgularımız, ebeveyn-çocuk ilişkisini güçlendirmeye yönelik müdahalelerin, duyarlılık veya talepkarlıktan ziyade aşırı korumacı davranışları ele almaya öncelik vermesi gerektiğini göstermektedir. Etkili müdahaleler, ebeveynlerin hastalığı etkili

bir şekilde yönetirken çocuklarının özerklik ihtiyaçlarını karşılayan daha dengeli bir yaklaşım bulmalarına yardımcı olabilir.

Ayrıca sonuçlarımız, kronik hastalığı olan çocuklarla ilgilenen hekimlerin hem hastalığın varlığını hem de annelerin ebeveynlik tutumlarını, özellikle de tedaviye uyum konusunda değerlendirmelerinin önemini vurgulamaktadır. Birinci basamak hekimleri, ailenin güçlü yönlerini tanıyarak ve bunlardan yararlanarak tedavi sonuçlarını iyileştirebilir ve özel müdahaleler ve destek hizmetleri yoluyla aile işlevselliğini geliştirebilir.

Birinci basamak hekimleri de dahil olmak üzere, kronik hastalığı olan bireylerle uğraşan hekimlerin bu hastalıkların tanı ve tedavi süreçlerinin aileleri nasıl etkileyebileceği, hasta çocuklar ve/veya ebeveynin ve ailenin istenmeyen duygu ve davranışlarına nasıl yaklaşabilecekleri konusunda eğitim almaları fayda sağlayabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Morkink LB, van der Lee JH, Grootenhuis MA, Offringa M, Heymans HS, Dutch National Consensus Committee Chronic D, et al. Defining chronic diseases and health conditions in childhood (0-18 years of age): national consensus in the Netherlands. *Eur J Pediatr*. 2008;167(12):1441-7.
2. Perrin JM, Gnanasekaran S, Delahaye J. Psychological aspects of chronic health conditions. *Pediatr Rev*. 2012;33(3):99-109.
3. Compas BE, Jaser SS, Dunn MJ, Rodriguez EM. Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annu Rev Clin Psychol*. 2012;8:455-80.
4. Ayar G, Yağın SS, Tanıdır Artan Ö, Güneş HT, Çöp E. Strengths and difficulties in children with specific learning disabilities. *Child Care Health Dev*. 2022;48(1):55-67.
5. Rajaei S, Namazi S, Seddighi N, Kamyab Z, Teshnizi SH, Khajeh M. Investigating Psychological Problems in Parents of Children With Congenital Heart Diseases: A Cross-sectional Study. *Hormozgan Medical Journal*. 2024;28(2):101-8.
6. Dinleyici M, Carman KB, Ozdemir C, Harmanci K, Eren M, Kirel B, et al. Quality-of-life Evaluation of Healthy Siblings of Children with Chronic Illness. *Balkan Med J*. 2019;37(1):34-42.
7. Puka K, Tavares TP, Anderson KK, Ferro MA, Speechley KN. A systematic review of quality of life in parents of children with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2018;82:38-45.
8. Ozyurt G, Cagan-Appak Y, Karakoyun M, Baran M. Evaluation of emotional, behavioral problems and family functioning in adolescents with chronic gastritis. *Arch Argent Pediatr*. 2019;117(2):e110-e4.
9. Morawska A, Calam R, Fraser J. Parenting interventions for childhood chronic illness: A review and recommendations for intervention design and delivery. *Journal of Child Health Care*. 2015;19(1):5-17.
10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). About Chronic Diseases 2024 [updated 05.15.2024. Available from: <https://www.cdc.gov/chronic-disease/about/index.html>.
11. Ayar G, Yağın SS, Artan Ö T, Kahveci A, Çöp E. Which factors accompany maternal acceptance-rejection in children with specific learning disabilities? *BMC Psychiatry*. 2024;24(1):119.
12. Psihogios AM, Fellmeth H, Schwartz LA, Barakat LP. Family Functioning and Medical Adherence Across Children and Adolescents With Chronic Health Conditions: A Meta-Analysis. *J Pediatr Psychol*. 2019;44(1):84-97.
13. Lumsden MR. Parenting a Child with Congenital Heart Defects: The University of Manchester (United Kingdom); 2018.
14. Bradshaw S, Bem D, Shaw K, Taylor B, Chiswell C, Salama M, et al. Improving health, wellbeing and parenting skills in parents of children with special health care needs and medical complexity—a scoping review. *BMC pediatrics*. 2019;19:1-11.
15. Barkmann C, Romer G, Watson M, Schulte-Markwort M. Parental physical illness as a risk for psychosocial maladjustment in children and adolescents: epidemiological findings from a national survey in Germany. *Psychosomatics*. 2007;48(6):476-81.
16. Sieh DS, Meijer AM, Oort FJ, Visser-Meily JM, Van der Leij DA. Problem behavior in children of chronically ill parents: a meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2010;13(4):384-97.

17. Pierce M, Hope HF, Kolade A, Gellatly J, Osam CS, Perchard R, et al. Effects of parental mental illness on children's physical health: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2020;217(1):354-63.
18. Mussen PH CJ, Kagan J, Huston, A. C. . *Child Development and Personality*. New York: Harper& Row; 1984.
19. Guz E, Brodowicz-Krol M, Kulbaka E, Bartoszek-Popko M, Lutomski P. Parents' attitudes towards a difficult situation resulting from the chronic disease of their child. *Ann Agric Environ Med*. 2020;27(3):476-80.
20. Qiu Y, Xu L, Pan Y, He C, Huang Y, Xu H, et al. Family Resilience, Parenting Styles and Psychosocial Adjustment of Children With Chronic Illness: A Cross-Sectional Study. *Front Psychiatry*. 2021;12:646421.
21. Holden GW, Miller PC. Enduring and different: a meta-analysis of the similarity in parents' child rearing. *Psychol Bull*. 1999;125(2):223-54.
22. Levy D. *Maternal overprotection*. New York: W. W. Norton and Company Inc.; 1966.
23. Demir EK SG. Ebeveyn tutum ölçeği (ETÖ). *Türk Psikoloji Yazıları*. 2008;11(21):15-25.
24. Maccoby EvM, J. A. Socialization in the context of family: Parent-child interaction. In: E. M. Hetherington PHM, editor. *Handbook of child psychology: Socialization, personality, and social development*. 4 ed. New York: Wiley; 1983. p. 1-101.
25. L B. *Parent effectiveness training: a test of its effectiveness with a Turkish sample [Yüksek Lisans Tezi]*: Boğaziçi Üniversitesi; 1986.
26. Schaefer ES. A configurational analysis of children's reports of parent behavior. *J Consult Psychol*. 1965;29(6):552-7.
27. Baumrind D. Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genet Psychol Monogr*. 1967;75(1):43-88.
28. Baumrind D. Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*. 1966;37(4):887-907.
29. Baumrind D. Parental control and parental love. *Children*. 1965;12(6):230-4.
30. Anthony E. The behavior disorders of children. In: Mussen P, editor. *Carmichael's Manual of Child Psychology*. 2. 3 ed. New York: Wiley; 1970. p. 667-764.
31. Brooks RB. Self-esteem during the school years. Its normal development and hazardous decline. *Pediatr Clin North Am*. 1992;39(3):537-50.
32. Thomasgard M, Metz WP, Edelbrock C, Shonkoff JP. Parent-child relationship disorders. Part I. Parental overprotection and the development of the Parent Protection Scale. *J Dev Behav Pediatr*. 1995;16(4):244-50.
33. Kuzgun Y. *Ana baba tutumlarının bireyin kendini gerçekleştirme düzeyine etkisi*. Ankara: Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayınları; 1991.
34. Yavuzer H. *Çocuk psikolojisi*. İstanbul: Remzi Kitabevi; 1994.
35. Yan Z, Lin W, Ren J, Zhou P, Qin Y. Parenting Style and Children's Self-Care Ability: The Moderating Role of Executive Function. *Child Care Health Dev*. 2024;50(6):e70003.
36. Barber BK, Stolz HE, Olsen JA. Parental support, psychological control, and behavioral control: assessing relevance across time, culture, and method. *Monogr Soc Res Child Dev*. 2005;70(4):1-137.
37. Luyckx K, Goossens E, Missotten L, Moons P, i Di. Adolescents with congenital heart disease: the importance of perceived parenting for psychosocial and health outcomes. *J Dev Behav Pediatr*. 2011;32(9):651-9.
38. Mailloux N. Psychic determinism, freedom, and personality development. *Can J Psychol*. 1953;7(1):1-11.
39. Grey M, Knafel K, McCorkle R. A framework for the study of self- and family management of chronic conditions. *Nurs Outlook*. 2006;54(5):278-86.

40. Ajili G, Michard P. [The "parentified" child, a concept of contextual approach]. *Soins Pédiatr Pueric*. 2000(197):26-9.
41. Holmbeck GN, Johnson SZ, Wills KE, McKernon W, Rose B, Erkin S, et al. Observed and perceived parental overprotection in relation to psychosocial adjustment in preadolescents with a physical disability: the mediational role of behavioral autonomy. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(1):96-110.
42. Cappelli M, McGrath PJ, MacDonald NE, Katsanis J, Lascelles M. Parental care and overprotection of children with cystic fibrosis. *Br J Med Psychol*. 1989;62 (Pt 3):281-9.
43. Fales JL, Essner BS, Harris MA, Palermo TM. When helping hurts: miscarried helping in families of youth with chronic pain. *J Pediatr Psychol*. 2014;39(4):427-37.
44. Sieberg CB, Williams S, Simons LE. Do parent protective responses mediate the relation between parent distress and child functional disability among children with chronic pain? *J Pediatr Psychol*. 2011;36(9):1043-51.
45. Caes L, Vervoort T, Eccleston C, Vandenhende M, Goubert L. Parental catastrophizing about child's pain and its relationship with activity restriction: the mediating role of parental distress. *Pain*. 2011;152(1):212-22.
46. McMurtry CM, McGrath PJ, Asp E, Chambers CT. Parental reassurance and pediatric procedural pain: a linguistic description. *J Pain*. 2007;8(2):95-101.
47. Caes L, Vervoort T, Devos P, Verlooy J, Benoit Y, Goubert L. Parental distress and catastrophic thoughts about child pain: implications for parental protective behavior in the context of child leukemia-related medical procedures. *Clin J Pain*. 2014;30(9):787-99.
48. Walsh F. Family resilience: a framework for clinical practice. *Fam Process*. 2003;42(1):1-18.
49. Kirk S, Beatty S, Callery P, Milnes L, Pryjmachuk S. Perceptions of effective self-care support for children and young people with long-term conditions. *J Clin Nurs*. 2012;21(13-14):1974-87.
50. Knafelz KA, Deatrick JA, Havill NL. Continued development of the family management style framework. *J Fam Nurs*. 2012;18(1):11-34.
51. Habibpour Z, Mahmoudi H, Nir MS, Areshtanab HN. Resilience and its Predictors among the Parents of Children with Cancer: A Descriptive-Correlational Study. *Indian J Palliat Care*. 2019;25(1):79-83.
52. Kelly ME, Duff H, Kelly S, McHugh Power JE, Brennan S, Lawlor BA, et al. The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. *Syst Rev*. 2017;6(1):259.
53. Becker A, Rothenberger A, Sohn A, Ravens-Sieberer U, Klasen F, group Bs. Six years ahead: a longitudinal analysis regarding course and predictive value of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(6):715-25.
54. Hallstrom I, Elander G. Families' needs when a child is long-term ill: a literature review with reference to nursing research. *Int J Nurs Pract*. 2007;13(3):193-200.
55. Herbell K, Breitenstein SM, Melnyk BM, Guo J. Family resilience and flourishing: Well-being among children with mental, emotional, and behavioral disorders. *Res Nurs Health*. 2020;43(5):465-77.
56. Al GHN, Winter MA, Everhart RS. Examining Profiles of Family Functioning in Pediatric Asthma: Longitudinal Associations With Child Adjustment and Asthma Severity. *J Pediatr Psychol*. 2017;42(4):434-44.
57. Van Schoors M, Caes L, Knoble NB, Goubert L, Verhofstadt LL, Alderfer MA, et al. Systematic Review: Associations Between Family Functioning and Child Adjustment After Pediatric Cancer Diagnosis: A Meta-Analysis. *J Pediatr Psychol*. 2017;42(1):6-18.

58. Bellin MH, Kovacs P. Fostering resilience in siblings of youths with a chronic health condition: a review of the literature. *Health Soc Work*. 2006;31(3):209-16.
59. Nabors L, Liddle M, Graves ML, Kamphaus A, Elkins J. A family affair: Supporting children with chronic illnesses. *Child Care Health Dev*. 2019;45(2):227-33.
60. Gannoni AF, Shute RH. Parental and child perspectives on adaptation to childhood chronic illness: a qualitative study. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2010;15(1):39-53.
61. Wakefield CE, McLoone J, Goodenough B, Lenthén K, Cairns DR, Cohn RJ. The psychosocial impact of completing childhood cancer treatment: a systematic review of the literature. *J Pediatr Psychol*. 2010;35(3):262-74.
62. Cox MJ, Paley B. Families as systems. *Annu Rev Psychol*. 1997;48:243-67.
63. Carlson JM, Miller PA. Family burden, child disability, and the adjustment of mothers caring for children with epilepsy: Role of social support and coping. *Epilepsy Behav*. 2017;68:168-73.
64. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*. 2016;102(13):1009-16.
65. Wollenhaupt J, Rodgers B, Sawin KJ. Family management of a chronic health condition: perspectives of adolescents. *J Fam Nurs*. 2012;18(1):65-90.
66. Santos S, Crespo C, Silva N, Canavarró MC. Quality of life and adjustment in youths with asthma: the contributions of family rituals and the family environment. *Fam Process*. 2012;51(4):557-69.
67. Korneluk YG, Lee CM. Children's adjustment to parental physical illness. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 1998;1(3):179-93.
68. Visser A, Huizinga GA, van der Graaf WT, Hoekstra HJ, Hoekstra-Weebers JE. The impact of parental cancer on children and the family: a review of the literature. *Cancer Treat Rev*. 2004;30(8):683-94.
69. Stoeckel M, Weissbrod C. Growing up with an ill parent: An examination of family characteristics and parental illness features. *Fam Syst Health*. 2015;33(4):356-62.
70. Jorgensen SE, Thygesen LC, Andersen A, Due P, Michelsen SI. Parental Illness and Life Satisfaction among Young People: A Cross-Sectional Study of the Importance of School Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(5).
71. Van der Werf HM, Luttik MLA, Francke AL, Roodbol PF, Paans W. Students growing up with a chronically ill family member; a survey on experienced consequences, background characteristics, and risk factors. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1486.
72. Krattenmacher T, Kuhne F, Halverscheid S, Wiegand-Grefe S, Bergelt C, Romer G, et al. A comparison of the emotional and behavioral problems of children of patients with cancer or a mental disorder and their association with parental quality of life. *J Psychosom Res*. 2014;76(3):213-20.
73. Jidong DE, Husain N, Ike TJ, Murshed M, Pwajok JY, Roche A, et al. Maternal mental health and child well-being in Nigeria: A systematic review. *Health Psychol Open*. 2021;8(1):20551029211012199.
74. Pakenham KI, Bursnall S. Relations between social support, appraisal and coping and both positive and negative outcomes for children of a parent with multiple sclerosis and comparisons with children of healthy parents. *Clin Rehabil*. 2006;20(8):709-23.
75. Van Gampelaere C, Luyckx K, van der Straaten S, Laridaen J, Goethals ER, Casteels K, et al. Families with pediatric type 1 diabetes: A comparison with the general population on child well-being, parental distress, and parenting behavior. *Pediatr Diabetes*. 2020;21(2):395-408.

76. Annunziato RA, Rakotomihamina V, Rubacka J. Examining the effects of maternal chronic illness on child well-being in single parent families. *J Dev Behav Pediatr.* 2007;28(5):386-91.
77. Elaraby ME, Baraka SIM, Baraka NIM. Application of Information-Motivation-Behavioral Skills Model on Mothers' Care and Quality of Life of their Children with Congenital Heart Diseases. *Tanta Scientific Nursing Journal.* 2024;33(2).
78. Chen CY-C. Effects of Parental Chronic Illness on Children's Psychosocial and Educational Functioning: a Literature Review. *Contemporary School Psychology.* 2017;21(2):166-76.
79. Roper SO, Allred DW, Mandleco B, Freeborn D, Dyches T. Caregiver burden and sibling relationships in families raising children with disabilities and typically developing children. *Fam Syst Health.* 2014;32(2):241-6.
80. Balling K, McCubbin M. Hospitalized children with chronic illness: parental caregiving needs and valuing parental expertise. *J Pediatr Nurs.* 2001;16(2):110-9.
81. Eleen F. The stress-moderating roles of perceived parenting and family structure on adult psychological adjustment: Pacific Graduate School of Psychology; 2000.
82. Altinel Açoğlu E, Aydın B, İsiyel E, Çelik M, Yalçın SS. Mother's psychopathological conditions and parenting characteristics according to smoke exposure. *Int J Environ Health Res.* 2024;34(3):1701-12.
83. Pond H. Parental attitudes toward children with a chronic medical disorder: special reference to diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 1979;2(5):425-31.
84. Pinquart M. Do the parent-child relationship and parenting behaviors differ between families with a child with and without chronic illness? A meta-analysis. *J Pediatr Psychol.* 2013;38(7):708-21.
85. Carpentier MYM, Larry L. Wolfe-Christensen, Cortney Chaney, John M. The relationship of parent self-focused negative attributions to ratings of parental overprotection, perceived child vulnerability, and parenting stress. *Families, Systems, & Health.* 2008;26(2):147-63.
86. Çırpan Kantarcıoğlu A ESM. Bursa'da Pediatrik Talasemi, Hemofili ve Lösemili Olgu Annelerinin Aşırı Koruyucu Ebeveyn Tutumları ve Duygu Durumlarının Değerlendirilmesi. *Güncel Pediatri Dergisi.* 2018;16:37-50.
87. Abali O, Zulfikar OB, Karakoc Demirkaya S, Ayaydin H, Kircelli F, Duman M. An examination of the symptoms of anxiety and parental attitude in children with hemophilia. *Turk J Med Sci.* 2014;44(6):1087-90.
88. Jakubowska-Winecka A, Biernacka M. Parental Attitudes and Medication Adherence in Groups of Adolescents After Liver and Kidney Transplantations. *Transplant Proc.* 2018;50(7):2145-9.
89. de Roos SA, Iedema J, de Boer AH. Quality of Life of Schoolchildren Living with a Long-Term Sick Parent: The Role of Tasks at Home, Life Circumstances and Social Support. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(12).
90. Alkan F, Sertcelik T, Sapmaz SY, Eser E, Coskun S. Responses of mothers of children with CHD: quality of life, anxiety and depression, parental attitudes, family functionality. *Cardiology in the Young.* 2017;27(9):1748-54.
91. Coffey JS. Parenting a child with chronic illness: a metasynthesis. *Pediatr Nurs.* 2006;32(1):51-9.
92. Rogers SJ. Characteristics of social interactions between mothers and their disabled infants: a review. *Child Care Health Dev.* 1988;14(5):301-17.
93. Tartakovsky E, Hamama L. Mothers' acceptance-rejection of their children infected with HIV: the role of the mothers' social axioms, psychological distress, and relationships with the partner. *J Pediatr Psychol.* 2011;36(9):1030-42.

94. Devine KA, Holbein CE, Psihogios AM, Amaro CM, Holmbeck GN. Individual adjustment, parental functioning, and perceived social support in Hispanic and non-Hispanic white mothers and fathers of children with spina bifida. *J Pediatr Psychol*. 2012;37(7):769-78.
95. Welkom JS, Hwang WT, Guite JW. Adolescent pain catastrophizing mediates the relationship between protective parental responses to pain and disability over time. *J Pediatr Psychol*. 2013;38(5):541-50.
96. Walker LS, Smith CA, Garber J, Claar RL. Testing a model of pain appraisal and coping in children with chronic abdominal pain. *Health Psychol*. 2005;24(4):364-74.
97. Compas BE, Boyer MC, Stanger C, Colletti RB, Thomsen AH, Dufton LM, et al. Latent variable analysis of coping, anxiety/depression, and somatic symptoms in adolescents with chronic pain. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(6):1132-42.
98. Craig KD. Social communication model of pain. *Pain*. 2015;156(7):1198-9.
99. Guite JW, McCue RL, Sherker JL, Sherry DD, Rose JB. Relationships among pain, protective parental responses, and disability for adolescents with chronic musculoskeletal pain: the mediating role of pain catastrophizing. *Clin J Pain*. 2011;27(9):775-81.
100. Mullins LL, Wolfe-Christensen C, Pai AL, Carpentier MY, Gillaspay S, Cheek J, et al. The relationship of parental overprotection, perceived child vulnerability, and parenting stress to uncertainty in youth with chronic illness. *J Pediatr Psychol*. 2007;32(8):973-82.
101. Tripon C. Nurturing Sustainable Development: The Interplay of Parenting Styles and SDGs in Children's Development. *Children (Basel)*. 2024;11(6).
102. Neel ML, Slaughter JC, Stark AR, Maitre NL. Parenting style associations with sensory threshold and behaviour: a prospective cohort study in term/preterm infants. *Acta Paediatr*. 2019;108(9):1616-23.
103. Konopka A, Rek-Owodzin K, Pelka-Wysiecka J, Samochowiec J. Parenting style in family and the risk of psychopathology. *Postep Hig Med Dosw*. 2018;72:924-31.
104. Kong C, Yasmin F. Impact of Parenting Style on Early Childhood Learning: Mediating Role of Parental Self-Efficacy. *Front Psychol*. 2022;13:928629.
105. Pekcanlar Akay A, Hiz Kurul S, Ozek H, Cengizhan S, Emiroglu N, Ellidokuz H. Maternal reactions to a child with epilepsy: Depression, anxiety, parental attitudes and family functions. *Epilepsy Res*. 2011;95(3):213-20.
106. Avcil S, Uysal P, Demir F, Erge D, Kurt Omurlu I, Yenigun A. Mothers' emotional states and attitudes regarding their children with asthma. *J Asthma*. 2019;56(6):618-26.
107. Pinquart M, Shen Y. Behavior problems in children and adolescents with chronic physical illness: a meta-analysis. *J Pediatr Psychol*. 2011;36(9):1003-16.
108. Drotar D. Relating parent and family functioning to the psychological adjustment of children with chronic health conditions: what have we learned? What do we need to know? *J Pediatr Psychol*. 1997;22(2):149-65.
109. Krattenmacher T, Kuhne F, Ernst J, Bergelt C, Romer G, Moller B. Parental cancer: factors associated with children's psychosocial adjustment--a systematic review. *J Psychosom Res*. 2012;72(5):344-56.
110. Rolland JS. Chronic illness and the life cycle: a conceptual framework. *Fam Process*. 1987;26(2):203-21.
111. Rolland JS. Anticipatory loss: a family systems developmental framework. *Fam Process*. 1990;29(3):229-44.
112. Compas BE, Worsham NL, Epping-Jordan JE, Grant KE, Mireault G, Howell DC, et al. When mom or dad has cancer: markers of psychological distress in cancer patients, spouses, and children. *Health Psychol*. 1994;13(6):507-15.
113. Armsden GC, Lewis FM. Behavioral adjustment and self-esteem of school-age children of women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1994;21(1):39-45.

114. Howes MJ, Hoke L, Winterbottom M, Delafield D. Psychosocial effects of breast cancer on the patient's children. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1994;12(4):1-21.
115. Wellisch DK, Gritz ER, Schain W, Wang HJ, Siau J. Psychological functioning of daughters of breast cancer patients. Part I: Daughters and comparison subjects. *Psychosomatics*. 1991;32(3):324-36.
116. Kotchick BA, Forehand R, Armistead L, Klein K, Wierson M. Coping with illness: Interrelationships across family members and predictors of psychological adjustment. *Journal of Family Psychology*. 1996;10(3):358-70.
117. Steele RG, Forehand R, Armistead L. The role of family processes and coping strategies in the relationship between parental chronic illness and childhood internalizing problems. *J Abnorm Child Psychol*. 1997;25(2):83-94.
118. Pantke R, Slade P. Remembered parenting style and psychological well-being in young adults whose parents had experienced early child loss. *Psychol Psychother*. 2006;79(Pt 1):69-81.
119. Lee DH, Khang M, Shin J, Lee HJ, Brown JA. Life Experience of Bereaved Parents After the 2014 Sewol Ferry Disaster in South Korea. *Omega (Westport)*. 2020;80(4):515-43.
120. Lee DH, Khang M. Parenting school-aged children after the death of a child: A qualitative study on victims' families of the Sewol ferry disaster in South Korea. *Death Stud*. 2020;44(1):1-11.
121. Sloper P. Predictors of distress in parents of children with cancer: a prospective study. *J Pediatr Psychol*. 2000;25(2):79-91.

8. EKLER

EK-1: Tez Çalışması ile İlgili Etik Kurul İzinleri

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	ANNELERİN SİGARA İÇİMİNİN PSİKOPATOLOJİK DURUMLARI VE EBEVEYNLİK ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2022/03-300

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	SBÜ ANKARA DR.SAMI ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM ÇOCUK SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI E.A.H. BABÜR CAD. NO:44 (06080) ALTINDAĞ / ANKARA
	TELEFON	0312 305-61 83 - 61 84
	FAKS	
	E-POSTA	suetikkurul@hotmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	DOÇ. DR. ESMA ALTINEL AÇOĞLU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ. ANKARA DR.SAMI ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ	-----			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-----			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-----			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input checked="" type="checkbox"/> PROSPEKTİF/ANKET				
DİĞER İSE BELİRTİNİZ	AKADEMİK				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	<input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ	<input checked="" type="checkbox"/>	
	ULUSAL	<input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI	<input type="checkbox"/>	

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	ANNELERİN SİGARA İÇİMİNİN PSİKOPATOLOJİK DURUMLARI VE EBEVEYNLİK ÖZELLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2022/03-300

Prof. Dr. Ayşe KARAMAN	Çocuk Cerrahisi	SBÜ ANKARA DR.SAMI ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Fatma Nur ÖZ	Çocuk Enfeksiyon	SBÜ ANKARA DR.SAMI ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Elif YILMAZ	Kadın Hastalıkları ve Doğum	SBÜ ANKARA DR.SAMI ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Semanur ÖZDEL	Çocuk Romatoloji	SBÜ ANKARA DR.SAMI ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr. Öğret. Üyesi Hülya ŞİRİN	Halk Sağlığı	ANKARA GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Uzm. Dr. Emine POLAT	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	SBÜ ANKARA DR.SAMI ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Uzm. Dr. Murat BÜYÜKŞEKERCİ	Farmakoloji	ANKARA MESLEKİ VE ÇEVRESEL HASTALIKLARI HASTANESİ	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr. Öğret. Üyesi Gülbahar BÖYÜK	Fizyoloji	ANKARA MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Ali Ömür GÜLTEKİN	Avukat	ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Kenan AKSİN	Sivil Savunma Sorumlusu	SBÜ ANKARA DR.SAMI ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>

*:Toplantıda Bulunma

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.



T.C
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SBÜ. ANKARA DR.SAMİ ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

16/03/2022

Sayı: 2020-KAEK-141/307
Protokol No: E-22/03-300
Konu: Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı

**Dr. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

‘Annelerin Sigara İçiminin Psikopatolojik Durumları Ve Ebeveynlik Özellikleri İle İlişkisi’ adlı klinik araştırmalar başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ve kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı arzına gerek olmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Plevne Mahallesi Babür Cad.No:44 Altındağ/ANKARA Tel: 0312 305 6183-6184



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ARAŞTIRMA ETİK KURULU

KURUL KARARI

<u>OTURUM TARİHİ</u>	<u>OTURUM SAYISI</u>	<u>KARAR SAYISI</u>
27.11.2024	2024/20	2024/20-53
Araştırma Numarası : SBA 24/1190		Değerlendirme Tarihi : 27.11.2024

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Sıddıka Songül YALÇIN'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Dr. Öğr. Üyesi Melda ÇELİK'in doktora tezi olan, SBA 24/1190 kayıt numaralı **"Anne ve Çocukta Kronik Hastalıkların Varlığı ile Ebeveyn Tutumları Arasındaki İlişki"** başlıklı araştırma önerisi gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 01 Aralık 2024 – 01 Mart 2025 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur.**

Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

Prof. Dr. Nüket
PAKSOY ERBAYDAR
Kurul Başkanı

Prof. Dr. Mehmet Özgür
UYANIK
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Ayşe
KİN İŞLER
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Burcu Balam
DOĞU
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Tolga
YILDIRIM
Kurul Üyesi

Prof. Dr. İpek
GÜRBÜZ
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Merve
BATUK
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Gülten
IŞIK KOÇ
Kurul Üyesi

Doç. Dr. İbrahim Halil
ÖNCEL
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Hayriye
HIZARCIOĞLU GÜLŞEN
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Burcu
ERSÖZ ALAN
Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Melike Hacer
ÖZKAN
Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Müge
DEMİR
Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Güneş
GÜNER
Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Ekim
GÜMELER
Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Beren
KARAOSMANOĞLU
Kurul Üyesi

EK-2: Anket Formu

Araştırmanın adı: 'Annelerin sigara içiminin psikopatolojik durumları ve ebeveynlik özellikleri ile ilişkisi' Çalışmamızda 2-6 yaş arası çocukların annelerine uygulanacak anket soruları ile çocukların sigara teması, annelerin ebeveyn tutumu, depresyon, anksiyete ve stres durumları ile sigara içmeleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. 2-6 yaş arası birden fazla çocuğunuz varsa lütfen anketi küçük olana göre doldurunuz. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Size ait herhangi bir kimlik bilgisi bu çalışmada kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankete isim soyisim yazılmasına gerek yoktur.

1. Kaç yaşındasınız?
2. Eğitim durumunuz nedir?
 - a) Okur yazar değil
 - b) Okur yazar
 - c) İlkokul
 - d) Ortaokul
 - e) Lise
 - f) Üniversite
3. Mesleğiniz nedir?
4. Çalışıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
5. Bilinen hastalığınız var mı? Varsa hangi hastalıklar olduğunu yazınız.
6. Eşinizin eğitim durumu nedir?
 - a) Okur yazar değil
 - b) Okur yazar
 - c) İlkokul
 - d) Ortaokul
 - e) Lise
 - f) Üniversite
7. Eşinizin mesleği nedir?
8. Eşiniz çalışıyor mu? a) Evet b) Hayır
9. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz? Evde kimlerle birlikte yaşadığınızı lütfen yazınız.
10. Çocuğa bakım veren kişi ya da kişileri yazınız. (Örneğin gündüz anne dışında çocuğa bakan birisi varsa lütfen belirtiniz.)

11. Yaşayan kaç tane çocuğunuz olduğunu yazınız.
12. Bu anketi doldurduğunuz çocuğunuz kaç yaşında?
13. Bu anketi doldurduğunuz çocuğunuzun cinsiyetini lütfen işaretleyiniz. a)Kız
b)Erkek
14. Çocuğunuz zamanında mı doğdu?
a)Zamanında doğdu
b)Erken doğdu (Prematüre) ise kaç haftalık doğdu?
c)Doğum zamanını hatırlamıyorum
15. Çocuğunuzun doğum kilosunu lütfen yazınız.
16. Çocuğunuz kreş ya da okula gidiyor mu? a)Evet b)Hayır
17. Çocuğunuzun bilinen bir hastalığı var mı? Varsa lütfen hastalığın ne olduğunu yazınız.
18. Çocuğunuzun **son bir yıl içerisinde** geçirmiş olduğu hastalıkları işaretleyiniz ve kaç kez geçirdiklerini yazınız.
a) Nezle, grip ya da boğaz enfeksiyonu.....kez geçirdi
b) Orta kulak enfeksiyonu.....kez geçirdi
c) Zatürre.....kez geçirdi
d) Bronşit.....kez geçirdi
e) Diğer ise lütfen hangi hastalık olduğunu yazınız:
19. Ölen çocuğunuz oldu mu? Varsa ölüm nedenini ve yaşını lütfen yazınız.
20. Sigara içiyor musunuz?
a)Evet.....adet/günde veya..... paket/gün
b)Hayır
c)İçiyordumönce bıraktım.
21. Sigara içiyorsanız kaç yıldır içiyorsunuz?
22. Eşiniz sigara içiyor mu?
a)Evet.....adet/günde veyapaket/ gün
b)Hayır

- c)İçiyorduönce bıraktı.
23. Eşiniz sigara içiyorsa kaç yıldır içiyor?
24. Evde sizden ve eşinizden başka sigara içen birisi var mı?
- a) () Evet kim/kimler içiyor?.....
- b. () Hayır
25. Gebeliğinizde sigara içtiniz mi?
- a) () Evet.....adet/günde veyapaket/gün
- b) () Hayır
- c) () İçiyordum gebe kalınca bıraktım
26. Gebeliğinizde sizin yanınızda sigara içen birisi oldu mu?
- a) () Evet Kim/kimler.....
- b) () Hayır
27. Evde sigara içiliyorsa sigara içen kişileri ve nerede içtiklerini lütfen yazınız?

EBEVEYN TUTUM ÖLÇEĞİ							
			5	4	3	2	1
	ilk madde numaralar	Lütfen aşağıdaki her bir ifadeyi okuyun ve ifadenin size ne kadar uyduğunu gösteren sağ taraftaki 1, 2, 3, 4 veya 5 rakamının olduğu kutucuklardan birini işaretleyin. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadeye çok fazla zaman harcamayın. CÜMLELER	Her zaman böyledir	Çoğu zaman böyledir	Bazen böyledir	Nadiren böyledir	Hiçbir zaman böyle değildir
1	1	Ben bir başkasıyla konuşurken çocuğumun araya girmesine izin veririm.					
2	3	Çocuğumun kendine özgü bir bakış açısı olduğunu kabul ederim.					
3	5	Çocuğumla aynı fikirde olmadığımız zaman, benim fikirlerimi kabul etmesi için onu zorlarım.					
4	6	Çocuğumu, hayatın ufak tefek güçlüklerinden korurum.					
5	7	Çocuğuma bağımsız olmayı öğrenmesi konusunda yardımcı olurum.					
6	8	Çocuğuma, kurallara neden uyması gerektiğini açıklarım.					
7	9	Çocuğuma yaptığı şeyin önemli olduğunu hissettiririm.					
8	11	Çocuğumu, kendisi için yorucu olabilecek işlerden korurum.					
9	12	Çocuğum söz dinlemediğinde ona vururum.					
10	14	Çocuğumun iyi ve kötü davranışı karşısında neler hissettiğimi ona açıklarım.					
11	15	Çocuğumu yola getirmek için onu azarlarım.					
12	16	Çocuğuma karşı koruyucu davranırım.					
13	17	Çocuğum iyi davrandığında onu överim.					
14	18	Çocuğumun kişisel görüşlerine saygı gösteririm.					
15	19	Çocuğumu bir şeyleri kendi başına yapması konusunda cesaretlendiririm.					
16	20	Arkadaşları çocuğuma sataştığı zaman onu korurum.					
17	21	Çocuğumun başkaları konuşurken araya girmesine izin veririm.					
18	22	Çocuğumun cinsel konularda sorduğu soruları anlayacağı bir dilde doğru olarak cevaplarım.					
19	23	Çocuğum yanlış bir şekilde davrandığında ona bağırırım.					
20	25	Ebeveynlik konusunda bir yanlış yaptığımda çocuğumdan özür dilerim.					
21	26	Çocuğumu, kendisi için zor olabilecek işlerden korurum.					

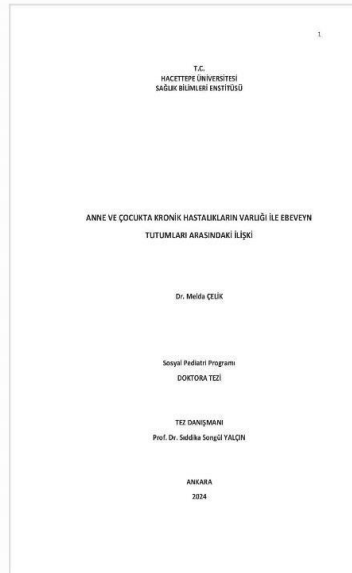
22	28	Çocuğumun hastalanmasından endişe ederim.					
23	29	Çocuğumun duygularını serbestçe ifade etmesine izin veririm.					
24	30	Çocuğumun istediği saatte uyumasına izin veririm.					
25	31	Çocuğum yanlış davrandığında, bunun neden yanlış olduğunu ona açıklarım.					
26	32	Çocuğuma kızdığımında çocuğumu cezalandırırım.					
27	33	Fiziksel cezayı, çocuğumu disipline sokmanın bir yolu olarak kullanırım.					
28	37	Çocuğumun hayal kırıklığına uğramaması için elimden geleni yaparım.					
29	39	Çocuğumun büyüdükçe yeni şeyler denemeyi göze alması gerektiğine inanırım.					
30	40	Çocuğumun her şeyi yapmasına izin veririm.					
31	42	Çocuğumun yanlış davranışını görmezden gelirim.					
32	44	Çocuğumu başka çocuklarla kıyaslarım.					
33	45	Çocuğumun şımarıklıklarına göz yumarım.					
34	47	Çocuğumu şımartırım.					
35	49	Çocuğuma karşı çabuk öfkelenirim.					
36	50	Çocuğum bana bir şey anlatırken sözünü kesmeden dinlerim.					
37	51	Çocuğuma bir şey alırken onun da fikrini alırım.					
38	53	Çocuğumla her konuyu konuşabilirim.					
39	54	Çocuğuma karşı sabırsızım.					
40	55	En ufak bir hatasında, çocuğumu cezalandırırım.					
41	56	Çocuğum için hemen hemen bütün eğlencelerimden fedakarlık ederim.					
42	57	Çocuğumun kendi başına becerebileceği şeyleri denemesi için ona fırsat tanırım.					
43	59	Çocuğuma bana sormaksızın şahsi eşyalarımından herhangi birini alıp kullanmasına izin veririm.					
44	60	Evimizde hangi televizyon programının izleneceği, çocuğumun isteğine göre belirlenir.					
45	61	Çocuğumu yapabileceğinden fazlasını yapması için zorlarım.					
46	62	Çocuğumu, onun cesaretini kırabilecek zor işlerden uzak tutarım.					

EK-3: Tez Çalışması Orijinallik Raporu**Dijital Makbuz**

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Melda Çelik
Ödev başlığı: ANNE VE ÇOCUKTA KRONİK HASTALIKLARIN VARLIĞI İLE EBE...
Gönderi Başlığı: ANNE VE ÇOCUKTA KRONİK HASTALIKLARIN VARLIĞI İLE EBE...
Dosya adı: TURNİTİN_01_01_25.docx
Dosya boyutu: 347.43K
Sayfa sayısı: 57
Kelime sayısı: 12,319
Karakter sayısı: 85,575
Gönderim Tarihi: 01-Oca-2025 05:19ÖS (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 2559175505



ANNE VE ÇOCUKTA KRONİK HASTALIKLARIN VARLIĞI İLE EBEVEYN TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Yazar Melda Çelik

Gönderim Tarihi: 01-Oca-2025 05:19PM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 2559175505

Dosya adı: TURNİTİN_01_01_25.docx (347.43K)

Kelime sayısı: 12319

Karakter sayısı: 85575

ANNE VE ÇOCUKTA KRONİK HASTALIKLARIN VARLIĞI İLE EBEVEYN TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

ORJİNALLİK RAPORU

%8	%6	%6	%4
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
2	acikerisim.aksaray.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
3	Submitted to Erciyes Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
4	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	<%1
5	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
6	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
8	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
9	Submitted to Kahramanmaraş Sütçü İmam University	<%1

9. ÖZGEÇMİŞ