



**KRONİK HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARDA  
ANNE BABA TUTUMUNUN  
ALEKSİTİMİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**Edanur TAR**  
**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı**

**Tez Danışmanı**  
**Doç. Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU**

**Yüksek Lisans Tezi - 2020**

**T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KRONİK HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARDA ANNE  
BABA TUTUMUNUN ALEKSİTİMİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**Edanur TAR**

**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU**

**ERZURUM  
2020**

T. C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KRONİK HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARDA ANNE BABA  
TUTUMUNUN ALEKSİTİMİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**Edanur TAR**

**Tez Savunma Tarihi** : 12.03.2020

**Tez Danışmanı** : Doç. Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU (Selçuk Üniversitesi)

**Jüri Üyesi** : Prof. Dr. Duygu ARIKAN (Atatürk Üniversitesi)

**Jüri Üyesi** : Doç. Dr. Emriye Hilal YAYAN (İnönü Üniversitesi)

**Onay**

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

**Prof. Dr. Duygu ARIKAN**  
Enstitü Müdürü

**Yüksek Lisans Tezi**  
**ERZURUM - 2020**

# İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>I</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>IV</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>V</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VI</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>VII</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>VIII</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
2.1. Kronik Hastalık Tanımı .....	5
2.2. Çocuklarda Sık Görülen Kronik Hastalıklar.....	6
2.3. Anne-Baba Tutumları .....	7
2.3.1. Baskıcı ve Otoriter Tutum .....	9
2.3.2. Aşırı İzin Verici-Gevşek Tutum .....	10
2.3.3. Dengesiz ve Tutarsız Tutum .....	10
2.3.4. Aşırı Koruyucu ve Kollayıcı Tutum .....	11
2.3.5. İlgisiz ve Kayıtsız Tutum.....	12
2.3.6. Reddedici Tutum.....	13
2.3.7. Mükemmeliyetçi Tutum .....	14
2.3.8. Demokratik- Eşitlikçi Tutum .....	14
2.4. Kronik Hastalığı Olan Çocuklarda Anne Baba Tutumları ve Çocuk Üzerindeki Etkisi .....	16
2.5. Aleksitimi.....	20
2.5.1. Aleksitimik Bireylerin Özellikleri .....	23
2.5.1.1. Duyguları Fark Etme, Ayırt Etme ve Tarif Etmede Güçlük.....	23

2.5.1.2. Hayal Kurma, Fantezi (Düşlem) Dünyasında Kısıtlılık.....	24
2.5.1.3. İşe Vuruk-İşlemsel Düşünme Eğilimi.....	24
2.5.1.4. Dış Merkezli-Uyum Sağlamaya Yönelik Bilişsel Yapı.....	25
2.5.2. Kronik Hastalıkların Aleksitimi ile İlişkisi.....	25
2.6. Kronik Hastalığı Olan Çocuk ve Ailesine Hemşirelik Yaklaşımı .....	26
<b>3. MATERYAL VE METOT.....</b>	<b>29</b>
3.1. Araştırmanın Şekli .....	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	29
3.4. Araştırmanın Değişkenleri .....	30
3.5. Veri Toplama Araçları .....	30
3.6. Verilerin Toplanması .....	33
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	34
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	35
3.9. Araştırmanın Genellenebilirliği ve Sınırlılıkları.....	35
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>36</b>
<b>5.TARTIŞMA.....</b>	<b>61</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>72</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>74</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>88</b>
<b>EK-1. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>88</b>
<b>EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU.....</b>	<b>89</b>
<b>EK-3. ETİK KURUL ONAYI.....</b>	<b>90</b>
<b>EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....</b>	<b>91</b>
<b>EK-5. ANNE BABA TUTUM ÖLÇEĞİ (ABTÖ).....</b>	<b>93</b>

<b>EK-6. ÇOCUKLARDA ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (ÇAÖ).....</b>	<b>95</b>
<b>EK-7. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU .....</b>	<b>96</b>
<b>EK-8. HASTANE İZİN YAZISI.....</b>	<b>97</b>
<b>EK-9. OSMANİYE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI .....</b>	<b>98</b>



## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tezimin her aşamasında tüm bilgi ve deneyimini benimle paylaşan, ilgi ve desteğini her zaman hissettiğim, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU' na

Akademik gelişimime sağladıkları büyük katkılar ve emeklerinden dolayı Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerine, Yüksek Lisans Tez Savunma Jürisi olmalarından onur duyduğum Prof. Dr. Duygu ARIKAN'a ve Doç. Dr. Emriye Hilal YAYAN'a, çalıştığım kurum olan Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğretim üyelerine, bu çalışmaya katılan tüm çocuklar ile ailelerine, hayatım boyunca attığım her adımda yanımda olan yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen, bana güç veren ve bu günlere gelmemde en büyük pay sahibi olan değerli annem, babam ve ağabeylerime,

Teşekkür ediyorum.

**Edanur TAR**

## ÖZET

### Kronik Hastalığı Olan Çocuklarda Anne Baba Tutumunun Aleksitimi Üzerine Etkisi

**Amaç:** Araştırma, kronik hastalığı olan çocuklarda anne baba tutumunun aleksitimi üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Materyal ve Metot:** Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte yürütülen çalışma Osmaniye’de bulunan bir devlet hastanesinin pediatri polikliniklerinde Temmuz 2018-Mart 2020 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihler arasında ilgili hastanenin polikliniğine başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan çocuklar oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü evreni bilinen örneklem formülüne göre (n=256 çocuk) belirlenmiştir. Verilerin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu”, Anne Baba Tutum Ölçeği “ABTÖ” ve Çocuklar İçin Aleksitimi Ölçeği “ÇAÖ” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 programı kullanılmıştır. Çalışmanın her aşamasında etik ilkeler gözetilmiştir.

**Bulgular:** Araştırma bulgularına göre çocukların ÇAÖ toplam puan ortalaması  $20.07 \pm 5.83$  olarak belirlenmiştir. Çalışma kapsamındaki çocukların ÇAÖ’nin en yüksek ortalamaya sahip alt boyutu “dışsal yönelimli düşünme” ( $7.63 \pm 1.95$ ), en düşük ortalamaya sahip alt boyutu ise “duyguları açıklama güçlüğü” ( $5.54 \pm 2.36$ ) olarak belirlenmiştir. Çalışma kapsamında çocukların ABTÖ alt boyut puan ortalamaları “Kabul/İlgi” için  $28.03 \pm 3.89$ , “Psikolojik özerklik” için  $21.13 \pm 4.09$ , “Denetleme” için  $30.75 \pm 2.55$  olarak saptanmıştır. Kabul/ilgi alt boyutunun %61.3 ve denetim alt boyutunun %74.2 oranında ortalamanın üzerinde olması ile anne babalar tarafından yaygın olarak demokratik tutumun benimsendiği belirlenmiştir. ABTÖ ve alt boyutları ile ÇAÖ ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; kabul/ilgi alt boyut puanları ile aleksitimi toplam puanı, duyguları tanımlama güçlüğü ve duyguları açıklama güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklama oranı %20.1 olarak belirlenmiştir.

**Sonuç:** Çalışmada çocukların aleksitimi düzeyinin orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Anne babaların yaygın olarak benimsediği demokratik tutumu gösteren kabul/ilginin artmasıyla duyguları tanımlama güçlüğü, duyguları açıklama güçlüğü ve aleksitimi düzeyinde azalma olduğu saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Aleksitimi, anne baba tutumu, çocuk, kronik hastalık



## ABSTRACT

### Effects of Parental Attitudes on Alexithymia in Children with Chronic Diseases

**Aim:** This study was conducted to investigate the effects of parental attitudes on alexithymia in children with chronic diseases.

**Materials and Methods:** The descriptive and correlational study was conducted at the pediatric outpatient clinics of a state hospital in the province of Osmaniye, Turkey, between July 2018 and March 2020. The study population consisted of all the children who admitted to the outpatient clinic of the relevant hospital between the specified dates and who met the research inclusion criteria. The sample size was calculated to be (n=256 children), according to the known study population formula. "Personal Information Form", "Parental Attitudes Scale (PAS)", and "Alexithymia Questionnaire for children (AQC)" were used for data collection. In the evaluations of the data, the IBM SPSS Statistics 22 program was used for statistical analysis. Ethical principles were adhered at all stages of the study.

**Results:** According to the results of the study, the mean AQC score of the children was  $20.07 \pm 5.83$ . "The highest AQC sub-scale score" taken by the children included in the study was in the "external-oriented thinking" sub-scale ( $7.63 \pm 1.95$ ), and "the AQC sub-scale with the lowest average score" was the "difficulty describing feelings" sub-scale ( $5.54 \pm 2.36$ ). The PAS sub-scale score averages of the children included in the study were ( $28.03 \pm 3.89$ ) "acceptance-involvement" sub-scale, ( $21.13 \pm 4.09$ ) "psychological autonomy", ( $30.75 \pm 2.55$ ) "strictness-supervision" sub-scale. Higher average scores in the acceptance/care sub-scale by 61.3% and in the supervision sub-scale by 74.2% indicates that parents widely adopted the democratic attitude. When the relationship between PAS, its sub-scales and AQC and sub-scale was examined, a statistically significant and negative correlation was found between the acceptance/care sub-scale score and the alexithymia total score, difficulty in identifying emotions and difficulty in explaining emotions sub-scale scores ( $p < 0.05$ ). The rate of independent variables to explain the dependent variable is determined as 20.1%.

**Conclusion:** The children's level of alexithymia was found to be above moderate. It was found that with increasing "acceptance-involvement", which shows the democratic attitude which is widely accepted by parents, "difficulty in identifying feelings", "difficulty in describing feelings" and "level of alexithymia" decreased.

**Keywords:** Alexithymia, child, chronic disease, parental attitudes

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ABTÖ</b>	: Anne Baba Tutum Ölçeği
<b>ÇAÖ</b>	: Çocuklar İçin Aleksitimi Ölçeği
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü



## TABLULAR DİZİNİ

<b><u>Tablo No</u></b>	<b><u>Sayfa No</u></b>
<b>Tablo 4.1.</b> Çocukların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı .....	36
<b>Tablo 4.2.</b> Çocukların Hastalığa Yönelik Özelliklerinin Dağılımı .....	38
<b>Tablo 4.3.</b> Çocukların Anne Baba Tutumlarına İlişkin Algılarının Dağılımı .....	40
<b>Tablo 4.4.</b> ÇAÖ Puanlarının Dağılımı .....	40
<b>Tablo 4.5.</b> ABTÖ Puanlarının Dağılımı .....	41
<b>Tablo 4.6.</b> ÇAÖ”ve ABTÖ Puanları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi .....	42
<b>Tablo 4.7.</b> Çocukların Tanıtıcı Özelliklerinin ÇAÖ Puanları ile Karşılaştırılması .....	43
<b>Tablo 4.8.</b> Çocukların Tanıtıcı Özelliklerinin ABTÖ Puanları ile Karşılaştırılması .....	47
<b>Tablo 4.9.</b> Çocukların Hastalık ile Anne-Baba Tutumlarına İlişkin Özelliklerine Göre ÇAÖ Puanlarının Değerlendirmesi .....	52
<b>Tablo 4.10.</b> Çocukların Hastalık ile Anne-Baba Tutumlarına İlişkin Özelliklerine Göre ABTÖ Puanlarının Değerlendirmesi .....	56
<b>Tablo 4.11.</b> ABTÖ Puanlarının ve Duygularını Rahatça İfade Etme Durumunun ÇAÖ Puanları ile İlişkinin Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi .....	59

# 1. GİRİŞ

“Alışlagelenin dışında özellikler taşıyan, kalıcı sekeller bırakabilen, kendi kendine gerilemeyen ve tam olarak tedavi edilemeyen, patolojik değişimler sonucunda ortaya çıkan, hasta bireyin rehabilite edilmesi amacıyla özel eğitim almasını gerektiren, en az altı ay tıbbi bakım, gözetleme ve kontrol gerektiren durum” kronik hastalık olarak tanımlanmaktadır.<sup>1</sup> Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan çalışmalara göre, her yıl Dünya’da 41 milyon kişi kronik hastalıklardan ölmekte ve bu da dünya genelinde tüm ölümlerin %71’ine karşı gelmektedir.<sup>2</sup>

Yetişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da kronik hastalıkların görülme oranı artmaktadır.<sup>3</sup> Bütün çocuk nüfusunun %1-2’si günlük yaşamlarını sekteye uğratan veya sıklıkla tedavi ihtiyacı duyulan kronik hastalıklara sahiptir ve bu hastalıklar %10 oranında ağır kronik hastalıklardır.<sup>1</sup> Ülkemizde çocuk, anne-baba ve kardeşlerle birlikte 2.8 milyon kişinin kronik hastalıklardan etkilendiği belirtilmektedir.<sup>4</sup>

Çocuklarda kronik hastalıklar çeşitlilik göstermekte olup, sık görülen kronik hastalıklar arasında; astım, epilepsi, konjenital kalp hastalıkları, artrit, diabetes mellitus, kanser, down sendromu, yarı damak/dudak, serebral palsi, orak hücreli anemi, kistik fibrozis, hemofili, musküler distrofi, nöral tüp defektleri ve bronkopulmoner displazi sayılmaktadır.<sup>5,6</sup>

Günümüzde tıp ve teknolojiye paralel olarak çocukluk döneminde kronik hastalığı olan bireylerin yaşam süreleri uzamıştır.<sup>1</sup> Kronik hastalığa sahip çocuklarda mortalite oranlarının azalması ve uzayan yaşam süresi ile aile ve çocuk, hastalığın yol açtığı psikososyal sorunlarla daha uzun süre karşı karşıya kalmaktadır.<sup>1</sup> Kronik hastalıklar çocuğun bilişsel ve duygusal gelişiminde önemli ölçüde izler bırakmaktadır. Oğuzhan ve Erden<sup>7</sup> tarafından yapılan bir çalışmada kronik hastalığa sahip çocukların, sağlıklı yaşlılarına kıyasla ruhsal sorunlar açısından daha fazla risk

altında oldukları bildirilmiştir. Literatürde kronik hastalığa sahip çocuk ve ailelerin duygusal sorunlarına yönelik sınırlı sayıda çalışma görülmektedir. Oysa kronik hastalığı olan çocuklarda duygusal ve davranışsal sorunların daha fazla geliştiği belirlenmiştir.<sup>8</sup> Bu çocuklar her ne kadar daha esnek ve olumsuz koşullara karşı daha iyi uyum sağlıyormuş gibi görünse de, kronik hastalıklı çocuklarda psikiyatrik veya davranışsal bozukluk tanısı alma riski 2-2.4 kat daha fazladır.<sup>9</sup> Çocuk kronik hastalığa karşı duygusal tepkilerini, çaresizlik, ayrılık, üzüntü, anksiyete, gelecek korkusu, yalnızlık, depresyon, kızgınlık ve ölüm korkusu olarak göstermektedir.<sup>4</sup> Keser ve ark.<sup>10</sup> bir çalışmada kronik hastalığa sahip çocuklar ile sağlıklı akranları arasında benlik algısı, davranışsal ve duygusal problemler ve ebeveyn tutumları arasında önemli bazı farklılıklar olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Keskin ve Bilge<sup>11</sup> tarafından yapılan bir çalışmanın sonucunda ise kronik böbrek yetmezliğinin son evresinde olan ergenlerde sosyal anksiyete bozukluğu, depresyon, aleksitimik problemler saptanmıştır.

Çocuğun kronik hastalığa uyumu ve duygularını ifade edebilmesi açısından anne baba tutum ve davranışlarının etkisi büyüktür. Ailelerin çocukları üzerinde ilgili, duyarlı, destekleyici, koruyucu ve güvenli tutumları çocuklarda uyumu artırmaktadır.<sup>12,13</sup> Darling ve Steinberg'e<sup>14</sup> göre; anne baba tutumu, çocuk ve ebeveyn iletişimini belirleyen anne baba davranışları ile sözlü-sözsüz ifadelerinin toplamından oluşmaktadır. Anne babanın olumlu, yapıcı davranış sergilemesi çocukta sağlam bir kişilik gelişimini sağlarken; olumsuz, yıkıcı ve sert davranışları çocukta bozuk bir kişilik gelişmesine yol açmaktadır.<sup>15</sup> Baykara ve ark.<sup>16</sup> yapmış olduğu bir çalışmada, çocuğu Tip1 diyabetli olan annelerin tedirgin, aşırı isteyen ve fazla kontrolcü bir tutum sergiledikleri saptanmıştır. Aile bireyleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ise duygusal bağlanma oranının yüksek olduğu belirlenmiştir. Anne babaların bu koruyucu tutumu da çocuklarda duygularını ifade etmede yetersizliğe yol açabilmektedir.<sup>16</sup>

Anne baba tutumuna göre çocuklarda aleksitimi gelişebileceği psikanalitik yaklaşıma göre belirtilmektedir. Aleksitimi, sınırlı hayali kapasite, duygular, fizyolojik tepkiler ve düşüncelerin ayrımını yapamama, duyguların farkında olamama ve duyguların ifadesinde uygun sözcükler bulamama olarak tanımlanmaktadır.<sup>17</sup> Kronik hastalığı olan çocuklar, sınırlı hayali kapasite, duygular, fizyolojik tepkiler ve düşüncelerin ayrımını yapamama, duyguların farkında olamama ve duyguların ifadesinde uygun sözcükler bulamama olarak tanımlanan aleksitimi açısından riskli bir grupta yer almaktadır.<sup>11</sup>

Literatürde kronik hastalığı olan çocuklarda aleksitiminin incelendiği sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Aaron ve ark.<sup>18</sup> tarafından yapılan bir çalışmada kronik ağrı yaşayan ergenlerin kontrollerine kıyasla aleksitimi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Natalucci ve ark.<sup>19</sup> tarafından yapılan bir çalışmada ise auralı migren tanısı alan çocukların kontrol grubuna kıyasla aleksitimi düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Van de Putte ve ark.'nın<sup>20</sup> kronik yorgunluk sendromu olan ergenlerde aleksitimi prevalansının sağlıklı ergenlere göre daha yüksek olup olmadığını belirlemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada kronik yorgunluk sendromu olan ergenlerin sağlıklı kontrollerine kıyasla aleksitimi görülme oranının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Keskin ve Bilge<sup>11</sup> tarafından yapılan bir çalışmada ise kronik böbrek yetmezliğine sahip çocuklarda depresyon ve sosyal anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu ayrıca %81.4'ünün aleksitimik yapıda olduğu bulunmuştur.

Verilerden yola çıkarak anne-baba tutumlarının çocuğun kronik hastalığa uyum sürecine ve aleksitimi üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Kronik hastalığı olan çocuklarda aleksitimi hakkında yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır.<sup>18-20</sup> Literatürde anne-baba tutumlarının kronik hastalığı olan çocuklarda aleksitimi ile ilişkisinin incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu noktadan hareketle araştırmanın, literatüre, hemşirelik profesyonellerine ve diğer sağlık çalışanlarına katkı sağlayacağını

düşünerek kronik hastalığı olan çocuklarda anne baba tutumu ve aleksitimi ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kronik Hastalık Tanımı

Alışlagelenin dışında özellikler taşıyan, kalıcı sekeller bırakabilen, kendi kendine gerilemeyen ve tam olarak tedavi edilemeyen, patolojik değişimler sonucunda ortaya çıkan, hasta bireyin rehabilite edilmesi amacıyla özel eğitim almasını gerektiren, en az altı ay tıbbi bakım, gözetleme ve kontrol gerektiren durum” kronik hastalık olarak tanımlanmaktadır.<sup>1</sup> Çavuşoğlu'nun<sup>5</sup> literatüründe yer alan L. Mayo'nun kronik hastalık tanımında aşağıdaki özelliklerden bir ya da birkaçının var olduğu normalden sapma ya da bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Bunlar;

1. Sürekli,dir,
2. Kalıcı yetersizlikler veya sakatlıklar bırakır,
3. Geri dönüşsüz patolojik değişikliklere neden olur,
4. Uzun süreli gözlem, kontrol ve bakım gerektirir,
5. Rehabilitasyon için hasta bireyin ya da ailesinin özel eğitimini gerektirebilir.

Pless ve Pinkerton ise kronik hastalığı “bir çocuğun günlük yaşam aktivitelerini en az üç ay süreyle engelleyen, yılda en az bir ay süreyle veya tanı konulduğu anda hastanede yatmaya neden olan bir sağlık sorunu” olarak tanımlamaktadır.<sup>5</sup> Son yıllarda kronik hastalığı olan çocuk ve yetişkinlerin sayısı giderek artmakta ve kronik hastalıklar özellikle sanayileşmiş ülkelerde en önemli sağlık sorunu olarak görülmektedir.<sup>5</sup> DSÖ'nün verilerine göre, her yıl Dünya'da 41 milyon kişi kronik hastalıklardan ölmekte ve bu da dünya genelinde tüm ölümlerin %71'ine karşı gelmektedir.<sup>2</sup> Son yirmi yıl içerisinde kronik hastalığı olan çocuk sayısında ciddi anlamda artış görülmektedir.<sup>5</sup> Tüm çocuk nüfusunun %1-2'si günlük yaşam aktivitelerini etkileyen veya sık tedavi gerektiren kronik hastalıklara sahiptir ve bunların %10' u ağır kronik hastalıklardır.<sup>1</sup> Dünyada on üç yaş altı çocuklarda kronik hastalıkların insidansının %10-15 arasında



olduğu tahmin edilmektedir.<sup>5</sup> Zihinsel, duyuşsal, öğrenme ve davranışsal sorunları olan çocukları da bu gruba dahil edecek olursak insidans %30-40'a yükselebilmektedir.<sup>5</sup> Amerika Birleşik Devletleri'nde her yılda on yedi yaş altı çocukların altı milyonu farklı nedenlerle ortalama üç buçuk gün hastanede yatmakta ve çocukların yaklaşık %18'i (12.6 milyon) kronik bir hastalık ya da sakatlıktan dolayı tedavi görmektedir.<sup>21</sup> Ülkemizdeki istatistikler incelendiğinde ise çocuk, anne- baba ve kardeşlerle birlikte 2.8 milyon kişi kronik hastalıklardan etkilenmektedir.<sup>4</sup>

Günümüzde tıp ve teknolojideki gelişmelerle çocukluk döneminde kronik hastalığı olan bireylerin yaşam süreleri uzamıştır. Kronik hastalığı olan çocuk ve ailesi, yaşam süresinin uzaması ile hastalıkların sebep olduğu psikososyal etkilere daha uzun süre maruz kalmaktadır.<sup>5</sup> Kronik hastalıklar çocuğun bilişsel ve duyuşsal gelişiminde önemli ölçüde izler bırakmaktadır. Çocuğun kronik hastalığa karşı duyuşsal tepkileri, yalnızlık, ayrılık, izolasyon, üzüntü, kaygı, gelecek korkusu, çaresizlik, depresyon, öfke ve ölüm korkusudur.<sup>4</sup> Oğuzhan ve Erden<sup>7</sup> tarafından kronik hastalığı olan çocukların, kronik hastalığı olmayan yaşıtlarına göre ruhsal sorunlar açısından daha fazla risk altında oldukları bildirilmiştir. Keser ve ark.'nın<sup>10</sup> bir çalışmasında ise farklı kronik hastalığı olan çocuklar ve sağlıklı akranları arasında benlik algısı, duyuşsal ve davranışsal sorunlar ve anne-baba tutumları arasında önemli bazı farklılıklar olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Keskin ve Bilge<sup>11</sup> tarafından yapılan bir çalışmanın sonucunda ise kronik böbrek yetmezliğinin son evresinde olan ergenlerde depresyon, sosyal anksiyete ve aleksitimik sorunlar saptanmıştır.

## **2.2. Çocuklarda Sık Görülen Kronik Hastalıklar**

Mattson, çocuklarda görülen kronik hastalıkları şu şekilde sınıflandırmaktadır:

1. Kromozom anomalileri nedeniyle gelişen hastalıklar ( Down sendromu)
2. Genetik geçişli hastalıklar ( Orak hücreli anemi, hemofili ve kistik fibrozis)

3. İntrauterin dönemde teratojenik faktörler (radyasyon, ilaçlar, enfeksiyonlar) nedeniyle gelişen bozukluklar,
4. Doğum travması ya da perinatal enfeksiyonlar nedeniyle gelişen hastalıklar (sepsis, serebral palsy)
5. Posnatal enfeksiyonlar ve fiziksel travmalar nedeniyle gelişen bozukluklar veya sonradan kazanılan hastalıklardır (epilepsi, romatizmal ateş, lösemi, kronik böbrek hastalığı).<sup>5</sup>

Çocukluk döneminde en sık görülen kronik hastalıklar arasında astım, konjenital kalp hastalığı, epilepsi, artrit, diyabet, lösemi, down sendromu, yarı damak/dudak, orak hücreli anemi, kistik fibrozis, hemofili ve muskuler distrofi yer almaktadır.<sup>5,6</sup>

### **2.3. Anne-Baba Tutumları**

Anne, babanın çocuğa karşı gösterdiği davranış ve tavırların, çocuk tarafından algılanış tarzlarının bütünü anne baba tutumlarını oluşturur.<sup>22</sup> Her anne baba çocuk yetiştirme konusunda farklı tutum ve davranışlara sahiptir. Üstelik aynı ailede bile, anne babalar farkında olarak veya olmayarak çocuklar arasında farklı tutum ve davranışlar sergileyebilmektedir. Anne babalar bazı çocuklarına daha koruyucu davranabilmekte, bazılarında hoşgörülü yaklaşmakta, bazılarında ise farklı ayrıcalıklar tanıyabilmektedir. Anne babaların gösterdikleri farklı tutum ve davranışlar sonucunda ise farklı kişilik özelliğine sahip çocuklar yetişmektedir.<sup>23</sup>

Anne baba tutumlarının temel iki özelliği “denetim boyutu” ve “duygusal ilişki” boyutudur. Duygusal ilişki boyutu çocuk odaklı olan kabul edici tutumdan, merkezde annenin olduğu reddedici tutuma kadar farklılık gösterir. Denetim boyutu ise çocuğun özerkliğini destekleyen otonomi/hosgörülü tutum ve çocuğun özerkliğini kısıtlayan aşırı kontrolcü tutum arasında geniş bir alanı kapsar. Anne babanın çocuğa yönelttikleri tutumlar, çocuğun benlik kavramının oluşmasını sağlar. Çocuk istenilen davranışı gösterdiğinde destekleniyorsa onaylanan davranışı öğrenir ve kendi davranışlarını

yönetmeye başlar. Fakat istenilen davranışı gösterdiğinde desteklenmeyen çocuk hangi davranışın onaylanıp, hangisinin onaylanmadığını ayırt edemez ve sonunda onay sağlama çabasından vazgeçer.<sup>22</sup> Bu açıdan değerlendirildiğinde çocuğun tüm gelişim dönemlerinde anne baba çocuk ilişkisinin önemi anlaşılmaktadır.

Anne baba tutumları; ebeveynin yaşı, eğitim durumu, mesleği, aylık gelir durumu, ruh ve beden sağlığı, ebeveynler arasındaki ilişkiler, ebeveynin yetiştirilme tarzı, ailenin parçalanmış olması (tek ebeveynle çocuk yetiştirme), çocuk yetiştirme konusunda bilgi düzeyleri ve kendilerini yeterli hissetmeleri, sosyal destek sistemlerinin varlığı, içinde yaşadığı topluma ait kültürel değerler gibi anne babaya ait faktörlerden ve çocuğun yaşı, cinsiyeti, çocuk sayısı, çocuğun mizacı, çocukta kronik hastalık varlığı veya özel bir durumunun olması gibi çocuğa ait faktörlerden etkilenebilmektedir.<sup>23,24</sup>

Anne baba tutumları ile ilgili literatürde farklı sınıflandırmalar bulunmaktadır. Baumrind'in<sup>25</sup> kuramsal yaklaşımına göre anne baba tutumları otoriter (baskıcı) tutum, demokratik (ılımlı-otoriter) tutum ve izin verici (aşırı hoşgörölü) tutum olarak sınıflandırılmaktadır. Baumrind'e<sup>25</sup> göre anne babalar bu tutumlardan birini baskın olarak kabullenmekte ve çocuklarıyla iletişimlerinde bu tutumu kullanmaktadır. Maccoby ve Martin<sup>26</sup> anne baba tutumlarını duyarlılık (kabul/ilgi) ve talepkarlık (denetleme) boyutlarını temel alarak otoriter, demokratik, izin verici-hoşgörölü, izin verici-ihmkâr olmak üzere dört farklı şekilde tanımlamaktadır.<sup>27</sup> Yavuzer<sup>22</sup> ise anne baba tutumlarını duyarlı, ulaşılabilir ve kabul edici tutum, reddeden ve ihmal eden tutum, baskıcı- otoriter tutum, mükemmeliyetçi tutum, destekleyici-yetkili ve güvenilir tutum, gevşek tutum (ihmkâr ve aşırı hoşgörölü), aşırı korumacı tutum, tutarsız ve kararsız tutum olarak sınıflandırmaktadır.

Yukarıda sıralanan çalışmalar sonucunda anne baba tutumlarını baskıcı ve otoriter tutum, aşırı izin verici (çocuk merkezli aile) tutum, dengesiz ve tutarsız tutum,

aşırı koruyucu kollayıcı tutum, ilgisiz ve kayıtsız tutum, reddedici tutum, mükemmeliyetçi tutum ve demokratik tutum olarak sınıflandırmak mümkündür.

### **2.3.1. Baskıcı ve Otoriter Tutum**

Baskıcı ve otoriter tutum, çocuğun görüşlerinin dikkate alınmadığı, anne baba çocuk ilişkisinin anne baba tarafından belirlenen katı ve değişmez kurallara göre sürdürüldüğü, denetim boyutunun yüksek, duygusal ilişki boyutunun ve duyarlılığın düşük olduğu bir tutumdur.<sup>23</sup> Anne babalar her şeyin en iyisini kendilerinin bildiğini ve çocuğun nasıl düşünüp, davranması gerektiğini belirleyen katı görüşlerinin, çocuklar tarafından sorgulanmaksızın kabul edilmesi gerektiğini düşünürler.<sup>22</sup> Çocuk veya aile ile ilgili önemli bir karar alınması gerektiğinde çocuğun görüşleri önemsenmemektedir.<sup>1</sup>

Çocuklarına katı, soğuk, kolayca öfkelenen ve kesin bir tavır sergileyen anne babaların çocuklarıyla iletişimi yetersiz ve serttir. Çocuk belirlenen kurallara uymadığında anne babası tarafından fiziksel şiddet, suçlama, eleştirme, utandırma, ayıplama veya sevdiği bir şeyi yapmasına izin verilmemesi gibi farklı cezalarla karşılaşabilir.<sup>1,23,28</sup> Çocuk üzerinde baskı oluşturarak doğru davranışın benimsenmesini amaçlayan anne babalar çocukta kalıcı bir davranış değişikliğinde başarılı olamamakta, çocuk yalnızca anne babasından korktuğu için geçici olarak davranış değişikliği göstermektedir.<sup>22</sup>

Anne babanın baskıcı, kuralcı, sert, eleştirel ve destekleyici olmayan tavırları sonucunda çocuk sessiz, uslu, nazik, kendi duygu ve düşüncelerini ifade edemeyen, başkalarının isteklerine uyum sağlayan, kolay etki altında kalan, çekingen, benlik saygısı yetersiz, kendine güveni olmayan, kolayca ağlayabilen, bağımsız kararlar alamayan, küskün, silik bir yapıya bürünmektedir. Fakat baskıcı tutumla yetiştirilen çocuklar her zaman çekingen ve korkak davranışlar göstermek yerine vurucu, kırıcı, isyankâr, inatçı ve kendilerinden güçsüz olanlara karşı saldırgan, kavgacı ve uyumsuz davranışlar da gösterebilmektedir.<sup>23,28,29</sup>

### **2.3.2. Aşırı İzin Verici-Gevşek Tutum**

Aşırı izin verici ve gevşek tutum, ihmalkâr ve aşırı hoşgörölü olmak üzere iki boyutta incelenebilmektedir. İhmalkâr anne babalar için ilgiye ihtiyacı olan çocuklarının yaşamındansa kendi sosyal hayatları daha önemlidir ve sosyal yönü zayıf, bağımlı kişiliğe sahip, benlik kontrolü düşük çocuklar yetiştirirler.<sup>22</sup> Aşırı hoşgörölü tutum, anne baba tarafından hatalı davranışları dâhil çocuğun hiçbir davranışına sınırlama getirilmeyen ve hoşgörölüyle karşılanan, çocuğa sınırsız özgürlük ve hakların sunulduğu, çocuğun her isteğinin yerine getirildiği aynı zamanda anne babanın çocuk tarafından yönetildiği çocuk merkezli tutumdur.<sup>23</sup> Çocuğa karşı sergilenen disiplinsizlik, anne babanın hoşgörölü olarak görünmesine yol açabilir ancak ailenin yetersizliğini ve güçsüzlüğünü göstermektedir.<sup>30</sup> Anne babalar çocuk ile çok ilgili gibi görünseler de çocuk üzerinde başarısız bir kontrol sergilemekte, çocuğun uygunsuz davranışlarını engellemek konusunda etkisiz kalmakta, çocukların davranışlarına çok az kısıtlama koymakta, disiplinde tutarsız ve cezalandırma yöntemini kullanmamaktadır.<sup>23,28</sup>

Bazı anne babalar çocuklarının daha özgüvenli ve yaratıcı olacağını düşündükleri için çocuklarını özellikle bu yöntemle yetiştirmeye özen göstermektedir. Fakat anne babanın aşırı hoşgörölü veya ihmalkâr tutumları sonucunda çocuk sosyal gelişiminin yetersiz olması nedeniyle arkadaşları tarafından kabul görmeyen, kendi davranışlarını kontrol etmekte zorlanan, başkalarına saygı duymayan, istekleri yapılmadığında öfke patlamaları yaşayan, kendine güveni olmayan, karar almak konusunda bağımsız, diğer insanlara aşırı bağımlı, doyumsuz, bencil ve şımarık olabilmektedir.<sup>22,28</sup>

### **2.3.3. Dengesiz ve Tutarsız Tutum**

Anne babanın çocuk yetiştirme yöntemlerinde değişiklik yapmak istemeleri durumunda görüş ayrılıkları yaşamaları veya çocuk yetiştirme konusunda farklı görüşlere sahip olmaları nedeniyle çocuğa olan tutumun kabul edici tutumdan-reddedici tutuma ve kısıtlayıcı tutumdan-hoşgörölü tutuma kadar farklılık gösterdiği anne baba

tutumudur.<sup>22,29</sup> Herhangi bir durum için anne çocuğa hoşgörülü-demokratik bir tutum gösterebilmekte, baba ise otoriter-baskıcı bir tutum sergileyebilmektedir. Örneğin; on bir yaşında okul başarısızlığı nedeniyle psikiyatri polikliniğine başvuran bir çocuk babası tarafından sürekli suçlanıyor ve olumlu hiçbir özelliğinin olmadığı ifade ediliyor ancak annesi çocuğun henüz çok küçük olduğunu, yorulur diye ödevlerini kendisinin yaptığını, yemeğini hala kendisinin yedirdiğini, babasının ise çok ağladığı için çocuğun kafasını soğuk suya tutmak gibi bebeklik döneminden itibaren başlayan disiplin ve ceza uygulamalarının olduğunu ifade etmektedir.<sup>30</sup> Tutarsızlık anne ve baba tutumlarının değişkenliğinden kaynaklanıyorsa aynı davranışı yüzünden çocuk bir gün hoş görülürken diğer gün cezalandırılabilir. Ailede disiplinin tamamen olmaması söz konusu değildir ancak nerede ve ne zaman uygulanacağı belirli değildir. Çocuk davranışlarından hangilerinin onaylanıp onaylanmadığı konusunda belirsizlik yaşar ve bu da çocuğun dengesiz-tutarsız bir kişilik yapısının gelişmesine yol açar.<sup>23</sup> Anne babanın dengesiz ve tutarsız davranışları sonucunda çocuğun anne babaya karşı sevgisi azalabilmekte, ebeveynlerden birine kendini daha yakın hissedebilmekte veya çocukta dikkatsizlik, odaklanamama, yalan söyleme, izinsiz eşya alma, içine kapanıklık, çekingenlik, asilik, hırçınlık, inatçılık görülebilmektedir.<sup>22,29</sup>

#### **2.3.4. Aşırı Koruyucu ve Kollayıcı Tutum**

Yaşanmış bir düşük öyküsü, ailenin gelir düzeyi, bir kardeşin ölümü, başka çocuk sahibi olamama, çocuğun hastalığı, ebeveynin sevgi ve şefkatten yoksun olarak yetiştirilmesi, evlilikte bulunamayan doyumun çocukta aranması, çocuğun bilinç dışı reddedilmesi sonucunda oluşan suçluluk duygusu, anne babanın ruhsal sorunlarının olması, ileri yaşta çocuk sahibi olma, en küçük olmak, kardeşlerinden güzel-başarılı olmak ve tek kız, tek erkek çocuk olmak gibi durumlar nedeniyle anne babanın çocuk üzerinde gereğinden fazla kontrol ve özen gösterdiği bir tutumdur.<sup>23,28</sup> Aşırı koruyucu anne babalar; vaktinin büyük kısmını çocukla birlikte geçirme, uzun süre emzirme,

çocuğun kendisinin karşılayabileceği bedensel gereksinimlerinin ve günlük yaşam aktivitelerinin anne baba tarafından karşılanması, ergenlik çağına kadar aynı odada yatma, çocuğa hiçbir sorumluluk vermeme ve sonuçta çocuğun olgunlaşmasının engellenmesi, çocuğu hasta olacak korkusuyla sık sık doktor kontrolüne götürme, dış çevreyi tehlike olarak algılama ve çocuğu toplumdan uzak tutmaya çalışma gibi davranışlar sergileyebilmektedir.<sup>31</sup>

Aşırı korumacı anne baba çocuğun fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyal gelişiminin gecikmesine neden olmaktadır. Agresif olan çocuk sürekli taleplerde bulunur ve ihtiyaçlarının karşılanmasını bekler. Anne baba burada itaatkâr rolündedir ve çocuğun beslenme, giyinme, banyo yapma gibi bağımsız yapabileceği günlük yaşam aktiviteleri anne baba tarafından yapılmaktadır ve ileriki dönemde çocuklarda utangaçlık, çekingenlik ve korku görülebilmektedir.<sup>28</sup>

Anne babanın çocuğa gereğinden fazla ilgi ve özen göstermesi sonucunda çocuk aşırı duygusal, ileriki dönemlerinde başkalarına bağımlı, yalnız herhangi bir iş yapmaya cesaret edemeyen, sorumluluk alamayan, anne babasından ayrılamayan, toplumsal gelişimi engellendiği için arkadaşları tarafından kabul görmeyen, bencil, kendine güveni olmayan, savunmasız, hastalık kuruntuları olan bir birey olarak yetişmektedir.<sup>22,23,29,31</sup> Ayrıca bazı çocuklar etrafındaki kişilerin isteklerini ve haklarını önemsemeyen, insanları kullanan, inatçı, aşırı, otoriter, şımarık ve sorumsuz olabilmektedir.<sup>23,32</sup>

### **2.3.5. İlgisiz ve Kayıtsız Tutum**

İlgisiz ve kayıtsız tutum, kontrol ve ilgi boyutunun çok düşük düzeyde olduğu, anne babanın çocuğu sevmediği, ilgi göstermediği, bakım ve koruma sorumluluğunu almadığı, çocuğun en kısa sürede bağımsız olmasını istedikleri bir tutumdur.<sup>30</sup> Kendi arzuları ön planda olan anne babanın ruh haline göre şekillenen anne baba çocuk ilişkisinde anne babalar kendi işleri ve düşünceleriyle meşgul olduklarından çocukların

kendileriyle iletişim kurma isteklerini fark etmezler ve çocuklarıyla oyun vb. aktivitelerde olmaktan sıkılırlar.<sup>33</sup>

Anne baba tarafından yeterli, sevgi ilgi ve bakım görmeyen, kendine bakma çabası içinde olan ve üst düzeyde sorumluluklar alan çocuk, arkadaş çevresinde sevilmeyen, bencil ve şımarık, güvensiz, başkalarını sevmekte güçlük çeken, dikkat çekmek için farklı davranışlar sergileyen, anne babası uygun rol model olmadığı için farklı model arayışında olan, kendi başının çaresine bakan, zararlı alışkanlıklara ve davranış bozukluğu göstermeye eğimli bir birey olarak yetişmektedir.<sup>1,29,30</sup>

### **2.3.6. Reddedici Tutum**

Anne babanın çocuk ile temas kurmadığı, bakımının bir bakıcıya bırakılarak kendi yaşamlarını sürdürdüğü, kucağına almadığı, sevgi, ilgi göstermediği, çocuk üzerinde öfke ve baskıyla denetim kurmaya çalıştığı bir tutumdur.<sup>22</sup> Anne babanın reddedici tutumu benimsemesini; çocuğun evlilik dışı dünyaya gelmesi, zorla yaptırılan bir evlilik, evliliğin kurtarılması amacıyla çocuk yapılması fakat amaca ulaşamama, anne baba arasındaki geçimsizlik, çocuğun istenmeyen bir zamanda doğması, ekonomik nedenler, çocuğun anne babanın sevmediği birine benzetilmesi, anne babanın yetiştiriliş tarzı, çocuğun istenmeyen cinsiyette doğması ve çocuğun herhangi bir anomalisi olması etkilemektedir. Anne baba dış ilgi alanları nedeniyle çocuğunu duygusal olarak daha az desteklemektedir ve bu durum çocuğu ihmal etmekten, çocuktan kopmaya kadar değişebilmektedir.<sup>28</sup> Çocuğun anne baba tarafından reddedilmesi zamanla çocuğun da anne babasına karşı reddedici tutum geliştirmesine neden olabilmektedir.<sup>23,34</sup> Anne baba çocuğun yalnızca olumsuz davranışlarına odaklanmakta, olumlu davranışlarını yok saymakta, çocuğa karşı ön yargılı davranmakta, herhangi bir durumda sorgulanmadan suçlu olduğuna inanılmakta ve suçlayıcı, yargılayıcı bir tavırla cezalandırılmaktadır.<sup>22</sup> Anne babanın çocuğu reddetmesi ileriki dönemlerde azarlama, kötü davranma ve dayak ile cezalandırmaya kadar gidebilmektedir.<sup>22</sup>



Anne baba tarafından ilgi, sevgi görmeyen ve reddedilen çocukta, duygusal yoksunluk, yalnızlık, ilgi çekmek amacıyla farklı davranışlara yönelme, düşük benlik saygısı, güvensizlik, değersizlik duygusu, kuşkuculuk, kolayca ağlama, işbirliği yapmama, kendinden güçsüz olanlara karşı saldırganlık gibi davranışlar gözlenebilmektedir.<sup>22,23,28,34,35</sup>

### **2.3.7. Mükemmeliyetçi Tutum**

Genellikle çocukluk yılları güç koşullarla ve maddi imkânsızlıklarla geçmiş anne babaların isteyip de ulaşamadıkları hedeflerine çocuklarını yönlendirmek istemeleri sonucunda akranlarından daha başarılı olması için çocuğun yaş, gelişim düzeyi ve yeteneklerine uygun olmayan beklentiler içerisinde olma, çocuğu zorlayıcı ve kıyaslayıcı davranışlar sergileme, bu konuda sürekli öğüt verme gibi davranışların sergilendiği anne baba tutumudur. Anne babalar çocuk üzerinde mükemmeli yakalamak peşinde oldukları gibi kendi hayatlarında da mükemmeliyetçi davranmakta, evlerini katı kurallarla yönetmekte ve defalarca temizlik yapmaktadırlar.<sup>23</sup> Anne babanın gerçekçi olmayan beklentileri karşısında başarısız olan çocuk cesaretinin kırılması ve değersizlik duygusu sonucunda başarı için çaba göstermeyi bırakabilmektedir.<sup>22</sup> Çocuğun bağımsız bir birey olarak kabul edilmediği ve kapasitesinin üzerinde beklentiler içerisinde olunan bu tutum sonucunda çocukta düşük benlik saygısı, özgüven eksikliği, çekingenlik, yaşama sevincinin yitirilmesi, isyankârlık veya aşırı hırslı olma gibi davranışlar görülmektedir.<sup>23,36</sup>

### **2.3.8. Demokratik- Eşitlikçi Tutum**

Sevgi ile denetim boyutlarının bir arada olduğu, çocuğun hem kontrol edilmesi hem de ihtiyaçlarına karşı duyarlı davranılmasını amaçlayan, çocuğun özerkliğine saygı duyulan, anne babanın çocuğa karşı hoşgörölü, güven verici ve destekleyici yaklaşımda olduğu sağlıklı ve başarılı bir tutumdur.<sup>23</sup> Sevgiye dayalı, hoşgörölü, destekleyici ve sınırları belli anne baba tutumlarının temelinde anne baba olmaya hazır oluş

yatmaktadır. Demokratik-eşitlikçi anne baba tutumunun özellikleri aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir;

- Anne ve baba sevgi, şefkat ve sabırla sıcak bir aile ortamı oluşturur.
- Çocuğun olumlu davranışları uygun şekilde onaylanarak çocukta sağlıklı bir kişilik gelişimi hedeflenir.
- Çocuklarıyla vakit geçirmekten hoşlanırlar ve onların başarılarından gurur duyarlar.
- Çocuk istek ve ihtiyaçları konusunda duyarlıdır, onların sorunlarını ciddiye alır ve ilgilenirler.
- Net bir biçimde belirlenmiş ve tutarlı bir şekilde uyguladıkları kurallar vardır.
- Önemli konularda çocukların da fikri alınır.
- Çocuklarına saygı çerçevesinde fikirlerini ifade etmeleri için fırsat tanırırlar.
- Kendilerini hatasız olarak görmezler.
- Konulan kuralların ve sınırlamaların nedenlerini açıklarlar ve çocuğu sormak için teşvik ederler.
- Çocuğun onaylanmayan davranışının neden desteklenmediğini açıklarlar.
- Çocuğun sorgulamadan kendilerine itaat etmesini beklemezler fakat ilişkileri tamamen çocuk merkezli de değildir.
- Kurallar belirli mantık ve anlayış ile oluşturulmuş, sınırlar ise sevgi ile çizilmiştir.<sup>29</sup>

Sevgiye dayalı, hoşgörülü, destekleyici ve sınırları belli tutumla yetiştirilen çocuklar, girişken, benlik kavramı güçlü, sağlıklı iletişim becerilerine sahip, sosyal gelişim açısından yeterli, özgüvenli, yaratıcı, özerk, sorumluluklarının bilincinde ve diğerlerinin haklarına saygılı bireyler olmaktadır.<sup>22,31</sup>

## 2.4. Kronik Hastalığı Olan Çocuklarda Anne Baba Tutumları ve Çocuk Üzerindeki Etkisi

Çocuklarının fiziksel ve duygusal sorunları olmaksızın büyüüp, gelişeceğini düşünen tüm anne babalar çocukta kronik bir hastalık görülmesi sonucunda derinden etkilenmekte ve ciddi düzeyde stres yaşamaktadır. Tanıyı öğrendiklerinde duydukları karşısında ilk tepkileri şok ve inkar olmakta bunu takiben öfke ve içleme duyguları görülmektedir. Anne babalar çocuğun hastalanma nedeninin kendileri olduğunu düşünmekte ve yoğun suçluluk duygusu sonucunda bir yas dönemine girmektedir. Son aşamada ise anne babaya uygun baş etme davranışlarını geliştirip çocuğun hastalığını kabullenmekte ya da yas süreci depresyonla sonuçlanmaktadır.<sup>1</sup> Uygun baş etme davranışlarını geliştirip çocuğun hastalığını kabullenmeyi başarabilen anne babalar kendi normal fonksiyonları ile çocuğun özel ihtiyaçlarına duyarlı olmak konusunda denge kurabilmektedir.<sup>5</sup>

Anne babanın hastalığı kabullenmesi ile yaşamlarının değiştiği, bu değişimin sürekli olacağı, günlük hayatlarını bu değişime uyarlamaları gerektiği düşünceleri, hastalıkla baş etmek için çabalamaya başladıklarını göstermektedir.<sup>4</sup> Anne babaların, çocuğun hastalığının ailenin bundan sonraki yaşamlarına etkisini kabul etmeleri, çocuklarının kronik bir hastalığı olduğuna uyum sağladıklarına işaret etmektedir. Bu anne babalar çocuğu uygun şekilde disipline etmekte, çocuğun sınırlılıklarını bilmekte ve yaşına uygun şekilde bağımsızlığını, kendine bakımını, okula devamını ve arkadaşlarıyla oynamasını desteklemektedir. Çocuğu gereksiz kısıtlamalardan kaçınmakta, çocuğun yetenekleri ve yeteneksizliklerini benimseyip çocuk ile ilgili gerçekçi hedefler oluşturmakta ve çocuğun başarısından mutlu olmaktadır. Anne babalar çocuğun sosyal ve toplumsal uyumunu artırmak amacıyla kronik hastalığın etkilerini en aza indirmek ve çocuğun yeteneklerini en üst düzeye çıkarmak için çaba göstermektedir.<sup>5</sup>

Anne baba; destek sistemlerinin yetersizliği, stresle baş etmede etkin yöntemler kullanılmaması, ekonomik problemler, kültürel değerler, aile içi ve evlilik ilişkilerinde sıkıntılar olması, eğitim düzeyi, kardeşlerde de hastalık olması, çocuğun yaşı, hastalığın şiddeti gibi etkenler nedeniyle kronik hastalığa yeterli uyum sağlayamamakta ve bunun sonucunda çocuğun da uyumunun etkilenmesine neden olan uygun olmayan tepkiler gösterebilmektedir.<sup>1</sup> Ayrıca çocuğun hastalığına uyum sağlayamayan anne babalar hastalık nedeninin kendileri olduğunu düşündüklerinden yoğun suçluluk ve yetersizlik duyguları yaşamaları sonucunda çocuk yetiştirme tutumlarını değiştirebilmektedir.<sup>5</sup>

Kronik hastalığı olan çocuklar ve anne baba arasında çoğunlukla bağımlı ve olgunlaşmamış bir ilişki vardır. Hastalık nedeniyle bazı farklılıklara sahip olan çocuğunu korumak için anne babalar çocuğun hastalığının arkadaşlarından ve toplumsal çevreden gizlenmesini isteyebilmektedir. Anne babanın bu tutumu sonucunda çocuk hastalığını utanılacak, gizlenecek bir durum olarak algılamakta ve hastalığa karşı olumsuz duygular geliştirmektedir.<sup>1</sup> Bazı anne babalar aşırı koruyucu ve gereksiz kısıtlayıcı olmaları nedeniyle çocuğun dışarı çıkmasına ve arkadaşlarıyla vakit geçirmesine izin vermemektedir. Bu durum çocukta sosyal beceriler ve girişkenlik davranışının gelişmemesi, sosyal izolasyon ve yalnızlığa neden olmaktadır.<sup>4</sup> Ayrıca anne babaların aşırı koruması altında olan ve yaşamları hakkında karar alamayan çocuklar apatik (duygusuz/ilgisiz), pasif, bağımlı ve otonomisi gelişmemiş olmaktadır.<sup>5</sup> Bu nedenle anne baba çocuğun sosyalizasyonu ve normal aktivitelerine devam etmesi konusunda bilgilendirilmeli, cesaretlendirilmeli, gereksiz kısıtlamaların etkileri anlatılmalıdır.<sup>4</sup> Anne babalar çocuğun incinebileceği düşüncesiyle hastalık ile ilgili çocukla konuşmakta isteksiz davranarak, çocuğun duygularını ifade etmesini, yeterli bilgi almasını ve hastalığa uyum sağlamasını engelleyebilmektedir.<sup>1</sup> Anne baba çocuğu bilgilendirme ve hastalık hakkında konuşmak konusunda cesaretlendirilmeli çünkü

çocuğun sağlıklı baş etmesinin temelinde endişe, öfke ve keder duygularının ifade edilmesi yer almaktadır.<sup>4</sup>

Aşırı koruma ve reddetme kronik hastalıklı çocuğu olan anne babaların sık kullandıkları ve çocuk üzerinde olumsuz sonuçlara neden olan anne baba tutumlarıdır. Aşırı koruma; çocuğun hastalanma nedeninin kendileri olduğunu düşünen anne babalar suçluluk duygularını azaltmak amacıyla çocuğun yaşamını oldukça rahat ve ağrısız sürdürebilmesi için çocuğa aşırı ilgi göstermekte, çocuğun hastalığının sorumluluğunu ve tüm bakımını üstlenmekte, çocuğa sınırlılıklar koymamakta, disiplin yöntemlerini kullanmamakta ve çocuğa aşırı hoşgörölü davranmaktadır. Anne babanın aşırı koruyucu tutumu; çocukta büyüme ve gelişmeyi kısıtlamakta, kendini kontrol etme, problem çözme ve benlik saygısının gelişmesini engellemekte ve çocuğun anne babasına bağımlı bir birey olarak yetişmesine yol açmaktadır.<sup>5</sup> İhtiyaçlarının sürekli karşılanmasını bekleyen ve sürekli talepte bulunan çocuk, utangaç, çekingen, korku dolu olmakta, toplumsal gelişimi engellendiğinden arkadaşları tarafından dışlanma gibi durumlarla karşı karşıya kalmaktadır.<sup>28</sup> Bazı çocuklar ise etrafındaki kişilerin isteklerini ve haklarını önemsemeyen, insanları kullanan, inatçı, aşırı, otoriter, şımarık ve sorumsuz olabilmektedir.<sup>23,32</sup> Aşırı koruyucu anne babalara öfke ve suçluluk duygularını ifade etme fırsatı verilmeli, çocuğun kendi sorumluluğunu üstlenmesi gibi durumlara cesaretlendirilerek, çocuk üzerinde olumsuz etkilere neden olan aşırı koruyucu tutumun önüne geçilmelidir.<sup>5</sup>

Reddetme; anne babanın kendi suçluluk duygularını azaltma çabaları ve çocuğun ihtiyaçlarını tanımadaki başarısızlıklarını yansıtan, çocuğa karşı sevgisini ve çocuğun sorunlarını inkar ettiği, çocuğu azarlama, dövme, ilgisizlik, terk etme, çocuğun ihtiyaçlarının bakıcı aracılığıyla karşılanması gibi açık şekilde veya çocuğun hastalığının yok sayılması, çocuğun yeteneklerine uygun olmayan isteklerde bulunma gibi örtölü/gizli şekilde de olabileceği olumsuz bir anne baba tutumudur.<sup>5</sup>

Aşırı koruyucu tutum kadar yaygın görülmesi de ciddi sonuçlara neden olmaktadır. Anne babanın çocuktan aşırı ve gerçek dışı beklentileri sonucunda çocuk anne babasını mutlu etme konusunda umutsuzluğa kapılmakta, istenen davranışın ayrımını yapmaktan vazgeçmekte, kendini değersiz hissetmekte ve olumsuz benlik kavramı geliştirmektedir.<sup>5</sup> Ayrıca çocukta duygusal yoksunluk, yalnızlık, ilgi çekmek amacıyla farklı davranışlara yönelme, güvensizlik, kuşkuculuk, kolayca ağlamak, işbirliği yapmamak, kendinden güçsüz olanlara karşı saldırganlık gibi davranışlar gözlenebilmektedir.<sup>22,23,28,34,35</sup>

Kronik hastalığı olan çocuklarda anne baba tutumları hakkında yurt dışında ve yurt içinde yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Holmbeck ve ark.<sup>37</sup> tarafından yapılan bir çalışmada, spina bifida tanısı almış çocuğu olan anne babaların sağlıklı kontrol grupları ile karşılaştırıldığında çok daha fazla korumacı oldukları ve bu koruyuculuğun çocuklardaki davranışsal özerkliği kısıtladığı, çocukta daha fazla içe kapanmaya neden olduğu (depresyon) tespit edilmiştir. Power ve ark.<sup>38</sup> tarafından yapılan bir çalışmada ise juvenil romatoid artrit tanısı almış çocuğu olan annelerin sağlıklı kontrollerine kıyasla çocuklarına daha fazla denetimci ve kuralcı yaklaştıkları, hastalığın şiddeti arttıkça daha fazla koruyucu tutumu benimsedikleri belirlenmiştir. Wiersma ve ark.<sup>39</sup> tarafından konjenital kalp hastalığı tanısı alan çocuklar ve anne babaları ile yapılan bir çalışmada vaka grubu ile sağlıklı kontroller kıyaslandığında anne babalarda yoğun stres, aşırı endişeli hal ve çocuğu kaybetme korkusuna bağlı olarak aşırı korumacı ve hoşgörülü tutumun yaygın olarak görüldüğü saptanmıştır. Aynı zamanda bu çocukların yoğun ayrılık kaygısına sahip, aşırı derecede bağımlı, itaatsiz, huzursuz, tartışmacı, başarısız ve iş birliksiz olabileceğini belirtmiştir.<sup>39-41</sup>

Şahin ve ark.<sup>42</sup> tarafından Tip 1 diyabeti olan ergenlerle yapılan bir çalışmada diyabetik çocuğa sahip olan anne babaların sağlıklı çocuğu olan anne baba grubuna kıyasla strese karşı etkin olmayan başa çıkma yöntemlerini ve olumsuz anne baba

tutumlarını daha sık kullandıkları belirlenmiştir. Kantarcıoğlu ve Evim<sup>43</sup> tarafından yapılan bir çalışmada talasemi, hemofili ve lösemi tanısı almış çocukların annelerinde aşırı koruyucu tutumun kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Akay ve ark.'nın<sup>44</sup> epilepsi tanısı alan çocuklar ve anneleri ile yaptığı bir çalışmada epilepsi hastalığına sahip çocuğu olan annelerde sağlıklı kontrollere kıyasla demokratik tutum sergileme oranlarının daha düşük olduğu, destekleyici bir anne olmadıkları, çocuklarıyla paylaşma ilişkisi geliştiremedikleri, daha mutsuz tatminsiz, toplum tarafından düşmanlık ve reddedilme tutumlarıyla karşı karşıya kaldıkları algısına sahip oldukları saptanmıştır. Ayrıca annelerin çocuklarına karşı daha kuralcı, sert, cezalandırıcı, duygularını ifade etmede kısıtlayıcı, otoriter, aşırı denetleyici, çocuk adına karar verici ve uygulayıcı özellikler gösterdiklerini savunmaktadır.<sup>44</sup>

## **2.5. Aleksitimi**

İnsanlar tüm başarısızlık ve olumsuzluklara rağmen yaşamı paylaşmak, yaşamdan doyum alarak mutlu olmak ve var olmaya çalışmak için bir çaba içerisinde. Bu çabanın amacına ulaşabilmesi ancak bireylerin kendi iç dünyasını tanıması ve diğer bireylerle sağlıklı ve dengeli ilişkiler kurabilmesi ile mümkündür. Bu durum ise bireylerin öncelikle kendi duygu ve düşüncelerini fark etmesi, tanıması ve uyum sağlamaya çalışması ile olmaktadır. Duygularımız yaşamımızın en temel öğelerinden biridir ve yaşamsal organlarımız gibi hayatta kalmamızda önemli rol oynamaktadır. Örneğin korkan bir birey beyne iletilen tehlike sinyalleri aracılığıyla kaçma davranışında bulunmakta ve hayatını kurtarabilmektedir. Dökmen'e<sup>45</sup> göre her canlının normal bir yaşam sürdürebilmesi için temel olarak iki nedenle duygulara ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir. Duygular, yaşam kalitesini ve hayatta kalmayı, ilk olarak günlük yaşantı için gerekli motivasyonu sağlaması ile ikinci olarak da yaşama nedenini insana sunması ile artırmaktadır.<sup>17</sup>

İnsanların tümü duyguları hissetmek ve anlatmak konusunda aynı yetenekleri gösteremeyebilir. Diğer insanlara oranla duyguları tanımak ve sözel olarak ifade etmekte güçlük yaşayan insanları tanımlayabilmek için aleksitimi kavramı kullanılmaktadır. Aleksitimi, ilk olarak duyguları hakkında konuşmakta çok zorlanan ve psikosomatik rahatsızlık gösteren hastalarla çalışan Peter E. Sifneos ve John C. Nemiah isimli psikiyatristler tarafından “Alexisthymos” (Yunanca’dan a=yoksunluk, lexis=kelime, tiyos=duygu) olarak klinikte türetilmiş bir kavramdır.<sup>46,47</sup> Aleksitimi kavramının Türkçe karşılığı “duygular için söz yokluğu”<sup>48</sup>, “düşünce köleliği”<sup>45</sup>, “duygusal ahrazlık”<sup>49</sup> gibi farklı şekilde tanımlanmıştır. Bu kavramlardan yola çıkarak aleksitimi duyguları fark etme, tanıma, ayırt etme ve ifade etme güçlüğü olarak tanımlanabilir.<sup>17</sup> Sınırlı hayali kapasite, tekrarlayan ayrıntılarla karakterize konuşmalar, çok seyrek rüya görme, diğer bireylerle ilişkilerde bağımlılık, genelde karşısındakinin isteklerine boyun eğme, kişiler arası ilişkilerde mesafeli olma, duyguların farkında olmama ve duyguların ifadesinde uygun sözcükler bulamama aleksitimik bireylerde belirgin olarak görülen özelliklerdendir.<sup>50-53</sup> Görsel imgelerini, fantezilerini veya düşüncelerini belirli duygusal durumlarla birleştiremeyen aleksitimik bireyler duygusal uyarılmanın somatik bir bileşenine odaklanır ve duygularını tanımlamak için fiziksel semptomlar kullanır.<sup>54</sup> Örneğin; birey öfkeleneyeceği bir durumla karşı karşıya kaldığında sinirlenmek yerine baş ağrısı çekebilir.<sup>55</sup> Bireyler kendi duygularını anlamakta ve yaşamakta güçlük çekmelerinin ötesinde başkalarının duygularını da anlamakta zorlanmaları ve iletişim kapasitelerinde kısıtlılık olması nedeniyle kişiler arası ilişkiler ve empati konusunda ciddi sorunlar yaşayabilirler.<sup>54</sup>

Başlangıçta psikosomatik hastalıkların bir özelliği olarak tanımlanan aleksitimi kavramının<sup>46</sup> daha sonra psikiyatrik rahatsızlıklar<sup>9</sup> ve kronik hastalıklarla<sup>11,18-20</sup> ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aleksitimi kavramı yalnızca klinik anlamda sınırlandırılmamalıdır, aslında tüm insanlar belirli bir derecede aleksitimik özellikler



taşımaktadır. Bireyler kaygı, üzüntü gibi sahip oldukları duyguları, farkında olmadan çevresine yansıtabilir ve çevresindeki bireylerin “biraz endişeli görünüyorsun” uyararı ile yansıttığı duygu halinin farkına varabilir. Ancak aşırı aleksitimik bireyler çok nadir kendileri veya başkaları için net bir duygu durum içerisinde olduklarının farkında olabilirler.<sup>47</sup> Son yıllarda yapılan çalışmalara göre aleksitimik özellikler yalnızca farklı hasta popülasyonları ile sınırlı değildir; aksine aleksitimi genel popülasyonda nispeten yaygın bir kişilik özelliği olarak görülmektedir.<sup>56-60</sup>

Alman genel popülasyonunda aleksitiminin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada erkeklerin %11'i kadınların %8.9'u aleksitimik olarak belirlenmiştir.<sup>58</sup> Mattila ve ark.<sup>60</sup> tarafından 30-97 yaş aralığında yapılan bir çalışmada aleksitimi prevalansının % 9.9 (erkek %11.9, kadın % 8.1) olduğu ve aleksitimi ile erkek cinsiyet, artan yaş, düşük eğitim seviyesi, düşük sağlık algısı ve depresyon arasında anlamlılık olduğu tespit edilmiştir. Sakkinen ve ark.<sup>59</sup> tarafından 12-17 yaş grubunda aleksitimi yaygınlığının incelendiği bir çalışmada örneklemin %15.9'unun (erkeklerin %14.6'sı ve kızların %17.3'ü), 12-13 yaş grubunda %21.1'inin (erkek: %21.8 ve kız: %20.3), 14 yaşındakilerin, %14.8'nin (erkek: %12.0 ve kız: %17.8) 15-17 yaş grubunda %12.7'sinin (erkekler: %11.1 ve kızlar: %14.6) aleksitimik olduğu saptanmıştır. Kokkonen ve ark.<sup>61</sup> tarafından geniş bir adölesan popülasyonunda yapılan bir çalışmada ise aleksitimi oranı erkeklerde %9.4, kadınlarda %5.2 sonucuna ulaşılmıştır. Ülkemizde Güler<sup>62</sup> tarafından yetişkinlerle yapılan bir çalışmada aleksitimi oranı %22.8 olarak tespit edilmiştir. Ergün<sup>63</sup> tarafından adölesan genel popülasyonunda yapılan bir çalışmada ise 14-18 yaş arası çocuklarda aleksitimi oranının %19 olduğu saptanmıştır. Kronik böbrek yetmezliği olan çocuk ve ergenlerde depresyon, sosyal anksiyete ve aleksitiminin incelendiği bir çalışmada ise çocuk ve ergenlerin %81.4'ü aleksitimik veya şüpheli aleksitimik olarak belirlenmiş ve depresyon ile aleksitimi arasında

anlamlılık saptanmıştır.<sup>11</sup> Yapılan çalışmalar dikkate alındığında klinikte ve genel popülasyonda önemli ölçüde aleksitimi yaygınlığı olduğu görülmektedir.

Aleksitimi kavramı etiyolojik kökenine göre primer ve sekonder olmak üzere iki farklı şekilde sınıflandırılmaktadır. Aleksitimi “tüm yaşam süresince psikosomatik hastalığa neden olabilecek süreklilik gösteren bir faktör” olarak ortaya çıktığında primer olarak kabul edilmekte ve etiyolojisinde çocukluk döneminde yaşanan bir travma<sup>64</sup>, olumsuz bakıcı etkileşimleri,<sup>65</sup> genetik faktörler<sup>66</sup> yer almaktadır.<sup>52,67</sup> Primer aleksitiminin çocuklukta ve erken yetişkinlik yıllarında gelişimsel olarak şekillenen bir kişilik özelliği olduğu ve çocuklukta meydana gelenler dışında etiyolojisinde organik veya psikolojik bir risk faktörünün yer almadığı kabul edilmektedir.<sup>67</sup> Aleksitimi, bireylerin ileriki yaşam dönemlerinde karşılaştıkları, beyin fonksiyonlarını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen psikolojik olaylar veya hastalıklar nedeniyle ortaya çıktığında sekonder olarak tanımlanmaktadır.<sup>67,68</sup> Özetle primer aleksitimi hastalıklar için bir risk faktörü oluştururken, sekonder aleksitimi hastalıkların bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır.<sup>67,69</sup>

### **2.5.1. Aleksitimik Bireylerin Özellikleri**

Aleksitimik belirtiler ile ilgili farklı değerlendirmeler ve açıklamalar<sup>52,70,71</sup> yapılmasına rağmen, araştırmacıların bu belirtilerin dört ana başlık çerçevesinde incelenmesi konusunda hemfikir oldukları görülmektedir.<sup>72</sup>

#### **2.5.1.1. Duyguları Fark Etme, Ayırt Etme ve Tarif Etmede Güçlük**

Aleksitimik bireyler, kendi duygularını fark etme, ayırt etme ve tanımlamakta bunun yanı sıra duygusal duyular ile bedensel duyular arasında ayırım yapmakta önemli derecede güçlük yaşarlar.<sup>73,74</sup> Nemiah'ın<sup>73</sup> da belirttiği gibi, zaman zaman ağlama ve öfke patlamaları olur fakat sorgulandıklarında ne hissettiklerini daha ayrıntılı anlatamazlar. Duygularını “rahatlama-rahatsız olma” şeklinde basit sözcüklerle anlatır veya “gevşeme-gergin olma” gibi bedensel belirtilerle gösterebilirler. Ayrıca

tekrarlayan ayrıntılarla karakterize konuşmalar, sık sık bedensel yakınmaların ifadesi, mimiklerde ve duruşlarında donukluk, kişilerarası ilişkilerde soğukluk gibi özelliklere sahiptirler.<sup>52,72,75</sup>

### **2.5.1.2. Hayal Kurma, Fantezi (Düşlem) Dünyasında Kısıtlılık**

Duygularını fark etme, tanıma ve ifade etme konusunda yetersiz olan aleksitimik bireyler aynı zamanda sınırlı hayali kapasiteye sahiptir. Fantezi dünyalarındaki kısıtlılık nedeniyle bireyler çoğunlukla hayal kurmaz veya kurdukları hayaller gerçeklik sınırlarını aşmaz. Sınırlı hayali kapasite bireylerin rüyalarını da etkileyebilir. Aleksitimik bireyler çok az rüya görürler ve rüyalar ya basit zihinsel içerikler olarak ya da renk, tuhaflık ve sembolizm karakterlerinden yoksun, ikincil süreçler ile daha mantıklı ve tutarlı olarak düzeltildiği haliyle hatırlanır. Hayal dünyasındaki kısıtlılık, aleksitimik bireylerin rüya, fantezi, oyun vs. ile duygularını ifade etmesini engeller.<sup>55,73</sup>

### **2.5.1.3. İşe Vuruk-İşlemsel Düşünme Eğilimi**

İşlemsel düşünce, güncel ve birbirini takip eden olayları yalnızca tanımlayabilen dolayısıyla da anlamlandıramayan, bilinçdışı ve düşlemlerden bağımsız bir düşünce biçimidir.<sup>76</sup> Aleksitimik bireyler işlemsel düşünmeye sahip olmaları nedeniyle herhangi bir problemle karşılaştıklarında problemin asıl nedeni ile değil yüzeysel nedenleriyle ilgilenir, somut-kestirme çözümler ararlar ve problemin tekrarlamaması için önlemler alırlar. Bu özelliklerinden dolayı topluma adaptasyonları yüksek gibi görünür ve çevresindeki insanlarla uyum içerisinde yaşarlar.<sup>64,73,77</sup> Aleksitimik bireylerin genelde karşısındakinin isteklerine boyun eğdikleri ve diğer bireylerle yaşadıkları problemleri kısa yoldan çözümledikleri için toplumda uyum içerisinde hayatlarını devam ettiriyor gibi görünürler ancak duyguları, düşünceleri ve bedensel duyumları arasındaki farkı ayırt edemeyen bu bireyler için yaşamın oldukça güç olduğu düşünülmektedir.

#### **2.5.1.4. Dış Merkezli-Uyum Sağlamaya Yönelik Bilişsel Yapı**

Yaşamlarında duygusal yoksunluk yaşayan aleksitimik bireylerin, insan ilişkilerinde tutum ve davranışlarını içsel faktörler ve duygulardan daha çok dışsal faktörler şekillendirir. Aleksitimik bireyler günlük yaşamda herhangi bir problemle karşılaştıklarında diğer bireylerin isteklerini ve ayrıntıları çok önemsediklerinden daha çok dış kontrollü davranır ve yalnızlığı seçerler. Dışa dönük bilişsel yapıları gelişmiş olan aleksitimik bireyler uyum için gösterdikleri aşırı çabalar sonucunda çevreleriyle sağlıklı ve uyumlu ilişkiler kurabilir. Ancak Mc Dougall'a göre aleksitimik bireylerin kendi psikolojik gerçekliklerinin çok az farkında olmaları nedeniyle bu uyum bir "taklitçiliktir". Adeta talimatlardan oluşan bir kitabı takip ediyormuşçasına, mekanik olarak, bir robot gibi yaşamlarını sürdürürler.<sup>71,72,77</sup>

#### **2.5.2. Kronik Hastalıkların Aleksitimi ile İlişkisi**

Son yıllarda yapılan birçok çalışma sonucuna göre, kronik hastalığı olan çocuklar ve yetişkinlerin sağlıklı kontrollerine göre çeşitli faktörler nedeniyle aleksitimi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Feldman<sup>78</sup> tarafından astımı olan bireylerde, aleksitimi, astım semptomları ve solunum fonksiyonları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada fiziksel semptomların aleksitimi ile ilişkili olduğu, duyguların gelişiminin yetersiz olması sonucunda astım ataklarının gelişebileceği veya astımı olan bireylerin astım ataklarını önlemek için baş etme mekanizması olarak duygusal tepkilerini kısıtlayabilecekleri saptanmıştır. Serrano ve ark.<sup>79</sup> tarafından yapılan bir çalışmada ölümcül astım belirtileri gösteren hastalar ve daha az şiddetli belirtiler gösteren astım hastaları aleksitimi açısından karşılaştırıldığında, ölümcül astım belirtileri gösteren hastalarda aleksitimi oranının (%36) sağlıklı kontrollere kıyasla (%13) daha fazla olduğu ve aleksitiminin tekrarlayan çok şiddetli astım alevlenmeleri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Chatzi ve ark.<sup>50</sup> tarafından psikiyatrik olarak komplike olmayan Tip 1 Diyabet hastaları ve sağlıklı bireylerle yapılan bir çalışmada, Tip 1 Diyabetli bireylerde aleksitimi oranının (%22.2) sağlıklı kontrol grubuna (%7.6) göre daha yüksek olduğu ve diyabet süresi ile aleksitimi oranının ilişkili olduğu saptanmıştır. Baiardini ve ark.<sup>80</sup> tarafından astım ve aleksitimi ilişkisinin incelendiği bir çalışmada persistan astımlı ve komorbid rinitli hastalarda aleksitimi oranı %20 olarak belirlenmiş ayrıca aleksitimik bireylerin aleksitimik olmayanlara göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Aaron ve ark.<sup>18</sup> tarafından yapılan bir çalışmada kronik ağrı yaşayan ergenlerin kontrollerine kıyasla aleksitimi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Natalucci ve ark.<sup>19</sup> tarafından yapılan bir çalışmada ise auralı migren tanısı alan çocukların kontrol grubuna kıyasla aleksitimi düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Keskin ve Bilge<sup>11</sup> tarafından kronik böbrek yetmezliği olan çocuk ve ergenlerde depresyon, sosyal anksiyete ve aleksitiminin incelendiği bir çalışmada çocuk ve ergenlerin %81.4'ü aleksitimik veya şüpheli aleksitimik olarak belirlenmiş ve depresyon ile aleksitimi arasında anlamlılık saptanmıştır. Uzun<sup>81</sup> tarafından yapılan bir çalışmada psikojenik nöbet tipi konversiyon bozukluğu olan 12-18 yaş aralığındaki ergenlerin aleksitimik özelliklerinin sağlıklı kontrollerine kıyasla daha yüksek olduğu ve araştırma grubundaki ergenlerin %59.5'inin, kontrol grubundaki ergenlerin ise %31.6'sının aleksitimik olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yukarıdaki çalışmalar kronik hastalığı olan çocuklarda aleksitimi oranının sağlıklı yaşlılarına göre daha yüksek olduğunu göstermekte olup, çocukların bu açıdan da değerlendirilmesinin önemli olduğunu göstermektedir.

## **2.6. Kronik Hastalığı Olan Çocuk ve Ailesine Hemşirelik Yaklaşımı**

Günümüzde tıp ve teknolojideki gelişmelerle çocukluk döneminde kronik hastalığı olan bireylerin yaşam süresinin uzaması sonucunda kronik hastalığı olan çocuk ve ailesi hastalıkların sebep olduğu psikososyal etkilere daha uzun süre maruz

kalmaktadır. Aynı zamanda kronik hastalıkların uzun süreli olması çocukluk döneminin büyüme gelişme krizleri ile birlikte çocuğu ve aileyi olumsuz etkilemektedir.<sup>5</sup> Bu aşamada çocuk-aile ve hemşire arasındaki ilişkinin kalitesi, çocuk ve ailenin hastalıkla başa çıkma deneyiminin merkezinde yer almaktadır.<sup>82</sup>

Kronik hastalığı olan çocuk değerlendirilirken her şeyden önce çocuk olduğu ve kronik hastalığın çocuğun kimliği değil yalnızca kimliğinin bir parçası olduğu kabul edilmelidir. Çocukların kronik hastalıklara verdiği tepkiler çocuğun yaş ve gelişim dönemine uygun olarak değerlendirilmeli ve kronik hastalıkla baş etme davranışı geliştirmesine yardım edilmelidir. Ayrıca çocuğun baş etme davranışını etkileyen duygusal ve bilişsel gelişim süreci, kişilik özellikleri, uyum yeteneği, hastalığın ciddiyeti ve getirdiği kısıtlılıklar, hastalığın çocuk ve ailesi için taşıdığı anlam, anne baba çocuk ilişkisi ve sosyal destek gibi faktörler ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. En etkin hemşirelik bakımı kronik hastalığı olan çocuk ve aile için hastalık algılarının ve önceliklerinin bireysel olarak değerlendirilmesi ile sunulabilmektedir.<sup>4</sup>

Çocuk ve ailesi hastalık ve tedavi süreci ile ilgili yeterince bilgilendirilmeli ve kendine bakım yeteneklerini geliştirmeleri konusunda hemşireler tarafından desteklenmelidir. Hastalık süreci ile ilgili bilgi sahibi olan ve kendine bakım becerileri gelişen çocuk ve ailesinin bağımsızlıkları gelişmekte, tedaviye uyum ve taburculuk sonrası bakım hakkında bilgi düzeyleri artmakta, hastalığın tekrarlama periyotları azalmaktadır.<sup>5</sup> Hemşirelerin çocuklara gelişim dönemlerine uygun olarak hastalığı ve tedavisi hakkında açıklamalar yapması, bakıma katılımının sağlanması ve fiziksel bir girişim sırasında çocuktan izin alınması ile çocuğun tedaviye uyumu artmaktadır.<sup>4</sup>

Aile çocuğun gelişimsel dönem özellikleri ve içinde bulunduğu dönemin büyüme-gelişme özelliklerini tam olarak gösteremeyebileceği konusunda bilgilendirilerek çocukla ilgili gerçekçi hedefler koymaları konusunda hemşireler tarafından yönlendirilmelidir. Tüm işlemler sırasında çocuğun anksiyetesini azaltmak

amacıyla ailenin çocuğun yanında olması, çocuğun evdeki rutinlerinin hastanede devam ettirilmesi ve oyun, resim yapma, hikâye anlatma yoluyla duygularını ifade etmeleri ve aynı zamanda ailenin de suçluluk, kayıp, ölüm korkusu gibi duygularını paylaşmaları hemşireler tarafından desteklenmelidir. Anne babalar, çocuklara aşırı koruyucu tutumları ve gereksiz kısıtlılıklar koymaları sonucunda çocukların bağımsızlığının ve benlik kavramlarının gelişmemesi buna bağlı olarak ileriki dönemlerinde korkaklık, bağımlılık, çekingenlik, yalnızlık, apati ve aleksitimi gelişimi açısından risk altında olacakları konusunda hemşireler tarafından bilgilendirilmelidir.<sup>4,83,84</sup> Anne babalarla gelişim dönemlerine uygun olarak hastalığın kontrolünü aşamalarla çocuğa devretmeleri ve bu süreçte denetleyici rol üstlenmeleri gerektiği konuşulmalıdır.<sup>4</sup> Çocuğun incinebileceği düşüncesiyle hastalık hakkında konuşmaktan kaçınan anne babalar ile çocuğu bilgilendirme, hastalık hakkında konuşmak ve çocuğun içinde bulunduğu durum ile ilgili duygularını dinlemek konusunda hemşireler tarafından cesaretlendirilmelidir.<sup>1</sup>

Hastalık çocuğun bilişsel ve duygusal gelişiminde kalıcı etkiler yaratabilmekte ve bu durum çocuğun, ailenin ve hemşirenin etkin iletişim kurması ile önlenmektedir. Çocuk hastalığının getirdiği kısıtlılıklar nedeniyle akranlarından farklı olduğunu hissedebilmekte veya akademik ve spor faaliyetlerinde yaşadığı başarısızlıklar sonucunda düşük benlik saygısı, izolasyon, yalnızlık, reddedilme, aşağılık duygusu yaşayabilmektedir. Hemşireler bu aşamada çocuğun güçlü yönlerini vurgulayarak, emosyonel destek sağlayarak ve aynı hastalığa sahip akran grupları ile çocuğu tanıştırmak çocuğun baş etmesine yardımcı olabilir. Ayrıca hemşireler tarafından çocuğun okul arkadaşları ve öğretmenlerinin bilgilendirilmesi ile okulda çocuğa karşı farklı tutum ve davranışların gelişmesi önlenebilir.<sup>4</sup> Kronik hastalığı olan çocuk ve ailesine verilen hemşirelik bakımı sonucunda çocuk ve ailenin psikososyal uyumunda, bakım ve tedavi konusunda bilgi düzeylerinde ve bakıma katılımlarında artış olması, baş etme gücünün gelişmesi, anksiyetenin ve ağrının azalması beklenmektedir.<sup>1</sup>

### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapıldı.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, kamu hastaneler birliğine bağlı Osmaniye Devlet Hastanesi Pediatri Polikliniklerinde Temmuz 2018- Mart 2020 tarihleri arasında yapıldı. Hastanede hafta içi mesai saatleri 08:00-17:00 olup, her bir poliklinikte 1 hekim ve 1 hemşire görev yapmaktadır. Hastanede 2 pediatri polikliniği vardır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, kamu hastaneler birliğine bağlı Osmaniye Devlet Hastanesi pediatri polikliniğine başvuran 11-13 yaş arası kronik hastalığa sahip olan çocuklardır. Çalışmanın yapıldığı poliklinikte 1 yıl önce 745 kronik hastalığa sahip çocuğun belirtilen hastaneden hizmet aldığı belirlendi. Örneklem büyüklüğü evreni bilinen örneklem formülüne göre hesaplandı. Çalışmanın yapılabilmesi için gereken örneklem büyüklüğü minimal 254 çocuk olarak belirlenmiş olup,<sup>85</sup> çalışma 256 kronik hastalığa sahip çocuk ile tamamlandı. Örneklem yöntemi olarak gelişigüzel örnekleme yöntemi tercih edildi.

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2 (N-1) + t^2 pq}$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

N: Evren

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan elde edilen teorik değer

p: Araştırılan durumun görülme sıklığı

d: Durumun görülme sıklığına göre uygulanmak istenen  $\pm$  sapma

q: Araştırılan durumun görülmeme sıklığı



$$n = \frac{(745)(1.96)^2(0.50)(0.50)}{(0.05)^2(745-1) + (1.96)^2(0.50)(0.50)}$$
$$n = 253.68$$

En az  $n=254$  çocuk araştırmaya alınmalıdır.

### **Araştırmaya Alınma Ölçütleri**

- En az bir kronik hastalık tanısı almış olma,
- 11-13 yaş aralığında olma,
- Araştırma veri toplama araçlarının yanıtlanmasını engelleyecek derecede bedensel (işitme, konuşma bozukluğu vb.) ve bilişsel bozukluk bulunmama,
- Herhangi bir psikiyatrik tıbbi tanı (depresyon, kişilik bozukluğu, madde bağımlılığı vb.) almamış olma,
- İletişim problemi bulunmama ve iş birliğine açık olma,

### **3.4. Araştırmanın Değişkenleri**

**Bağımsız Değişkenler:** Çocuğun ve ailenin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, doğum sırası, gelir düzeyi, kardeş sayısı vb.), çocuğun tıbbi tanısı, hastalık süreleri ve anne baba tutumu puanları.

**Bağımlı Değişken:** Çocuklarda aleksitimi ölçeği puanları.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Çalışmada veri toplamak amacıyla “Kişisel Bilgi Formu”, “Anne-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ)” ve “Çocuklar İçin Aleksitimi Ölçeği (AÖ)” kullanıldı.

#### **Kişisel Bilgi Formu (EK-4)**

Kişisel Bilgi Formu, araştırma kapsamındaki çocukların demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, doğum sırası, aile özellikleri), kronik hastalığına ilişkin bilgilerini (kronik hastalık türü, tanı konulma zamanı, sürekli ilaç kullanımı ve hastaneye yatış durumları, kronik hastalık sürecinde aile desteği), çocuk tarafından

algılanan anne baba tutumlarını ve çocuğun duygularını ifade etme konusunda kendini değerlendirmesini sorgulayan 21 sorudan oluşmaktadır.

### **Anne-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ) (EK-5)**

Ölçeğin özgün formunu Lamborn ve ark.<sup>86</sup> geliştirmiş olup, Türkçe'ye Yılmaz<sup>27</sup> tarafından uyarlanmıştır. 26 maddeden oluşan ölçek “Kabul/ilgi”, “Psikolojik özerklik” ve “Denetleme” alt boyutlarından oluşmaktadır. “Kabul/ilgi” alt boyutu 9, “Denetleme” ve “Psikolojik özerklik” alt boyutları 8'er madde içermektedir.

“Kabul/ilgi” alt boyutu, anne babaların çocuklar tarafından ne kadar ilgili, sevecen, katılımcı ve duyarlı olarak algılandığını saptamayı hedeflemektedir. “Psikolojik özerklik” alt boyutu, anne babanın hangi düzeyde demokratik tutum sergilediklerini ve çocukların bireyselliğini ifade etmesinde onları hangi düzeyde cesaretlendirdiklerini ölçmeyi hedeflemektedir. “Denetleme” alt boyutunda ise çocuklar tarafından anne babaların ne düzeyde denetleyici olarak algılandığını belirlemeyi hedeflemektedir. “Kabul/ilgi” ve “Denetleme” alt boyutlarında ortalamanın üstünde puana sahip olan çocukların ebeveynleri “demokratik”, ortalamanın altında puana sahip olanların ebeveynleri “izin verici/ihmalkâr” olarak nitelendirilirler. “Kabul/ilgi” alt boyutunda ortalamanın altında ve “Denetleme” alt boyutunda ortalamanın üstünde puana sahip olan çocukların ebeveynleri “otoriter”; “Kabul/ilgi” alt boyutunda ortalamanın üstünde ve “Denetleme” alt boyutunda ortalamanın altında puana sahip olan çocukların ebeveynleri ise “izin verici/hosgörülü” olarak nitelendirilmektedir.

Ölçeğin 19. maddesine kadar olan tek sayılardan oluşan 9 soru “Kabul/ilgi” alt boyutunu oluşturmakta ve bu maddeler aynı şekilde puanlanmaktadır. Ölçekte 19. maddeye kadar olan çift sayılardan oluşan sorular ise “Psikolojik özerklik” alt boyutunu oluşturmakta ve bu maddeler ters puanlanmaktadır, yalnızca 12. soru değişiklik yapılmadan puanlanmaktadır. Diğer 8 madde ise denetleme boyutunu oluşturmaktadır. 19. ve 20. sorularda 1-7 aralığında puan almaktadır. “Hayır” olarak yanıtlanırsa 7 puan,

“istediğim saate kadar” olarak yanıtlanırsa 1 puan almaktadır. 21. ile 26. sorular ise 1-3 aralığında puan almaktadır. “Çok çaba gösterir” 3, “çok az çaba gösterir” 2 ve “Hiç çaba göstermez” 1 puan almaktadır. Yüksek puan denetlemenin yüksek olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin özgün formunda “Kabul/ilgi” alt boyutunun cronbach alfası 0.72, “Psikolojik özerklik” alt boyutunun cronbach alfası 0.82 ve “Denetleme” alt boyutunun cronbach alfası 0.76’dır. Ölçeğin dilimizdeki formunun Cronbach alfa katsayısının birinci boyutta 0.72, ikinci boyutta 0.76, üçüncü boyutta 0.82 olduğu saptanmıştır. Ölçeğin cronbach alfa katsayısı bu çalışmada ise birinci boyutta 0.67, ikinci boyutta 0.55, üçüncü boyutta 0.66’ dır.

Yılmaz<sup>27</sup> tarafından ölçek sonuçlarını iki yöntemle değerlendirdiği ifade edilmiştir. İlk olarak, çocukların tüm alt boyutlarda verdikleri yanıtlar ile demokratikliğin ne düzeyde olduğu ölçülmektedir: Tüm alt boyutlarda ortalamanın üstünde puana sahip olan çocukların ebeveynleri “demokratik” olarak isimlendirilmekte ve 3 puan verilmektedir. Tüm alt boyutlarda ortalamanın altında puana sahip olan çocukların ebeveynleri “demokratik tutumda olmayan” şeklinde isimlendirilmekte ve 0 puan verilmektedir. Rastgele iki alt boyutta ortalamanın üstünde puana sahip olan çocukların ebeveynleri “bir ölçüde demokratik” olarak isimlendirilmekte ve 2 puan verilmektedir. Yalnızca bir boyutta ortalamanın üstünde puana sahip olan çocukların ebeveynleri “bir ölçüde demokratik tutumda olmayan” olarak isimlendirilmekte ve 1 puan verilmektedir.

İkinci değerlendirme yöntemi ise; “Kabul/ilgi” ve “Denetleme” alt boyut puanlarının analiziyle farklı 4 tutumun belirlenmesinden oluşmaktadır. “Kabul/ilgi” ve “Denetleme” alt boyutlarında ortalamanın üstünde puana sahip olan çocukların ebeveynleri “demokratik”, altında puana sahip olan çocukların ebeveynleri “ihmalkâr izin verici”, “Kabul/ilgi” alt boyutunda ortalamanın altında “Denetleme” alt boyutunda

ortalamanın üstünde puana sahip çocukların ebeveynleri “otoriter”, “Kabul/ilgi” alt boyutunda ortalamanın üstünde ve “Denetleme” alt boyutunda ortalamanın altında puana sahip olan çocukların ebeveynleri ise “müsamahakâr, izin-verici” olarak isimlendirilmektedir. Ölçek 10-18 yaş aralığında olan çocuk ve ergenlere uygulanmaktadır. Bu araştırmada, “Kabul/ilgi”, “Psikolojik özerklik” ve “Denetleme” alt boyutları değerlendirilirken ikinci hesaplama yöntemi kullanılmıştır (EK-5).

### **Çocuklar İçin Aleksitimi Ölçeği (ÇAÖ) (EK-6)**

Ölçeği Rieffe ve ark.<sup>87</sup> çocuklarda aleksitimi düzeyini ölçmek için geliştirmiştir. Ölçek dilimize Koçak ve ark.<sup>17</sup> tarafından 2015 yılında uyarlanmıştır. 20 maddeden oluşan ölçek, “Duyguları Tanımlama Güçlüğü”, “Duyguları Açıklama Güçlüğü” ve “Dışsal Yönelimli Düşünme” alt boyutlarını içermektedir.

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği 6. ve 7. sınıf öğrencilerinde (11-13 yaş grubu) yapılmıştır. Ölçek maddeleri puanlamasında her maddeye “Yanlış: 0 Bazen Doğru: 1 Sık sık Doğru: 2” şeklinde “0-2” aralığında puan verilmektedir. “Duyguları Tanımlama Güçlüğü”, alt boyutu 7 maddeden (1, 3, 6, 7, 9, 13 ve 14) “Duyguları Açıklama Güçlüğü” alt boyutu 5 maddeden (2, 4, 11, 12 ve 17) ve “Dışsal Yönelimli Düşünme” alt boyutu 8 maddeden (5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 ve 20) oluşmaktadır.

Ölçeğin 4., 5., 10., 18. ve 19. maddesi ters olarak puanlanmaktadır. Ters olarak puanlanan her maddeye “Yanlış: 2 Bazen Doğru: 1 Sık sık Doğru: 0” şeklinde 0–2 arasında değer verilmektedir. Toplam puanın artması aleksitimi düzeyinin arttığını göstermektedir.<sup>87</sup> Ölçeğin dilimizdeki formunun Cronbach alfa katsayısının 0.78 olduğu belirtilmiştir.<sup>17</sup> Ölçeğin cronbach alfa katsayısı bu çalışmada ise 0.75 olarak saptanmıştır.

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Araştırma verileri, Ekim 2018-Haziran 2019 tarihlerinde, araştırmacı tarafından çocuk polikliniğinde bulunan ölçüm odasında çocuklarla yüz yüze görüşülerek

toplanmıştır. Ölçüm odası, çocukların muayene yapılmadan önce boy ve kilo ölçümlerinin yapıldığı, persentil değerlerinin belirlendiği, nabız ve oksijen saturasyonu gibi fizyolojik parametrelerin alındığı bir birimdir. Bu odada bir hemşire görev yapmaktadır. Çocukların ölçümleri alındıktan sonra ebeveyn onamı alınan çocuklarla bu odada veriler toplanmıştır. Birbirlerinden etkilenmemeleri için çocuklar odaya tek tek alınmış olup, çocuğun dikkatini dağıtabilecek radyo, telefon sesi gibi uyarılar kapatılmış veya sessiz konuma alınmıştır. İsteyen çocukların ebeveynleri de odaya alınmıştır. Veri toplamada sırasıyla Kişisel Bilgi Formu (EK 4), ABTÖ (EK 5) ve ÇAÖ (EK 6) kullanılmıştır. Kişisel bilgi formu ve ölçeklerin uygulanması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışmadan sonuçlarının değerlendirilmesinde, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma sahip olup olmadığı Q-Q grafikler, Kolmogorov Smirnov testi ve histogramlar aracılığıyla incelenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, frekans, yüzde, standart sapma) ile birlikte niceliksel verilerin ikili gruplar arası ölçümlerinde Student-t testi kullanılmıştır. İki'den fazla niceliksel verilerin gruplar arası değerlendirmelerinde ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Levene testi ise varyansların homojenliği varsayımının değerlendirilmesinde kullanılmıştır. ANOVA testi neticesinde farklılığın kaynaklandığı grupların belirlenmesinde; varyansları homojen olanlar Tukey HSD, homojen olmayanlar ise Tamhane T2 post-hoc testi ile değerlendirilmiştir. Niceliksel veriler arasında bulunan ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirliğinin incelenmesinde ise Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı değerlendirilmiştir. Ayrıca ölçek puanlarının birinin diğerine olan etkisinin

incelenmesi amacıyla Doğrusal Regresyon Analizi yapılmıştır. Anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

### **3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmanın yapılabilmesi amacıyla, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan 2018-6/7 nolu onay alındı (EK-3). Araştırmanın yapıldığı; kamu hastaneler birliğine bağlı Osmaniye Devlet Hastanesi ve Osmaniye İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alındı (EK 8-9). Araştırmaya katılacak çocuklar ve ailesine araştırma öncesinde amaç, yöntem ve araştırmanın süresi konularında bilgi verildi. Araştırma sonucunda aldığımız verilerin gizli kalacağı, araştırmaya katılmanın hastalar için herhangi bir risk taşımadığı, istedikleri takdirde araştırmaya katılmaktan vazgeçebilecekleri ve gönüllülük ilkesine dayalı olarak katılım sağlandığı hastalara açıklandı.

### **3.9. Araştırmanın Genellenebilirliği ve Sınırlılıkları**

Bu araştırma sonuçları araştırmaya katılan kronik hastalığı olan çocuklara genellenebilir. Araştırmanın bir devlet hastanesinde yapılması ve değerlendirmede kullanılan ölçeklerin öz bildirimine dayalı olması bu çalışmanın sınırlılıklarındandır.

## 4. BULGULAR

Bu çalışma kronik hastalığı olan çocuklarda anne baba tutumunun aleksitimi üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmış olup, çalışmadan elde edilen bulgular bu bölümde sunulmuştur.

**Tablo 4.1.** Çocukların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=256)

Özellikler	Sayı	Yüzde
<b>Yaş</b>		
11 yaş	133	52.0
12 yaş	42	16.4
13 yaş	81	31.6
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	133	52.0
Erkek	123	48.0
<b>Kardeş sayısı</b>		
Tek kardeş	22	8.6
İki ve üzeri kardeş	234	91.4
<b>Doğum sırası</b>		
Birinci çocuk	96	37.4
Orta-ortancalardan biri	80	31.3
Sonuncu çocuk	80	31.3
<b>Anne eğitim seviyesi</b>		
Okur-yazar değil	46	17.9
İlkokuldan mezun	94	36.7
Ortaokuldan mezun	58	22.7
Liseden mezun	43	16.8
Üniversiteden mezun	15	5.9
<b>Baba eğitim seviyesi</b>		
Okur-yazar değil	20	7.8
İlkokuldan mezun	77	30.1
Ortaokuldan mezun	54	21.1
Liseden mezun	76	29.7
Üniversiteden mezun	29	11.3

**Tablo 4.1.** (Devamı)

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Anne meslek</b>		
Ev hanımı	218	85.2
Çalışan	38	14.8
<b>Baba meslek</b>		
Çalışan	226	88.3
Çalışmayan	25	9.8
Emekli	5	1.9
<b>Aile türü</b>		
Küçük (çekirdek) aile	215	84.0
Geleneksel (geniş) aile	33	12.9
Parçalanmış aile	8	3.1
<b>Ekonomik durum algısı</b>		
İyi	58	22.7
Orta	163	63.6
Kötü	35	13.7
<b>Toplam</b>	<b>256</b>	<b>100</b>

Çocuklara ilişkin tanıtıcı özelliklerin dağılımı Tablo 1’de sunulmuştur. Çocukların %52’si kız çocuğu olup, yaş ortalamasının  $11.80 \pm 0.89$  olduğu, %52’sinin 11 yaşında olduğu, kardeş sayıları ortalamasının  $3.38 \pm 1.90$  olduğu, büyük kısmının (%91.4) kardeş sayısının 2 ve üzerinde olduğu, %37.4’ünün ailenin birinci çocuğu olduğu, %36.7’sinin annesinin ilkokuldan mezun olduğu, %30.1’inin ise babasının ilkokuldan mezun olduğu, annelerin genel olarak ev hanımı olduğu (%85.2), büyük kısmının babasının aktif olarak çalıştığı (%88.3), küçük (çekirdek) aileye sahip olduğu (%84) ve %63.6’sının ekonomik durumunu orta derece olarak algıladığı belirlenmiştir.



**Tablo 4.2.** Çocukların Hastalığa Yönelik Özelliklerinin Dağılımı (n=256)

Özellikler	Sayı	Yüzde
<b>Ailede kronik hastalığı varlığı</b>		
Var	89	34.8
Yok	167	65.2
<b>Kronik hastalığı olan bireyin yakınlık derecesi (n=89)</b>		
Anne	40	44.9
Baba	12	13.5
Kardeş	37	41.6
<b>Hastalık tanısı</b>		
Astım	74	28.9
Epilepsi	55	21.5
Diyabet	22	8.6
Konjenital kalp hastalığı	28	10.9
Juvenil Romatoid Artrit	13	5.1
Akdeniz anemisi	21	8.2
Kronik böbrek yetmezliği	15	5.9
Muskuler Distrofi	15	5.9
*Diğer	13	5.2
<b>Hastalık tanısı sınıflaması</b>		
Solunum sistemi ile ilişkili hastalıklar	76	29.7
Nörolojik sistem ile ilişkili hastalıklar	55	21.5
Endokrin sistem ile ilişkili hastalıklar	29	11.3
Kardiyovasküler-hematolojik sistem ile ilişkili hastalıklar	49	19.1
Kas-iskelet sistemi ile ilişkili hastalıklar	28	10.9
Üriner sistem ile ilişkili hastalıklar	15	5.9
GİS ile ilişkili hastalıklar	4	1.6
<b>Tanınım konulma zamanı</b>		
6 ay önce	12	4.7
1 yıl önce	37	14.5
2 yıl önce	54	21.1
3 yıl ve daha fazlası	129	50.4
Konjenital**	24	9.4

**Tablo 4.2.** (Devamı)

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Hastalık nedeniyle hastanede yatma durumu</b>		
Evet	179	69.9
Hayır	77	30.1
<b>Hastalık nedeniyle hastaneye yatma sayısı (n=179)</b>		
Yılda 3 kez ve ↓	129	72.1
Yılda 4 kez ↑	50	27.9
<b>Hastanede kalınan ortalama süre (n=179)</b>		
5 gün ve ↓	102	57.0
6 gün ↑	77	43.0
<b>Sürekli ilaç kullanımı</b>		
Evet	206	80.5
Hayır	50	19.5

\*Enzim eksiklikleri sonucu gelişen hastalıklar n:4, Hepatit B n:1, Gastroözafagial Reflü n:3, Hipotiroidi n:2, Karaciğer yetmezliği n:1, Kistik Fibrozis n:2.

\*\*Doğduğu andan itibaren tanı alanlar

Çocukların %34.8'inin ailesinde başka kronik hastalığı olan bireylerin olduğu ve bu çocukların %44.9'unun annesinde kronik hastalık görüldüğü, %28.9'unun hastalık tanısının astım olduğu, %29.7'sinin solunum sistemi ile ilişkili hastalıklara sahip olduğu, %50.4'ünün 4 yıl ve daha fazla süre önce hastalık tanısının konulduğu, %69.9'unun hastalığı nedeniyle hastaneye yatarak tedavi gördüğü ve bu kişilerin yıllık hastanede yatma sayılarının 1-12 aralığında değiştiği, ortalamasının ise  $3.02 \pm 1.89$  olduğu ve %72.1'inin 3 kez ve altında hastanede yattığı, ayrıca bu çocukların hastanede kaldıkları ortalama sürelerin 1-15 gün arasında değiştiği, ortalamasının  $5.44 \pm 2.61$  gün olduğu ve %57'sinin 5 gün ve altında hastanede kaldıkları ve çocukların büyük kısmının (%80.5) sürekli ilaç kullandığı tespit edilmiştir.

**Tablo 4.3.** Çocukların Anne Baba Tutumlarına İlişkin Algılarının Dağılımı (n=256)

Özellikler	Sayı	Yüzde
<b>Aile ilişkisi algısı</b>		
İyi	195	76.6
Orta	55	21.5
Kötü	5	2.0
<b>Hastalık bakımında ailenin destekleme durumu</b>		
Her zaman	223	91.0
Bazen	23	9.0
<b>Anne-baba tutumuna yönelik algısı</b>		
İlgisiz	3	1.2
Otoriter	33	12.9
Koruyucu	207	80.9
Demokratik	13	5.1
<b>Duygularını kolayca ifade edebildiğini düşünme</b>		
Evet	113	44.1
Hayır	143	55.9

Çocukların %76.6'sının aile ilişkisini iyi olarak tanımladığı, %91'inin hastalık bakımında ailesinden her zaman destek aldığı, %80.9'unun anne-babasını koruyucu olarak algıladığı ve %44.1'inin duygularını kolayca ifade edebildiğini düşündüğü saptanmıştır.

**Tablo 4.4.** ÇAÖ Puanlarının Dağılımı

Ölçek	Min-Maks	Ort±SS	Cronbach Alfa
<b>Çocuklar İçin Aleksitimi Ölçeği</b>			
Duyguları tanımlama güçlüğü	0-14	6.14±2.88	0.663
Duyguları açıklama güçlüğü	0-10	5.54±2.36	0.665
Dışsal yönelimli düşünme	3-12	7.63±1.95	0.463
ÇAÖ Toplam	5-37	20.07±5.83	0.747

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma  
Min- Maks: Minimum- Maksimum

ÇAÖ “Duyguları tanımlama güçlüğü” alt boyut puanları 0-14 aralığında değişmekte, ortalama ise  $6.14 \pm 2.88$  ve Cronbach Alfası 0.663’tür. “Duyguları açıklama güçlüğü” alt boyut puanları 0-10 aralığında değişmekte, ortalama ise  $5.54 \pm 2.36$  ve Cronbach Alfası 0.665’tir. “Dışsal yönelimli düşünme” alt boyut puanları 3-12 aralığında değişmekte, ortalama ise  $7.63 \pm 1.95$  ve Cronbach Alfası 0.463’tür. ÇAÖ toplam puan ortalaması ise  $20.07 \pm 5.83$  ve Cronbach Alfası 0.747’dir.

**Tablo 4.5.** ABTÖ Puanlarının Dağılımı

Ölçek	Min-Maks	Ort±SS	Cronbach Alfa
<b>Anne Baba Tutum Ölçeği</b>			
Kabul/ilgi	15-36	28.03±3.89	0.657
Psikolojik özerklik	12-34	21.13±4.09	0.545
Denetleme	18-32	30.75±2.55	0.776
*ABTÖ Toplam	-	-	0.656
<b>Anne Baba Tutum Ölçeği</b>	<b>Ortalamanın Altında Puan Alan</b>	<b>Ortalamanın Üzerinde Puan Alan</b>	
	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Sayı</b>
			<b>Yüzde</b>
Kabul/ilgi	99	38.7	157
Psikolojik özerklik	153	59.8	103
Denetleme	66	25.8	190

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma

Min- Maks: Minimum- Maksimum

\* Anne Baba Tutum Ölçeğinin toplam puanın geçerlik güvenirlik çalışması gereği hesaplanmamaktadır.

ABTÖ “Kabul/ilgi” alt boyut puanları 15-36 aralığında değişmekte, ortalama ise  $28.03 \pm 3.89$ , “Psikolojik özerklik” alt boyut puanları 12-34 aralığında değişmekte, ortalama ise  $21.13 \pm 4.09$  ve “Denetleme” alt boyut puanları 18-32 aralığında değişmekte, ortalama ise  $30.75 \pm 2.55$ ’dir.

ABTÖ’ nin alt boyutları, anne baba tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla ortalamanın altında ve üzerinde puan alan şeklinde değerlendirilmiştir. Kabul/İlgi alt

boyunda %38.7'si, psikolojik özerklik alt boyutunda %59.8'si, denetleme alt boyutunda ise %25.8'i ortalamanın altında puan almıştır.

**Tablo 4.6.** ÇAÖ ve ABTÖ Puanları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Çocuklar İçin Aleksitimi Ölçeği (ÇAÖ)	Anne Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ)					
	Kabul/ilgi		Psikolojik özerklik		Denetleme	
	r;	p	r;	p	r;	p
Duyguları tanımlama güçlüğü	<b>-0.195;</b>	<b>0.002**</b>	-0.078;	0.211	0.036;	0.568
Duyguları açıklama güçlüğü	<b>-0.145;</b>	<b>0.020*</b>	-0.104;	0.097	0.030;	0.635
Dışsal yönelimli düşünme	-0.043;	0.496	-0.077;	0.219	0.026;	0.677
ÇAÖ Toplam	<b>-0.182;</b>	<b>0.003**</b>	-0.117;	0.062	0.047;	0.453

\*p<0.05

\*\*p<0.01

r: Pearson Korelasyon Katsayısı

“Kabul/ilgi” alt boyut puanları ve “Duyguları tanımlama güçlüğü” alt boyut puanları arasında “%19.5 oranında negatif yönde anlamlılık” saptanmıştır (p<0.01). “Kabul/ilgi” alt boyut puanları ile “Duyguları açıklama güçlüğü” alt boyut puanları arasında “%14.5 oranında negatif yönde anlamlılık” bulunmuştur (p<0.05). “Kabul/ilgi” alt boyut puanları ve “ÇAÖ” toplam puanları arasında “%18.2 oranında negatif yönde anlamlılık” tespit edilmiştir (p<0.01).

**Tablo 4.7.** Çocukların Tanıtıcı Özelliklerinin ÇAÖ Puanları ile Karşılaştırılması

Özellikler	Çocuklar İçin Aleksitimi Ölçeği			ÇAÖ Toplam Ort±SS
	Duyguları tanımlama güçlüğü	Duyguları açıklama güçlüğü	Dışsal yönelimli düşünme	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>Yaş</b>				
11 yaş	5.90±2.95	5.42±2.40	7.59±1.99	19.68±6.01
12 yaş	5.83±2.70	5.74±2.60	8.10±1.78	20.33±5.76
13 yaş	6.70±2.83	5.62±2.18	7.47±1.95	20.58±5.57
F	2.258	0.358	1.516	0.655
p	0.107	0.699	0.221	0.520
<b>Cinsiyet</b>				
Kız	6.04±2.94	5.35±2.33	7.47±1.99	19.60±5.91
Erkek	6.26±2.83	5.74±2.38	7.80±1.89	20.58±5.71
t	-0.616	-1.337	-1.363	-1.341
p	0.538	0.182	0.174	0.181
<b>Kardeş sayısı</b>				
Tek kardeş	5.41±3.14	4.64±2.57	6.95±1.88	17.68±6.30
İki ve üzeri kardeş	6.21±2.85	5.62±2.32	7.70±1.94	20.29±5.74
T	-1.252	-1.878	-1.717	-2.024
p	0.643	0.463	0.907	0.403
<b>Doğum sırası</b>				
Birinci çocuk	5.97±2.87	5.42±2.35	7.54±1.88	19.59±5.66
Orta-ortancalardan biri	6.96±2.94	5.79±2.14	7.56±1.93	21.21±5.33
Sonuncu çocuk	5.54±2.69	5.43±2.58	7.81±2.05	19.5±6.38
F	<b>5.342</b>	0.664	0.497	2.264
p	<b>0.005**</b>	0.516	0.609	0.106

**Tablo 4.7. (Devamı)**

Özellikler	Çocuklar İçin Aleksitimi Ölçeği			
	Duyguları tanımlama güçlüğü	Duyguları açıklama güçlüğü	Dışsal yönelimli düşünme	ÇAÖ Toplam
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Anne eğitim durumu</b>				
Okur-yazar değil	7.04±3.06	5.85±2.18	7.78±2.15	21.50±6.12
İlkokuldan mezun	6.39±2.74	5.59±2.28	7.49±2.05	20.18±5.48
Ortaokuldan mezun	5.41±2.78	5.34±2.72	7.57±1.72	19.10±6.21
Lise ve ↑ mezun	5.76±2.90	5.40±2.26	7.81±1.85	19.72±5.66
F	<b>3.403</b>	0.473	0.440	1.545
p	<b>0.018*</b>	0.701	0.725	0.203
<b>Baba eğitim durumu</b>				
İlkokul mezunu ve okur-yazar değil	6.27±3.09	5.52±2.45	7.44±2.12	19.99±6.2
Ortaokuldan mezun	6.46±2.67	5.89±2.14	7.61±1.85	20.7±5.28
Liseden mezun	5.86±2.67	5.36±2.34	7.84±1.79	19.79±5.6
Üniversiteden mezun	5.90±3.14	5.41±2.53	7.76±1.94	19.9±6.29
F	0.602	0.577	0.640	0.284
p	0.614	0.631	0.590	0.837
<b>Anne meslek</b>				
Ev Hanımı	6.16±2.87	5.56±2.34	7.62±1.94	20.08±5.79
Çalışıyor	6.08±3.01	5.42±2.51	7.68±2.00	20.00±6.13
t	0.152	0.322	-0.176	0.080
p	0.880	0.747	0.860	0.936
<b>Baba Mesleği</b>				
Çalışmıyor/Emekli	7.00±2.95	5.73±2.12	7.50±2.11	20.90±5.58
Çalışıyor	6.03±2.86	5.51±2.39	7.65±1.93	19.96±5.86
t	1.736	0.489	-0.397	0.830
p	0.084	0.625	0.692	0.407

**Tablo 4.7.** (Devamı)

Özellikler	Çocuklar İçin Aleksitimi Ölçeği			
	Duyuları tanımlama	Duyuları açıklama	Dışsal yönelimli	ÇAÖ Toplam
	güçlüğü	güçlüğü	düşünme	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Ekonomik durum algısı</b>				
İyi	5.86±2.98	5.55±2.17	7.59±1.85	19.83±5.57
Orta	5.96±2.79	5.45±2.49	7.62±2.01	19.71±6.00
Kötü	7.49±2.87	5.91±2.05	7.77±1.85	22.17±5.05
F	<b>4.528</b>	0.563	0.108	2.681
p	<b>0.012*</b>	0.570	0.897	0.070

\*p<0.05

\*\*p<0.01

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

t: Student-t Testi



Çocukların tanıtıcı özelliklerinin “ÇAÖ” puanları ile karşılaştırılması Tablo 4.7’de sunulmuştur. “Yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, baba eğitim durumu, anne ve baba mesleği” gibi özelliklerin ÇAÖ toplam puanı ve alt boyutlar üzerine etkisiz olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Doğum sıralarının ÇAÖ “Duyguları tanımlama güçlüğü” alt boyut puanları üzerine etkili olduğu ve aradaki farkın istatistiksel düzeyde anlamlılığa sahip olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Doğum sırası açısından farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının saptanması için yapılan ikili post-hoc analiz sonuçlarında; ortanca veya ortancalardan biri olanların duyguları tanımlama güçlüğü alt boyutu puan ortalamasının, son çocuk olanlardan “anamlı derecede yüksek olduğu” tespit edilmiştir ( $p<0.01$ ).

Anne eğitim seviyesi ile ekonomik durumlar açısından da benzer şekilde sadece ÇAÖ “Duyguları tanımlama güçlüğü” alt boyut puanları ile istatistiksel düzeyde anlamlılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Eğitim durumu açısından hangi gruptan kaynaklanan bir anlamlılık olduğunu saptamak için yapılan ikili post-hoc analiz sonuçlarında; annesi okur-yazar olmayanların “Duyguları tanımlama güçlüğü” alt boyut puan ortalamasının, annesi ortaokuldan mezun olanlardan “anamlı düzeyde yüksek olduğu” belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Ekonomik durum açısından hangi gruptan kaynaklanan bir anlamlılık olduğunu saptamak için ikili post-hoc analiz sonuçlarında; ekonomik durumu kötü derecede olanların duyguları tanımlama güçlüğü alt boyutu puan ortalamasının, ekonomik durumu orta derecede olanlardan “anamlı şekilde yüksek olduğu” belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.8.** Çocukların Tanıtıcı Özelliklerinin ABTÖ Puanları ile Karşılaştırılması

Özellikler	Anne Baba Tutum Ölçeği		
	Kabul/ilgi	Psikolojik özerklik	Denetleme
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Yaş</b>			
11 yaş	28.29±3.74	21.20±3.98	31.16±2.03
12 yaş	28.38±3.39	20.17±3.89	30.64±2.52
13 yaş	27.41±4.30	21.52±4.33	30.12±3.17
F	1.523	1.557	<b>4.280</b>
p	0.220	0.213	<b>0.015*</b>
<b>Cinsiyet</b>			
Kız	28.14±4.09	21.23±3.94	30.91±2.32
Erkek	27.90±3.66	21.02±4.27	30.57±2.78
t	0.494	0.407	1.067
p	0.622	0.684	0.287
<b>Kardeş sayısı</b>			
Tek kardeş	29.18±2.98	22.05±5.25	31.27±1.07
İki ve üzeri kardeş	27.91±3.94	21.05±3.96	30.69±2.64
t	1.461	<b>0.869</b>	2.004
p	0.321	<b>0.049**</b>	0.05
<b>Doğum sırası</b>			
Birinci çocuk	28.53±3.92	20.84±4.25	30.89±2.33
Orta-ortancalardan biri	27.11±4.12	21.55±3.98	30.80±2.46
Sonuncu çocuk	28.34±3.47	21.06±4.03	30.53±2.89
F	<b>3.341</b>	0.665	0.459
p	<b>0.037*</b>	0.515	0.633

**Tablo 4.8.** (Devamı)

Özellikler	Anne Baba Tutum Ölçeği		
	Kabul/ilgi Ort±SS	Psikolojik özerklik Ort±SS	Denetleme Ort±SS
<b>Anne eğitim durumu</b>			
Okur-yazar değil	27.37±4.12	21.59±4.06	29.59±3.80
İlkokuldan mezun	27.67±3.58	20.93±3.99	30.84±2.41
Ortaokuldan mezun	27.69±4.13	21.09±4.33	30.86±2.06
Lise ve ↑ mezun	29.47±3.65	21.16±4.10	31.40±1.58
F	<b>3.607</b>	0.270	<b>4.693</b>
p	<b>0.014*</b>	0.847	<b>0.003**</b>
<b>Baba eğitim durumu</b>			
İlkokul mezunu ve okur-yazar değil	27.88±4.00	20.96±4.18	30.41±2.91
Ortaokuldan mezun	27.37±3.98	20.87±3.43	30.69±2.58
Liseden mezun	28.51±3.47	21.61±4.31	30.97±2.22
Üniversiteden mezun	28.48±4.32	20.97±4.43	31.38±1.92
F	1.094	0.483	1.364
p	0.352	0.694	0.254
<b>Anne meslek</b>			
Çalışmıyor	27.95±3.75	21.23±4.14	30.71±2.59
Çalışıyor	28.45±4.60	20.58±3.80	30.97±2.35
t	-0.722	0.904	-0.595
p	0.471	0.367	0.553
<b>Baba meslek</b>			
Çalışmıyor/Emekli	27.50±4.04	20.87±4.28	29.47±4.07
Çalışıyor	28.10±3.87	21.17±4.07	30.92±2.24
t	-0.791	-0.379	<b>-2.965</b>
p	0.430	0.705	<b>0.003**</b>

**Tablo 4.8.** (Devamı)

Özellikler	Anne Baba Tutum Ölçeği		
	Kabul/ilgi	Psikolojik özerklik	Denetleme
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Ekonomik durum</b>			
İyi	28.12±4.01	21.91±3.74	31.07±2.13
Orta	28.31±3.53	20.89±4.29	30.67±2.69
Kötü	26.57±4.92	20.97±3.59	30.54±2.58
F	2.940	1.376	0.636
p	0.055	0.255	0.530

\*p<0.05

\*\*p<0.01

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

t: Student-t Testi

Çocukların tanıtıcı özelliklerinin “ABTÖ” puanları ile karşılaştırılması Tablo 4.8’de sunulmuştur. Tablo incelendiğinde cinsiyetin, baba eğitim durumunun, annenin mesleğini ve sosyoekonomik durumun ABTÖ alt boyut puan ortalamaları üzerinde etkisiz değişkenler olduğu belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Diğer değişkenlerden biri olan yaş dağılımları ile “Denetleme” alt boyut puanları açısından “istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki” tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Hangi yaş grubundan kaynaklanan bir anlamlılık olduğunu belirlemek için yapılan ikili post-hoc analiz sonuçlarında; 11 yaşında olanların “Denetleme” alt boyut puan ortalamasının, 13 yaşında olanlardan “anlamlı şekilde yüksek olduğu” saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Çalışmada kardeş sayıları ile ABTÖ “Psikolojik özerklik” ( $p<0.05$ ) alt boyut puanları açısından istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p\leq 0.05$ ). Tek kardeşi olanların “Psikolojik özerklik” alt boyut puan ortalaması, iki veya üstünde kardeşi olanlardan “anlamlı derecede yüksek olduğu” saptanmıştır. ( $p<0.05$ ).

Doğum sıraları ile ABTÖ alt boyutları karşılaştırıldığında ise ölçeğin alt boyutlarından “Kabul/ilgi alt boyut puanları” üzerine doğum sıralamasının etkili bir değişken olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Hangi doğum sırasından kaynaklanan bir farklılık olduğunu belirlemek için yapılan ikili post-hoc analiz sonuçlarında; ilk doğanların kabul/ilgi alt boyut puan ortalamasının, ortanca veya ortancalardan biri olanlardan “anlamlı derecede yüksek olduğu” sonucuna ulaşılmıştır ( $p<0.05$ ).

Anne eğitim seviyesi ile ABTÖ alt boyutlarından “Kabul/ilgi” ve “Denetleme” arasında “istatistiksel düzeyde anlamlı ilişki” bulunmuştur ( $p<0.05$ ;  $p<0.01$ ). Hangi eğitim seviyesinden kaynaklanan bir ilişki olduğunu saptamak için yapılan ikili post-hoc analiz sonuçlarında; annesi lise mezunu ve üzeri olanların “Kabul/ilgi alt boyutu puan ortalamasının”, annesi okur yazar olmayanlardan ve ilkokuldan mezun olanlardan “anlamlı derecede yüksek olduğu” belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Annesi okur-yazar olmayanların “Denetleme alt boyut puan ortalamasının” ise, annesi ilkokuldan, ortaokuldan ve lise ve

üzerinden mezun olanlardan “anlamli derecede düşük olduğu” tespit edilmiştir (p<0.05; p<0.01). Ayrıca çalışmada babası herhangi bir işte çalışanların denetleme alt boyutu puan ortalamasının, babası herhangi bir işte çalışmayan veya emekli olanlardan “anlamli şekilde yüksek olduğu” saptanmıştır (p<0.01).



**Tablo 4.9.** Çocukların Hastalık ile Anne-Baba Tutumlarına İlişkin Özelliklerine Göre ÇAÖ Puanlarının Değerlendirmesi

Özellikler	Çocuklar İçin Aleksitimi Ölçeği			
	Duyguları tanımlama güçlüğü	Duyguları açıklama güçlüğü	Dışsal yönelimli düşünme	ÇAÖ Toplam
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Ailede başka kronik hastalığı olan birey olması</b>				
Evet	6.04±3.07	5.22±2.57	7.60±2.01	19.65±6.46
Hayır	6.20±2.79	5.70±2.23	7.65±1.92	20.29±5.47
t	0.403	1.541	0.224	0.839
p	0.688	0.125	0.823	0.402
<b>Hastalık tanısı sınıflaması</b>				
Solunum sistemi ile ilişkili hastalıklar	5.59±2.55	5.08±2.22	7.63±1.79	19.16±5.23
Nörolojik sistem ile ilişkili hastalıklar	6.58±3.39	6.00±2.52	7.67±2.11	20.93±6.62
Endokrin sistem ile ilişkili hastalıklar	6.52±2.61	5.00±2.33	7.66±1.86	19.93±5.08
Kardiyovasküler-hematolojik sistem ile ilişkili hastalıklar	6.51±2.64	6.06±1.98	7.41±1.87	20.69±5.28
Kas-iskelet sistemi ile ilişkili hastalıklar	6.21±3.28	5.21±2.02	7.43±2.06	19.61±6.11
Üriner sistem/GİS ile ilişkili hastalıklar	5.47±2.84	5.95±3.34	8.37±2.27	20.53±7.59
F	1.280	2.041	0.737	0.782
p	0.273	0.073	0.596	0.564
<b>Hastalık tanısı konulma zamanı</b>				
1 yıl önce ve ↓	5.80±2.41	5.61±2.21	7.69±1.99	19.90±5.10
2 yıl önce	6.41±2.81	5.22±2.29	7.65±1.71	20.07±5.70
3 yıl ve daha fazlası	6.10±3.04	5.60±2.51	7.72±2.06	20.18±6.19
Konjenital	6.50±3.16	5.75±2.01	7.00±1.72	19.83±5.80
F	0.517	0.427	0.951	0.042
p	0.671	0.734	0.417	0.989

**Tablo 4.9.** (Devamı)

Özellikler	Çocuklar İçin Aleksitimi Ölçeği			
	Duyguları tanımlama güçlüğü	Duyguları açıklama güçlüğü	Dışsal yönelimli düşünme	ÇAÖ Toplam
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Hastalık nedeniyle hastanede yatma durumu</b>				
Evet	6.21±2.92	5.75±2.32	7.69±1.92	20.42±5.83
Hayır	6.00±2.82	5.04±2.39	7.49±2.00	19.25±5.77
t	0.525	<b>2.224</b>	0.751	1.487
p	0.600	<b>0.027*</b>	0.454	0.138
<b>Hastalık nedeniyle yılda hastaneye yatma sayısı (n=179)</b>				
3 kez ve ↓	6.16±2.91	5.93±2.31	7.76±1.96	20.57±5.80
4 kez ↑	6.34±2.96	5.28±2.32	7.52±1.82	20.06±5.96
t	-0.380	1.690	0.747	0.520
p	0.705	0.093	0.456	0.604
<b>Hastanede kalının ortalama süre (n=179)</b>				
5 gün ve ↓	6.01±2.68	5.59±2.14	7.60±1.75	20.02±5.13
6 gün ↑	6.47±3.20	5.96±2.55	7.82±2.14	20.96±6.64
t	-1.039	-1.064	-0.757	-1.070
p	0.300	0.289	0.450	0.286
<b>Sürekli ilaç kullanımı</b>				
Evet	6.27±2.92	5.63±2.31	7.65±1.91	20.28±5.72
Hayır	5.64±2.72	5.16±2.53	7.56±2.09	19.22±6.23
t	1.381	1.255	0.294	1.151
p	0.168	0.211	0.769	0.251
<b>Aile ilişkisi tanımı</b>				
İyi	5.84±2.85	5.58±2.43	7.65±2.01	19.80±5.93
Orta/kötü	7.15±2.80	5.38±2.12	7.58±1.75	20.95±5.44
t	<b>-3.139</b>	0.569	0.225	-1.339
p	<b>0.002**</b>	0.570	0.822	0.182



**Tablo 4.9.** (Devamı)

Özellikler	Çocuklar İçin Aleksitimi Ölçeği			
	Duyguları tanımlama güclüğü	Duyguları açıklama güclüğü	Dışsal yönelimli düşünme	ÇAÖ Toplam
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Duygularımı kolayca ifade edebileceğini düşünme</b>				
Evet	5.35±3.08	4.28±2.31	7.12±1.96	17.43±5.95
Hayır	6.77±2.56	6.52±1.88	8.03±1.84	22.15±4.81
t	<b>-4.012</b>	<b>-8.547</b>	<b>-3.818</b>	<b>-7.020</b>
p	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>

\*p<0.05

\*\*p<0.01

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

t: Student-t Testi

Çalışmada çocukların hastalık ile anne-baba tutumlarına ilişkin özelliklerine göre ÇAÖ puanlarının değerlendirilmesi Tablo 4.9.'da verilmiştir. Tablo incelendiğinde; “Ailede başka kronik hastalığı olan bireyin olması, hastalığın tanısı, tanının konulma zamanı, hastalık nedeniyle hastaneye yatma sayısı, hastanede kalınan süre, ilaçları devamlı kullanma durumu” gibi hastalığa ilişkin özelliklerin ÇAÖ toplam ve alt boyut ortalamaları üzerine etkili değişkenler olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ). Buna karşın hastalık nedeniyle hastanede yatanların “Duyguları açıklama güçlüğü” alt boyut puan ortalamasının, daha önce hastanede yatmayanlardan “anlamli derecede yüksek olduğu” tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Aile ilişkisini orta veya kötü olarak tanımlayanların “Duyguları tanımlama güçlüğü” alt boyut puan ortalamasının aile ilişkisini iyi olarak tanımlayanlardan “anlamli derecede yüksek olduğu” belirlenmiştir ( $p<0.01$ ). Ayrıca duygularını kolayca ifade edebileceğini düşünmeyenlerin “Duyguları tanımlama güçlüğü, Duyguları açıklama güçlüğü, Dışsal yönelimli düşünme” alt boyut ve ÇAÖ toplam puan ortalaması, duygularını kolayca ifade edebileceğini düşünenlerden “anlamli derecede yüksek olduğu” bulunmuştur ( $p<0.01$ ).

**Tablo 4.10.** Çocukların Hastalık ile Anne-Baba Tutumlarına İlişkin Özelliklerine Göre ABTÖ Puanlarının Değerlendirmesi

Özellikler	Anne Baba Tutum Ölçeği		
	Kabul/ilgi	Psikolojik özerklik	Denetleme
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Ailede başka kronik hastalığı olan birey olması</b>			
Evet	28.15±3.90	21.11±3.96	30.16±3.17
Hayır	27.96±3.89	21.14±4.17	31.06±2.10
t	-0.356	0.058	<b>2.727</b>
p	0.722	0.954	<b>0.007**</b>
<b>Hastalık tanısı sınıflaması</b>			
Solunum sistemi ile ilişkili hastalıklar	27.93±3.47	20.80±4.30	30.96±2.01
Nörolojik sistem ile ilişkili hastalıklar	27.82±4.09	21.69±4.30	30.69±2.91
Endokrin sistem ile ilişkili hastalıklar	28.38±4.43	21.28±4.29	30.79±2.24
Kardiyovasküler-hematolojik sistem ile ilişkili hastalıklar	27.57±3.99	20.65±3.95	30.41±2.53
Kas-iskelet sistemi ile ilişkili hastalıklar	28.79±3.47	21.46±3.49	30.79±3.14
Üriner sistem/GİS ile ilişkili hastalıklar	28.53±4.51	21.37±3.74	30.79±3.14
F	0.494	0.490	0.284
p	0.780	0.784	0.921
<b>Hastalık tanısı konulma zamanı</b>			
1 yıl önce ve ↓	28.27±3.74	20.51±3.40	30.29±3.10
2 yıl önce	27.39±4.01	21.89±4.75	30.70±2.48
3 yıl ve daha fazlası	28.08±3.78	20.94±4.08	31.07±2.19
Konjenital	28.71±4.50	21.75±3.73	30.04±3.13
F	0.798	1.276	1.854
p	0.496	0.283	0.138

**Tablo 4.10.** (Devamı)

Özellikler	Anne Baba Tutum Ölçeği		
	Kabul/ilgi	Psikolojik özerklik	Denetleme
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Hastalık nedeniyle hastanede yatma durumu</b>			
Evet	28.02±3.99	20.86±3.88	30.82±2.36
Hayır	28.04±3.66	21.77±4.50	30.57±2.97
t	-0.031	-1.630	0.717
p	0.975	0.104	0.474
<b>Hastalık nedeniyle yılda hastaneye yatma sayısı (n=179)</b>			
3 kez ve ↓	28.38±3.3	20.35±3.51	30.85±2.29
4 kez ↑	27.10±5.31	22.18±4.49	30.74±2.55
t	1.941	<b>-2.888</b>	0.286
p	0.054	<b>0.004**</b>	0.775
<b>Hastanede kalınan ortalama süre (n=179)</b>			
5 gün ve ↓	27.24±4.18	21.38±3.86	30.54±2.59
6 gün ↑	29.06±3.48	20.17±3.83	31.19±1.96
t	<b>-3.112</b>	<b>2.089</b>	-1.854
p	<b>0.002**</b>	<b>0.038*</b>	0.065
<b>Sürekli ilaç kullanımı</b>			
Evet	27.97±4.10	21.16±4.11	30.62±2.67
Hayır	28.26±2.88	21.04±4.06	31.28±1.92
t	-0.471	0.178	-1.654
p	0.638	0.859	0.099
<b>Aile ilişkisi tanımı</b>			
İyi	28.38±3.76	21.16±4.20	30.92±2.35
Orta/kötü	26.88±4.11	21.03±3.76	30.18±3.09
t	<b>2.637</b>	0.215	<b>1.962</b>
p	<b>0.009**</b>	0.830	<b>0.048*</b>

**Tablo 4.10.** (Devamı)

Özellikler	Anne Baba Tutum Ölçeği		
	Kabul/ilgi	Psikolojik özerklik	Denetleme
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Duyularımı kolayca ifade edebileceğimi düşünme</b>			
Evet	28.34±3.95	21.57±4.38	30.58±2.62
Hayır	27.78±3.83	20.79±3.83	30.88±2.50
t	1.132	1.511	-0.952
p	0.259	0.132	0.342

\*p<0.05

\*\*p<0.01

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

t: Student-t Test

Çalışmada çocukların hastalık ile anne-baba tutumlarına ilişkin özelliklerine göre ABTÖ puanlarının değerlendirilmesi Tablo 4.10’da sunulmuştur. Tabloya göre ailesinde başka kronik hastalığı olan birey bulunmayanların ABTÖ “Denetleme” alt boyutu puan ortalamasının, ailesinde başka kronik hastalığı olan birey bulunanlardan “anlamli derecede yüksek olduğu” sonucuna ulaşılmıştır ( $p<0.01$ ). Hastalık nedeniyle yılda hastanede yatma sayısı 4 gün ve üzerinde olanların psikolojik özerklik alt boyut puan ortalamasının, yılda 3 kez ve daha az hastaneye yatanlardan “anlamli derecede yüksek olduğu” bulunmuştur ( $p<0.01$ ).

Hastanede kaldığı süre ortalaması 6 gün ve üzerinde olanların ABTÖ “Kabul/ilgi” alt boyut puan ortalamasının, hastanede kalma süresi 5 gün ve altında olanlardan “anlamli derecede yüksek olduğu” belirlenmiştir ( $p<0.01$ ). Hastanede kaldığı ortalama süresi 5 gün ve altında olanların “Psikolojik özerklik” alt boyut puan ortalamasının, hastanede 5 günün üzerinde kalanlardan “anlamli derecede yüksek olduğu” tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Ayrıca aile ilişkisini iyi olarak tanımlayanların “Kabul/ilgi” ve “Denetleme” alt boyut puan ortalamasının, aile ilişkisini orta veya kötü olarak tanımlayanlardan “anlamli derecede yüksek olduğu” belirlenmiştir ( $p<0.05$ ;  $p<0.01$ ).

**Tablo 4.11.** ABTÖ Puanlarının ve Duygularını Rahatça İfade Etme Durumunun ÇAÖ Puanları ile İlişkisinin Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Bağımsız Değişkenler	Katsayılar	SH	t	p	%95 GA	
					Üst Sınır	Alt Sınır
Sabit	<b>31.744</b>	<b>3.066</b>	<b>10.354</b>	<b>0.001**</b>	<b>25.706</b>	<b>37.782</b>
Kabul/ilgi	<b>-0.245</b>	<b>0.085</b>	<b>-2.866</b>	<b>0.005**</b>	<b>-0.413</b>	<b>-0.077</b>
Psikolojik özerklik	-0.134	0.081	-1.656	0.099	-0.294	0.025
Duyguları kolayca ifade edebildiğini düşünme	<b>0.201</b>	<b>0.667</b>	<b>-6.719</b>	<b>0.001**</b>	<b>-5.794</b>	<b>-3.167</b>

Bağımlı Değişken: ÇAÖ Toplam Puanı

SH: Standart Hata

GA: Güven Aralığı

\*\* $p<0.01$

Anne-baba tutumunun aleksitimi üzerine etkisini gözlemek amacıyla doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 4.11). Regresyon analizinde tek değişkenli analizlerde “istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanan” ve “anamlılık seviyesine yakın olan” ABTÖ alt boyut puanları ve duygularını kolayca ifade edebildiğini düşünme değişkenleri kullanılmıştır. ABTÖ alt boyutlarından denetleme alt boyutu puanları ile diğer alt boyutlar arasında korelasyon saptanması çoklu-bağlantı (multicollinearity) probleminde yol açacağından analizlere dahil edilmemiştir.

Regresyon analizi ile değişkenlerin, ÇAÖ toplam puanına etkisi incelendiğinde, modelin “ileri derecede anlamlı olduğu” bulunmuştur ve  $R^2=0.201$  olarak saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Modelin tüm değişkenleri sabit tutulduğunda ulaşılan ortalama ÇAÖ toplam puanının yaklaşık olarak 32 puan (Sabit=31.744), standart hatasının ise 3.066 olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.01$ ). Modelin diğer değişkenleri sabit tutulup incelendiğinde; kabul/ilgi alt boyut puanında meydana gelen bir birimlik düşüşün ÇAÖ toplam puanında ortalama 0.2 puanlık (0.245) artışa yol açtığı bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Diğer değişkenler sabit tutulduğunda; duygularını kolayca ifade edemeyenlerin, edebilenlere nazaran ÇAÖ toplam puanlarının yaklaşık 2 puan daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p<0.01$ ). Psikolojik özerklik alt boyutunun ÇAÖ puanı üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken, modelin açıklayıcılığı açısından modelde kalmasına karar verilmiştir ( $p>0.05$ ).

## 5.TARTIŞMA

Bu bölümde “kronik hastalığı olan çocuklarda anne baba tutumunun aleksitimi üzerine etkisini” incelemek amacıyla yapılan çalışma sonucunda ulaşılan bulgular ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmaya katılan kronik hastalığı olan çocukların anne baba tutumlarına ilişkin özellikleri incelendiğinde, çocukların büyük kısmının aile ilişkisini iyi olarak tanımladığı, hastalık bakımında ailesinden her zaman destek aldığı, anne-baba tutumunu koruyucu olarak tanımladığı ve duygularını kolayca ifade edemediğini düşündüğü tespit edilmiştir (Tablo 4.3). Literatür incelendiğinde bu çalışmanın bulgusuna paralel şekilde kronik hastalığa sahip çocuğu olan anne babalarda koruyucu tutumun yaygın olduğu görülmektedir.<sup>38,39,43,88,89</sup> Kronik hastalığı olan çocukların duygularını ifade yeteneğini inceleyen çalışmalarda da yine benzer şekilde, bu çocukların sağlıklı kontrollerine göre çeşitli faktörler nedeniyle aleksitimi düzeylerinin daha yüksek olduğu dolayısıyla duygularını kolayca ifade edemedikleri belirlenmiştir.<sup>11,20,81,90,91</sup> Çalışma sonucu literatürle benzer olmakla birlikte hem kronik hastalığı olan çocukların ailelerinin tutum ve davranışlarının, hem de çocukların duygularını rahat bir şekilde ifade edebilme yeteneklerinin iyileştirilmesi gerektiğini göstermesi açısından dikkat çeken bir sonuçtur.

Çalışma kapsamındaki çocukların “ÇAÖ” toplam puan ortalamasının  $20.07 \pm 5.83$  olduğu, dolayısıyla aleksitimi düzeylerinin orta seviyenin üzerinde olduğu görülmektedir. Alt boyutlar açısından değerlendirildiğinde ise en yüksek ortalamaya sahip alt boyutu “Dışsal yönelimli düşünme”; en düşük ortalamaya sahip alt boyutu “Duyguları açıklama güçlüğü” olarak belirlenmiştir (Tablo 4.4). Ergün’ün<sup>63</sup> adölesanlar ve anne babalarında anne baba tutumları, aleksitimik özellikler, bağlanma ve bağımlılık ilişkisini incelediği çalışmasında “en yüksek ortalamaya sahip alt boyut” “Dışsal yönelimli düşünme”, “en düşük ortalamaya sahip alt boyut” ise “Duyguları açıklama



güçlüğü” olarak belirlenmiştir. Taş ve Güneş’in<sup>92</sup> okul çağındaki çocuklarda sosyal anksiyete, aleksitimi, bilgisayar oyun bağımlılığı, cinsiyet ve yaş ilişkisinin incelenmesi amacıyla yaptığı çalışmasında ise “en yüksek ortalamaya sahip alt boyut” “Dışsal yönelimli düşünme”, “en düşük ortalamaya sahip alt boyut” ise “Duyguları açıklama güçlüğü” olarak görülmekte ve her iki çalışmanın alt boyut puan ortalamalarının bu çalışmada çıkan sonuçtan düşük olduğu gözlenmektedir. Çalışmamızda ÇAÖ alt boyutu olan “Dışsal yönelimli düşünme” puan ortalamasının daha yüksek olması, çalışmamızın örnekleminin kronik hastalığı olan çocuklardan oluşması nedeniyle beklenen bir sonuç olarak düşünülmüştür. Literatürde kronik hastalığı olan çocuklarda aleksitimi düzeyinin yüksek olduğunu belirten bir çok çalışma bulunmaktadır.<sup>11,20,81,90,91</sup> Bu yönüyle çalışma bulgusu literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışma kapsamında çocukların ABTÖ alt boyut puan ortalamaları “Kabul/ilgi” için  $28.03 \pm 3.89$ , “Psikolojik özerklik” için  $21.13 \pm 4.09$ , “Denetleme” için  $30.75 \pm 2.55$  olarak belirlenmiştir. ABTÖ puanlanırken “Kabul/ilgi” ve “Denetleme” alt boyutlarında ortalamanın üstünde puana sahip olan çocukların anne-babaları “demokratik” olarak ifade edilmektedir.<sup>27</sup> Bu nedenle çalışma sonuçlarımızda “Kabul/ilgi” alt boyutunun %61.3 ve “Denetim” alt boyutunun %74.2 oranı ile ortalamanın üzerinde olması anne babalar tarafından yaygın olarak demokratik tutumun benimsendiğini göstermektedir (Tablo 4.4). Literatür incelendiğinde ölçek alt boyutlarına yönelik farklı sonuçların yer aldığı görülmektedir.<sup>39,42-44,93</sup> Wiersma ve ark.<sup>39</sup> konjenital kalp hastalığı olan çocuklar ve anne babaları ile yaptığı çalışmasında, deney grubundaki anne babaların kontrol grubuna kıyasla yoğun stres, endişe içerisinde olduğu ve çocuğunu kaybetme korkusu ile ilişkili aşırı koruyucu ve hoşgörülü tutumu yaygın olarak kullandıklarını belirlemiştir. Kantarcıoğlu ve Evim<sup>43</sup> tarafından yapılan çalışmada da talasemi, hemofili ve lösemi tanısı almış çocukların annelerinde aşırı koruyucu tutumun kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Akay ve ark.’nın<sup>44</sup> epilepsili

çocuğu olan annelerin depresyon-anksiyete düzeyinin ve çocuklarına karşı tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yaptıkları bir çalışmada, bu annelerin kontrol grubuna kıyasla çocuklarıyla destekleyici ve arkadaşça ilişkiler geliştiremediği, düşmanlık ve reddetme tutumu ile otoriter tutumun daha yaygın kullanıldığı saptanmıştır. Şahin ve ark.'nın<sup>42</sup> Tip 1 diyabetes mellitus tanısı alan ergenlerde psikopatoloji, anne baba tutumları, yaşam kalitesi algısı ve birbirleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları bir çalışmada, diyabetik gruptaki anne babaların kontrollerine kıyasla otoriter tutumu daha sık kullandıkları belirlenmiştir.

Çalışmamızda çocukların ifadelerine göre anne babalarının kendilerine yaygın olarak koruyucu tutum sergilediğini düşündüğü, ölçek sonuçlarında ise demokratik tutumun yaygın olarak görüldüğü belirlenmiştir. Bu farklılık kullandığımız ABTÖ'nün anne baba tutumlarını yalnızca demokratik, ihmalkâr, otoriter ve hoşgörülü şeklinde sınırlı olarak sınıflandırmasından ve örneklemimize uygun koruyuculuğun ölçüldüğü, tutumların daha geniş kapsamda ele alındığı herhangi bir ölçek olmamasından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca örneklemimizi oluşturan çocuklar tarafından koruyucu tutum ile demokratik tutum arasındaki ayrımın yeterli düzeyde yapılamamış olabileceği de düşünülmektedir.

Çalışma kapsamında ABTÖ'nün "Kabul/ ilgi", "Psikolojik özerklik" ve "Denetleme" alt boyutları ile ÇAÖ, "Duyguları tanımlama güçlüğü", "Duyguları açıklama güçlüğü" ve "Dışsal yönelimli düşünme" alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan analizlerin sonucunda kabul/ilgi alt boyut puanları ile aleksitimi toplam puanı, duyguları tanımlama güçlüğü ve duyguları açıklama güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki görülmektedir. Kabul/ilgi alt boyut puanlarındaki artış, aleksitimi toplam puanı, duyguları tanımlama güçlüğü ve duyguları açıklama güçlüğü alt boyut puanlarında düşüşe yol açmaktadır (Tablo 4.6).

Çocukların duygusal ifadeleri, anne baba ile olan duygu paylaşımının miktarı, duyguların tipi ve yoğunluğu ile ilişkilendirilmektedir.<sup>84</sup> Duygusal anlamda soğuk, ihmalkar, aşırı denetleyici, aşırı koruyucu veya reddedici gibi kabul ilginin düşük olduğu olumsuz anne baba tutumlarının aleksitimik özelliklerin gelişiminde önemli bir etken olduğu bilinmektedir.<sup>83,84,94,95</sup> Duygusal anlamda sıcak ve demokratik tutum gibi kabul ilginin yüksek olduğu anne baba tutumlarının ise çocukların duygusal, sosyal ve bilişsel gelişimini desteklediği aynı zamanda duygularını düzenleme ve ifade etmelerinde önemli etkisinin olduğu görülmektedir.<sup>12,13,96</sup> Yazar'ın<sup>97</sup> aleksitimik davranış özelliklerinin, kişilik özellikleri ve yaşam doyumu ile ilişkisini incelediği bir çalışmada anne babası demokratik tutumu benimseyen çocukların aleksitimi puan ortalamalarının, anne babası ilgisiz, koruyucu veya otoriter tutumu benimseyen çocukların aleksitimi puan ortalamalarından daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Atasayar'ın<sup>98</sup> adölesan bireylerde yaptığı bir çalışmada demokratik tutumu benimseyen anne babaların çocuklarının aleksitimi puanlarının, otoriter tutumu benimseyen anne babaların çocuklarından daha düşük olduğu saptanmıştır.

Çalışma sonuçlarımızda kabul ilgi ve denetim alt boyutunun yüksek olması anne babalar tarafından yüksek oranda demokratik tutumun benimsendiğini göstermektedir. Sağlıklı psikososyal gelişimi destekleyen bir anne baba tutumu olan demokratik tutumu benimseyen anne babaların, çocuklarının aleksitimi düzeylerinin daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar<sup>97,98</sup> bulgularımızı destekler niteliktedir.

Çalışma kapsamındaki çocukların tanıtıcı özelliklerine göre ÇAÖ puanları karşılaştırılmış, yaş, cinsiyet, kardeş sayısı gibi değişkenlerin aleksitimi düzeyi üzerine anlamlı etkisi görülmez iken, doğum sırası olarak ortanca veya ortancalardan biri olan çocukların ÇAÖ duyguları tanımlama güçlüğü alt boyut puan ortalamasının, son çocuk olanlardan “anlamlı düzeyde yüksek olduğu” saptanmıştır (Tablo 4.7). Ay<sup>99</sup> ve Tekeli'nin<sup>100</sup> yaptığı çalışmalar sonucunda doğum sırası ile aleksitimi arasında anlamlı

bir ilişki bulunamaması literatür ile çalışma sonuçlarımız arasında farklılık olduğunu göstermektedir. Adler<sup>101</sup> ve Sulloway'ın<sup>102</sup> “Doğum Sırası Kuramı” na göre ortanca çocukların anne baba ilgisini diğer kardeşlerle paylaştığını vurgulamıştır. Bu paylaşımın aleksitimi düzeyini artırdığı düşünülmektedir.

Çalışmada tanımlayıcı özelliklerden anne-baba eğitim seviyesi ile çocukların aleksitimi düzeyi arasındaki ilişki incelenmiş ve annesi okur yazar olmayan çocukların duyguları tanımlama güçlüğü alt boyut puan ortalamasının, annesi ortaokuldan mezun olanlardan “anlamli şekilde yüksek olduğu” belirlenmiştir (Tablo 4.7). Anne ve babaların eğitim düzeyinin artmasıyla, çocuk yetiştirme sürecinde problem çözme, iletişim kurma ve duygularını ifade etme becerilerinin daha doğru ve bilinçli olarak kullanılabilceği düşünülmektedir. Bu bağlamda Yazar'ın<sup>97</sup> bir çalışmasında anne eğitim seviyesinin aleksitimi üzerinde etkili olduğu, annesi okuryazar olmayanların aleksitimi düzeyinin annesi lise ve üniversiteden mezun olan gruplara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tekeli'nin<sup>100</sup> bir çalışmasında ise annesi ilkokul düzeyinde öğrenim gören çocukların duyguları tanımlama güçlüğü alt boyutu puan ortalamalarının annesi ortaokul düzeyinde öğrenim gören katılımcıların puanından anlamli düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde, anne eğitim seviyesindeki azalmanın aleksitimi puanında artışa neden olduğunu göstererek bulgularımızı destekleyen çalışmalar<sup>54,97,100,103,104</sup> olduğu gibi anne eğitim seviyesi ile aleksitiminin ilişki olmadığı sonucuna ulaşan çalışmalar<sup>105-109</sup> da bulunmaktadır.

Çalışmaya katılan çocukların, ekonomik durum algısı kötü olanların duyguları tanımlama güçlüğü alt boyut puan ortalamasının, ekonomik durum algısı orta olanlardan “anlamli derecede yüksek olduğu” tespit edilmiştir (Tablo 4.7). Eyüpoğlu'nun<sup>109</sup> bir çalışmasında gelir düzeyi ortanın altında ve orta düzeyde olanların aleksitimi düzeyinin gelir düzeyi ortanın üzerinde olanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılması bulgularımızı destekler niteliktedir. Literatürde düşük gelir düzeyine sahip bireylerin

aleksitimi düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşan farklı çalışmaların da olduğu görülmektedir. <sup>98,104,110-112</sup>

Çalışma kapsamındaki çocukların tanıtıcı özelliklerine göre ABTÖ puanları karşılaştırılmış; 11 yaşında olanların denetleme alt boyutu puan ortalamasının, 13 yaşında olanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8). Ergin<sup>113</sup> tarafından adölesan bireylerle yapılan bir çalışmada yaş arttıkça denetleme alt boyutunun azaldığı tespit edilmiştir. Yurttaş<sup>114</sup> tarafından 11-15 yaş aralığındaki çocuklarla yapılan bir çalışmada 11, 12 ve 13 yaşlarında denetleme alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılması bulgularımızla paralellik göstermektedir. Bal'ın<sup>115</sup> epilepsili çocuklar, anneleri ve kontrolleriyle yaptığı çalışmasında ise, epilepsili çocukların denetleme alt boyutu puan ortalaması ile çocukların yaşları arasında “pozitif yönde anlamlılık” olduğu belirtilmiştir.

Çalışmada tek kardeşe sahip olan çocukların “psikolojik özerklik alt boyutu puan ortalamalarının”, kardeş sayısı iki ve daha fazla olanların puan ortalamasından “anlamlı düzeyde yüksek olduğu” sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.8). Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde “psikolojik özerklik alt boyutu ile kardeş sayısı arasında” anlamlı bir farklılık gözlenmediği sonucuna ulaşılması bulgularımız ile farklılık göstermektedir<sup>113,115-117</sup> Bu farklılığın çalışmamızdaki çocukların %91.4'ünün kardeş sayısının iki ve üzerinde olması (Tablo 4.1), kardeş sayısının artmasıyla da anne babaların bakım yükünün artması, çocuklara ayrılan zamanın azalması, sevgi ve ilgide bölünme olması gibi durumlardan kaynaklanabileceği varsayılmaktadır. Ayrıca literatürde demografik özellikler ile ilgili farklı sonuçların olması aleksitimi üzerinde majör bir demografik özelliğin primer rol oynayan faktör olmayabileceğini, örneklemin genel özelliğinden kaynaklı olarak farklı sonuçların ortaya çıktığını düşündürmektedir.

Çalışma kapsamındaki çocuklardan; doğum sıralaması olarak ilk doğanların kabul/ilgi alt boyutu puan ortalamasının, ortanca veya ortancalardan biri olanlardan

istatistiksel olarak “anlamli derecede yu'kse'k oldu'gu” saptanmi'stir (Tablo 4.8). Adler<sup>101</sup> ve Sulloway'in<sup>102</sup> “Do'gunun Sırası Kuramı” na g'ore ilk do'gan c'ocuklar anne baba ilgisinin c'o'gunu u'zerinde toplamakta ortanca veya son c'ocuklar ise anne baba ilgisini di'ger karde'slerle payla'smak zorunda kalmaktadır. S'önmez'in<sup>117</sup> 14-17 ya'sındaki ad'ölesanlarla yapt'ığı c'alışmasında ilk c'ocukların algıladıkları kabul/ilgi alt düzeyinin di'ger c'ocuklara g'ore daha yu'kse'k olarak belirlemesi de bulgularımızı desteklemektedir.

C'alışma kapsamındaki c'ocukların annesi lise ve u'zerinden mezun olanların kabul/ilgi alt boyutu puan ortalamasının, annesi okur yazar olmayanlardan ve ilkokuldan mezun olanlardan “anlamli şekilde yu'kse'k oldu'gu” belirlenmi'stir. Annesi okur yazar olmayanların denetleme alt boyut puan ortalamasının ise, annesi ilkokuldan, ortaokuldan, lise ve u'zerinden mezun olanlardan “anlamli şekilde d'u's'uk oldu'gu” saptanmi'stir (Tablo 4.8). Bulut'un<sup>118</sup> anne-baba tutumlarını inceledi'ği bir c'alışmasında annesi lise mezunu ve u'zeri olanların kabul/ilgi alt boyutu puan ortalamasının, annesi okuma-yazma bilmeyenlerden ve ilkokul mezunu olanlardan yu'kse'k olması ve annesi okuma yazma bilmeyenlerin denetleme alt boyut puan ortalamasının annesi ilkokul, ortaokul, lise ve u'zeri mezunu olanlardan anlamli şekilde d'u's'uk olması c'alışma sonu'çlarımızla paralellik g'östermektedir.

C'alışma kapsamındaki c'ocuklardan babası herhangi bir i'ste c'alışanların denetleme alt boyutu puan ortalamasının, babası c'alışmayan veya emekli olanlardan “anlamli derecede yu'kse'k oldu'gu” tespit edilmi'stir. Ero'glu<sup>119</sup> tarafından yapılan bir c'alışmada c'alışan anne babaların, c'alışmayan anne babalara g'ore daha otoriter-denetleyici oldu'gu sonucuna ula'sılması bulgularımızı desteklemektedir. Aydo'ğdu'nun<sup>120</sup> anne baba tutumlarını farklı de'ğişkenler a'çısından inceledi'ği c'alışmasında ise c'alışmayan anne babaların c'alışanlara g'ore daha otoriter-denetleyici oldu'ğunu belirlemi'stir. Bulgularımızda c'alışan babalarda denetleme düzeyinin yu'kse'k olmasının, ailelerin %77.4'ünde ekonomik durum algısının orta ve k'ötü düzeyde olması

ve ailelerin büyük kısmında annelerin çalışmaması nedeniyle maddi kazancın yalnızca baba tarafından sağlanması dolayısıyla babanın sorumluluk ve stres düzeyinin artmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada çocukların hastalık ile anne-baba tutumlarına ilişkin özelliklerine göre ÇAÖ puanlarının değerlendirilmesi yapılmış, hastalık nedeniyle hastanede yatan çocukların duyguları açıklama güçlüğü alt boyut puan ortalamasının, daha önce hastanede yatmayanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9) Çocuklar için hastane ortamı alışılmadık bir düzen, tanımadıkları insanlar, eşyalar anlamına gelmekte ve anksiyete, korku, ajitasyon, sinirlilik gibi olumsuz duygulara neden olabilmektedir.<sup>121</sup> Hastanede yatan çocukların, daha önce hastanede yatmayanlara göre duygularını açıklama güçlüğüne daha fazla olmasının, hastanede yatışın çocuk üzerinde olumsuz duygular yaratması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çocukların gelişimini sürdürdüğü ilk ve en önemli ortam ailedir. Aleksitimik özelliklerin ortaya çıkma sürecinde aile ilişkilerinin önemini vurgulayan çalışmalar bulunmaktadır.<sup>122-124</sup> Çalışmamızda aile ilişkisi ve ÇAÖ arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan analiz sonuçlarında, aile ilişkisini orta veya kötü olarak tanımlayan çocukların duyguları tanımlama güçlüğü alt boyut puan ortalamasının, aile ilişkisini iyi olarak tanımlayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.9). Janiec ve ark.'nın<sup>125</sup> çocuklarda aleksitimi, aile ve demografik faktörlerin ilişkisini incelediği bir çalışmada aleksitimi ve aile problemleri arasında istatistiksel olarak pozitif bir anlamlılık olduğu sonucunun tespit edilmesi bulgularımız ile paralellik göstermektedir.

Duyguların kolayca ifade edilebilmesi ve ÇAÖ arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan analizde ise, duygularını kolayca ifade edebileceğini düşünmeyenlerin “Duyguları tanımlama güçlüğü”, “Duyguları açıklama güçlüğü”, “Dışsal yönelimli düşünme” alt boyutları ve “ÇAÖ” toplam puan ortalamasının, duygularını kolayca ifade edebileceğini düşünenlere kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9). Küçük

çocuklar ve ergenlerde yetersiz duygusal gelişim ve olgunlaşmamış beyin alanları nedeniyle içsel duyguların yansıtılması ve ifade edilmesi daha zor olabilmektedir. Dolayısıyla duygularını kolayca ifade edemeyen çocuklarda aleksitimik özelliklerin daha fazla görülmesinin beklenen bir durum olduğu düşünülmektedir.<sup>59,126</sup>

Çalışma kapsamındaki çocukların hastalık ile anne-baba tutumlarına ilişkin özelliklerine göre ABTÖ puanları değerlendirilmiş olup, çocukların ailesinde başka kronik hastalığı olan birey bulunmayanların denetleme alt boyutu puan ortalamasının, ailesinde başka kronik hastalığı olan birey bulunanlardan “anlamli derecede yüksek olduğu” saptanmıştır (Tablo 4.10). Aydoğdu<sup>120</sup> tarafından yapılan bir çalışmada ise ailede kronik hastalığı olan birey olması ile anne baba tutumları arasında anlamli farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Anne babalar çocuklarının kronik hastalık tanısı almasıyla derinden etkilenmekte ve yas dönemine girmektedir. Bu yas döneminin sonunda anne babalar kronik hastalığa karşı uygun baş etme davranışları geliştirerek olumlu anne baba tutumları benimseyebilmektedir. Ancak çeşitli etkenler nedeniyle kronik hastalığa karşı uygun baş etme davranışlarını geliştiremeyen anne babalar çocuklarına karşı gereksiz kısıtlayıcı, aşırı koruyucu veya reddedici gibi olumsuz tutumlar da geliştirebilmektedir.<sup>1,5</sup> Çalışma sonuçlarımızda ailede başka kronik hastalığı olan birey bulunmayan anne babaların bulunanlara göre birinci derece yakınlarında kronik hastalıkla ilk kez karşılaşmaları nedeniyle kronik hastalıkla etkili baş etme yöntemlerinin daha az geliştiği varsayılmaktadır. Bunun sonucunda ise anne babaların çocuklarına karşı olumsuz tutumlar içerisinde yer alan denetleme tutumunu daha baskın kullanma yolunu tercih ettikleri düşünülmektedir.

Çalışma kapsamındaki çocukların hastalık nedeniyle yıllık hastaneye yatma sayısı 3’ün üzerinde olanların “Psikolojik özerklik” alt boyutu puan ortalamasının, yılda 3 kez ve daha az hastaneye yatanlardan “anlamli derecede yüksek olduğu” sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.10). Anne babaların çocuklarının hastaneye sık yatışlarından



dolayı, kendilerini diğer çocuklardan farklı hissetmemeleri adına bağımsızlıklarını desteklemek ve bireyselliklerini ifade etmeleri için cesaretlendirmek amacıyla psikolojik özerklik alt boyutunu benimsedikleri düşünülmektedir.

Çalışmada hastanede kaldığı ortalama süresi 5 gün ve altında olanların psikolojik özerklik alt boyut puan ortalamasının, hastanede kaldığı ortalama süresi 6 gün ve üzerinde olanlardan “anlamli derecede yüksek olduğu” belirlenmiştir (Tablo 4.10). Çocukların hastanede kalış süresinin azalmasıyla psikolojik özerklik düzeyinin artması ise hastanede kısa süreli kalan çocukların kronik hastalık ile ilişkili anne babaya bağımlılıklarının daha düşük olmasından kaynaklanabileceği tahmin edilmektedir.

Çalışma kapsamındaki çocukların hastanede kaldığı ortalama süresi 5 günün üzerinde olanların kabul/ilgi alt boyut puan ortalamasının, hastanede kaldığı ortalama süresi 5 gün ve altında olanlardan “anlamli derecede yüksek olduğu” saptanmıştır (Tablo 4.10). Kronik hastalığı olan çocukların hastanede kalış süresinin uzaması sonucunda, anne babaların yoğun stres ve anksiyete yaşaması ile ilişkili kabul/ ilgi düzeyinin yüksek oranda görüldüğü “koruyucu anne baba tutumunu” benimsedikleri bilinmektedir.<sup>127,128</sup> Bu durum çalışmamızdaki çocukların hastanede kalış süresinin artması ile anne babaların kabul/ilgi düzeyinde artış olması sonucunu destekler niteliktedir.

Çalışma kapsamındaki çocukların aile ilişkisini iyi olarak algılayanların kabul/ilgi ve denetleme alt boyut puan ortalamalarının, aile ilişkisini orta veya kötü olarak algılayanlardan istatistiksel olarak anlamli düzeyde yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.10). Çalışma sonuçlarımızda kabul/ilgi ve denetim alt boyutunun yüksek olması anne babalar tarafından yüksek oranda demokratik tutumun benimsendiğini göstermektedir. Aile ilişkisi iyi olanların kabul/ilgi ve denetleme düzeylerinin yüksek olmasının, demokratik tutumu benimseyen anne baba ve çocuklar arasında sağlıklı ilişkiler kurulmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada anne baba tutumunun aleksitimi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonucunda bağımsız değişken olan kabul ilgi alt boyutunda meydana gelen bir birimlik düşüşün, bağımlı değişken olan ÇAÖ toplam puanı üzerinde 0.2 puanlık artışa neden olduğu saptanmıştır (Tablo 4.11). Literatürde, kabul/ilgi alt boyutunun düşük olması olumsuz anne baba tutumlarının benimsendiğini göstermektedir ve bu olumsuz tutumların çocukların aleksitimi düzeyini artırması bulgularımızla paralellik göstermektedir.<sup>27,83,84,94,95</sup> Duygularını kolayca ifade edememe ve ÇAÖ toplam puanı değişkenleri arasında yapılan regresyon analizi sonucunda duygularını kolayca ifade edemeyenlerin, edebilenlere göre ÇAÖ toplam puanlarının yaklaşık 2 puan daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.11). Duyguları iyi ifade edebilmek için duyguların farkında olmak ve duygu üretebilmek çok önemlidir.<sup>129</sup> Aleksitimik bireyler duyguları fark etme, duygu ve düşünceleri arasındaki ilişkiyi ayırt etme ve duyguları tanımlama güçlüğü gibi belirtiler nedeniyle duygularını kolayca ifade edemezler.<sup>17</sup> Dolayısıyla analiz sonuçlarımızda da olduğu gibi duygularını kolayca ifade edememe ile aleksitimi düzeyinde artış olması arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik hastalığı olan çocuklarda anne baba tutumunun aleksitimi üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir

- Çalışma kapsamındaki çocukların ÇAÖ maximum toplam puanın 37 olduğu belirlenmiş ve ÇAÖ toplam puan ortalamasının ise  $20.07 \pm 5.83$  olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla çalışmamızda aleksitimi seviyesinin orta düzeyin üzerinde olduğunu söylemek mümkündür.
- Çalışma kapsamında çocukların ÇAÖ en yüksek ortalamaya sahip alt boyutu “Dışsal yönelimli düşünme” ( $7.63 \pm 1.95$ ), en düşük ortalamaya sahip alt boyutu ise “Duyguları açıklama güçlüğü” ( $5.54 \pm 2.36$ ) olarak belirlenmiştir.
- Çalışma kapsamında çocukların ABTÖ alt boyut puan ortalamaları “Kabul/ilgi” ( $28.03 \pm 3.89$ ), “Psikolojik özerklik” ( $21.13 \pm 4.09$ ), “Denetleme” ( $30.75 \pm 2.55$ ) olarak belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarımızda kabul/ilgi alt boyutunun %61.3 ve denetim alt boyutunun %74.2 oranında ortalamanın üzerinde olması anne babalar tarafından yaygın olarak demokratik tutumun benimsendiği saptanmıştır.
- Çalışma kapsamında ABTÖ “Kabul/ilgi” alt boyut puanlarındaki artış, “Aleksitimi toplam puanı”, “Duyguları tanımlama güçlüğü” ve “Duyguları açıklama güçlüğü” alt boyut puanlarında düşüşe yol açtığı tespit edilmiştir.
- “Kabul/ilgi” alt boyutunda meydana gelen bir birimlik düşüşün, ÇAÖ toplam puanı üzerinde 0.2 puanlık artışa neden olduğu saptanmıştır ( $p=0.005$ ;  $p<0.01$ ).
- Duygularını kolayca ifade edemeyenlerin, edebilenlere göre ÇAÖ toplam puanlarının yaklaşık 2 puan daha fazla olduğu tespit edilmiştir ( $p=0.001$ ;  $p<0.01$ ).

### **Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;**

- Kronik hastalığı olan çocukların duygularını fark etme, tanıma, ayırt etme ve ifade etme güçlüğü düzeyini belirleyen “aleksitimi” ile anne baba tutumları arasındaki ilişkinin önemini vurgulayan konuların hemşirelerin hizmet içi eğitim konularına eklenmesi,
- Sağlık alışanlarının klinik ortamda anne babaların çocuklarına karşı tutumlarını güvenilir ölçüm araçlarıyla belirleyerek, olumsuz anne baba tutumlarını kullanan anne babaların duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri için desteklenmesi ve bu tutumların çocuk üzerindeki etkileri hakkında gerekli bilgilendirmenin yapılması,
- Uygun iletişim teknikleriyle, kronik hastalığı olan çocukların anne babalarında demokratik tutumun aleksitimi düzeyini azaltarak çocukların duygusal gelişimini desteklediğine yönelik farkındalığın oluşturulması,
- Kronik hastalığı olan çocukların anne baba tutumlarının aleksitimi düzeyine etkisini inceleyen daha geniş örneklemlerle çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Törüner EK, Büyükgönenç L. *Çocuk Sağlığı: Temel Hemşirelik Yaklaşımları*, 1. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevi, 2017: 118- 121.
2. Dünya Sağlık Örgütü, Dünyada Kronik Hastalıklar Nedeniyle Ölen Kişi Sayısı. [Http://Www.Who.Int/En/News-Room/Fact-Sheets/Detail/Noncommunicable-Diseases](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases). 27 Şubat 2019.
3. Centers for Diseases Control and Prevention National Center for Health Statistics (CDC). Health, United States, 2016: With Chartbook on Long-term Trends in Health. Hyattsville, Government Printing Office, 2017b, 21- 22.
4. Conk Z, Başbakkal Z. Yılmaz BH, Bolışık B. *Pediatric Hemşireliği*, 2. Baskı. Ankara Akademisyen Kitabevi, 2018, 743- 756.
5. Çavuşoğlu H. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği Cilt 1*, 12. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Basımevi, 2015, 71- 86.
6. Torpy JM, Campbell A, Glass RM. Chronic diseases of children. *JAMA*, 2010, 303: 682- 682.
7. Oğuzhan M, Erden G. Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuklarda ve ailelerinde ortaya çıkan sorunlar ve psikososyal müdahalenin önemi. *Yeni Symposium*, 2012, 3:167- 179.
8. Compas BE, Jaser SS, Dunn MJ, Rodriguez EM. Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *ARCP*, 2012, 8: 455- 480.
9. Ergün A, Işık I, Topçu S, Albayrak S. Kronik hastalığı olan ve olmayan ergenlerin ruhsal durumlarının karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics*, 2016, 2:86- 93

10. Keser N, Kapçı Eg, Odabaş E. Farklı kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların benlik algısı, duygusal-davranışsal sorunlar ve ana-baba tutumları açısından karşılaştırılması. *Turk J Child Adolesc Ment Health*, 2012, 19: 57- 68.
11. Keskin G, Bilge A. Kronik böbrek yetmezliği olan çocuk ve ergenlerin depresyon, sosyal anksiyete ve aleksitimi açısından değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 2009, 10: 318- 324.
12. Arnott B, Brown A. An exploration of parenting behaviours and attitudes during early infancy: Association with maternal and infant characteristics. *ICD*, 2013, 22: 349- 361.
13. Sümer N, Aktürk EG, Helvacı E. Anne-baba tutum ve davranışlarının psikolojik etkileri: Türkiye’de yapılan çalışmalara toplu bakış. *Türk Psikoloji Yazıları*, 2010, 13: 42- 59.
14. Darling N, Steinberg L. Parenting style as contex: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 1993, 113: 487- 496.
15. Yavuzer H. *Ana-Baba ve Çocuk*, 25. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2014, 26- 33.
16. Baykara B, Pekcanlar AA, Bober E, Dogan O, Abacı A, Ozbek A, Ergin C. Tip 1 diyabetes mellitus tanılı çocuğu olan annelerin psikososyal özellikleri: Diyabetik kontrole ilişki. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 2012, 13: 39- 45.
17. Koçak R, Karaboğa M, Baloğlu M. Çocuklar İçin Aleksitimi Ölçeği (ÇAÖ) Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Electronic Turkish Studies*, 2015, 10: 1023- 1036.
18. Aaron RV, Fisher EA, Palermo TM. Alexithymia in adolescents with and without chronic pain. *Rehabilitation Psychology*, 2019, 64: 469.
19. Natalucci G, Faedda N, Quinzi A, Fegatelli DA, Vestri A, Turturo G, Verdecchia P, Bellini B, Pirisi C, Calderoni D, Cerutti R, Giannotti F, Giacolini T, Guidetti V.

- Alexithymia, metacognition, and theory of mind in children and preadolescents with migraine without aura: A case-control study. *Front Neurol*, 2019, 10: 774.
20. Van de Putte EM, Engelbert RHH, Kuis W, Kimpfen JLL, Uiterwaal CSPM. Alexithymia in adolescents with chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res*, 2007, 63: 377- 380.
  21. Hockenberry MJ, Wilson D. *WONG'S, Nursing Care of Infants and Children*. 9<sup>th</sup> ed. United States of America, Elsevier Publishing, 2011: 844- 875.
  22. Yavuzer H. *Ana Baba Okulu*, 19. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 2011, 115-128.
  23. Çağdaş A, Seçer ŞZ. *Anne- Baba Eğitimi*, 4. Baskı. Ankara, Kök Yayıncılık, 2010,167- 197.
  24. Şanlı D, Öztürk C. Annelerin çocuk yetiştirme tutumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2007, 32: 31-48.
  25. Baumrind D. Harmonious parents and their preschool children. *Devel Psych*, 1971, 4: 99- 102.
  26. Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: Mussen PH, Hetherington EM (eds). *Handbook of Child Psychology: Socialization, Personality and Social Development*, 4<sup>nd</sup> ed. New York, Wiley,1983: 1-101.
  27. Yılmaz A. Anne Baba Tutum Ölçeği güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Turk J Child Adolesc Ment Health*, 2000, 7: 160- 173.
  28. Rao A. *Principles And Practice Of Pedodontics*, 3th ed. India, Jaypee Brothers Medical Publishers, 2012, 31- 46.
  29. Sayar K, Bağlan F. *Koruyucu Psikoloji Çocuk Eğitiminde Duygusal Rehberlik*, 6. Baskı. İstanbul, Timaş Yayıncılık, 2014, 123- 130.
  30. Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Cilt 2*, 13. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014, 736- 810.

31. Bakırcıoğlu R. *Çocuk ve Ergenlerde Ruh Sağlığı*, Geliştirilmiş 4. Baskı. Ankara, Anı Yayıncılık, 2011, 183- 192.
32. Navaro L. *Çağdaş Anne Baba Eğitimi Neleri Kapsayabilir?*, Ya-Pa Okul Öncesi Eğitimi ve Yaygınlaştırılması Semineri (Antalya, 7- 12 Eylül), İstanbul, Ya-pa Yayınları, 1989: 43- 47.
33. Yavuzer H. *Mutlu Kuşaklar Yetiştirmek İçin Anne Olmak*, 2. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 2010, 64- 92.
34. Geçtan E. *Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar*, 8. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 1992, 20- 70.
35. Çağdaş A. *Anne- Baba- Çocuk İletişimi*, 3. Baskı. Konya, Eğitim Kitabevi, 2015, 50- 90.
36. Üstün E. Okul Öncesi Dönemde Çocuk- Aile Okul İşbirliği, 9. Ya-Pa Okul Öncesi Eğitimi ve Yaygınlaştırılması Semineri (Ankara, 17-19 Haziran), İstanbul, Ya-pa Yayınları, 1993.
37. Holmbeck GN, Johnson SZ, Wills KE, McKernon W, Rose B, Erklin S, Kemper T. Observed and perceived parental overprotection in relation to psychosocial adjustment in preadolescents with a physical disability: The mediational role of behavioral autonomy. *JCCP*, 2002, 70: 96- 110.
38. Power TG, Dahlquist LM, Thompson SM, Warren R. Interactions between children with juvenile rheumatoid arthritis and their mothers. *J Pediatr Psychol*, 2003, 28: 213- 221.
39. Wiersma CJV, Ottenkamp J, van Roozendaal M, Grootenhuis MA, Koopman HM. A multicentric study of disease-related stress, and perceived vulnerability, in parents of children with congenital cardiac disease. *Cardiology in the Young*, 2009, 19: 608- 614.



40. Thomasgard M, Metz WP. The vulnerable child syndrome revisited. *JDBP*, 1995, 16: 47- 53.
41. Green M, Solnit AJ. Reactions to the threatened loss of a child: A vulnerable child syndrome. *Pediatrics*, 1964, 34: 58- 66.
42. Şahin N, Öztop DB, Yılmaz S, Altun H. Tip 1 diyabetes mellitus tanılı ergenlerde psikopatoloji, yaşam kalitesi ve ebeveyn tutumlarının değerlendirilmesi. *Arch Neuropsychiatr*, 2015, 52: 133- 138.
43. Kantarcıoğlu AÇ, Sezgin ME. Bursa’da pediatrik talasemi, hemofili ve lösemili olgu annelerinin aşırı koruyucu ebeveyn tutumları ve duygu durumlarının değerlendirilmesi. *Güncel Pediatri*, 2018, 16: 37- 50.
44. Akay AP, Kurul SH, 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: 213- 220.
45. Dökmen Ü. *Yarına kim kalacak? Evrenle uyumlaşma sürecinde var olmak gelişmek uzlaşmak*, 5. Baskı. İstanbul, SistemYayıncılık, 2002,105- 120.
46. Sifneos PE. The prevalence of “alexithymic” characteristic mechanisms in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*, 1973, 21: 133- 136.
47. Thompson J. *Emotionally Dumb: An Overview of Alexithymia*, 1<sup>th</sup> ed. Australia, Soul Books, 2009, 8- 23.
48. Dereboy İF. Aleksitimi: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1990b, 3: 157- 167.
49. Şahin H. Peptik ülser ve aleksitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1991, 2: 25- 30.
50. Chatzi L, Bitsios P, Solidaki E, Christou I, Kyrlaki E, Sfakianaki M, Kogevinas M, Kefalogiannis N, Pappas A. Type 1 diabetes is associated with alexithymia in nondepressed, non-mentally ill diabetic patients: a case-control study. *J Psychosom Res*, 2009, 67: 307- 313.

51. Şaşıoğlu M, Gülol Ç, Tosun A. Aleksitimi: Tedavi Girişimleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2014, 6: 22- 31.
52. Lesser IM. A review of the alexithymia concept. *Psychosom Med*, 1981, 43: 531-543.
53. Ahrens S, Deffner G. Empirical study of alexithymia: methodology and results. *Am J Psychother*, 1986, 40: 430- 447.
54. Zackheim L. Alexithymia: The expanding realm of research. *J Psychosom Res*, 2007, 63: 345- 347.
55. Wheeler K. *Psychotherapy for the advanced practice psychiatric nurse: A how-to guide for evidence-based practice*, 2th ed. New York, Springer Publishing Company, 2013, 86- 92.
56. Kindler S, Schwahn C, Terock J, Mksoud M, Bernhardt O, Biffar R, Völzke H, Metelmann HR, Grabe HJ. Alexithymia and temporomandibular joint and facial pain in the general population. *J Oral Rehabil*, 2019, 46: 310- 320.
57. Hiirola A, Pirkola S, Karukivi M, Markkula N, Bagby RM, Joukamaa M, Jula A, Kronholm E, Saarijarvi S, Salminen JK, Suvisaari J, Taylor G, Mattila AK. An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia over 11 years in a Finnish general population. *J Psychosom Res*, 2017, 95: 81- 87.
58. Franz M, Popp K, Schaefer R, Sitte W, Schneider C, Hardt J, Decker O, Braehler E. Alexithymia in the German general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2008, 43: 54- 62.
59. Säkkinen P, Kaltiala-Heino R, Ranta K, Haataja R, Joukamaa M. Psychometric properties of the 20-item Toronto Alexithymia Scale and prevalence of alexithymia in a Finnish adolescent population. *Psychosomatics*, 2007, 48: 154-161.

60. Mattila AK, Salminen JK, Nummi T, Joukamaa M. Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res*, 2006, 61: 629- 635.
61. Kokkonen P, Karvonen JT, Veijola J, Laksy K, Jokelainen J, Jarvelin MR, Joukamaa M. Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Compr Psychiatry*, 2001, 42: 471- 476.
62. Güler HK. Yetişkin Bireylerde Bağlanma Biçimleri İle Psikososyodemografik Değişkenlerin Aleksitimi Düzeyi Üzerindeki Etkileri. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi, 2014.
63. Ergün H. 14-18 Yaş Arası Ergenler Ve Ebeveynlerinde Aleksitimik Özellikler, Ebeveyn Tutumları, Bağlanma Ve Bağımlılık. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2008.
64. Krystal HJ. Alexithymia and psychotherapy. *Am J Psychother*, 1979, 33: 17-31.
65. Wearden A, Cook L, Vaughan-Jones J. Adult attachment, alexithymia, symptom reporting, and health-related coping. *J Psychosom Res*, 2003, 55: 341- 347.
66. Kano M, Mizuno T, Kawano Y, Aoki M, Kanazawa M, Fukudo S. Serotonin transporter gene promoter polymorphism and alexithymia. *Neuropsychobiology*, 2012, 65: 76- 82.
67. Messina A, Beadle JN, Paradiso S. Towards a classification of alexithymia: Primary, secondary and organic. *Journal of Psychopathology*, 2014, 20: 38-49.
68. Wise TN, Mann LS, Mitchell JD, Hryvniak M, Hill B. Secondary alexithymia: an empirical validation. *Compr Psychiatry*, 1990, 31: 284- 288.
69. De Vente W, Kamphuis JH, Emmelkamp PM. Alexithymia, risk factor or consequence of work-related stress? *Psychother Psychosom*, 2006, 75: 304- 311.
70. Sifneos PE. Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization affect and creativity. *Psychiatr Clin N Am*, 1988, 11: 287- 293.

71. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. Alexithymia construct, a potential paradigm for psychosomatic medicine. *The Academy of Psychosomatic Med*, 1991, 32, 153-163.
72. Koçak R. Üniversite öğrencilerinde aleksitimi ve yalnızlığın bazı değişkenler açısından karşılaştırılması ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk PDR Dergisi*, 2016, 2: 15- 24.
73. Nemiah JC. Denial revisited: Reflection on psychosomatic theory. *Psychother Psychosom*, 1975, 26: 140- 147.
74. Suslow T, Junghanns K. Impairments of emotion situation priming in alexithymia. *Pers Indiv Differ*, 2002, 32: 541- 550.
75. Sifneos PE, Apfel-Savitz R, Frankel FH. The phenomenon of "alexithymia": Observations in neurotic and psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*, 1977, 28: 47- 57.
76. Özkan D. Yanık Hastalarında Aleksitimi Ve Mizaç Özelliklerinin Ağrı Şiddeti, Yaşam Kalitesi Ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Gelişimi Üzerine Etkisi. Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2018.
77. Mc Dougall J. Alexithymia; a psychoanalytic viewpoint. *Psychother Psychosom*, 1982, 38: 81- 90.
78. Feldman JM, Lehrer PM, Hochron SM. The predictive value of the Toronto Alexithymia Scale among patients with asthma. *J Psychosom Res*, 2002, 53: 1049- 1052.
79. Serrano J, Plaza V, Sureda B, de Pablo J, Picado C, Bardagi S, Lamela J, Sanchis J. Alexithymia: A relevant psychological variable in near-fatal asthma. *Eur Respir J*, 2006, 28: 296- 302.

80. Baiardini I, Abba S, Ballauri M, Vuillermoz G, Braido F. Alexithymia and chronic diseases: The state of the art. *G Ital Med Lav Ergon*, 2011, 33: A47-52.
81. Uzun Ö. Psikojenik Nöbet Tipinde Konversiyon Bozukluğu Olan Ergenlerde Çocukluk Çağı Travmaları, Bağlanma Ve Aleksitimi. Tıp Fakültesi, Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.
82. Swallow VM, Jacoby A. Mothers' evolving relationships with doctors and nurses during the chronic childhood illness trajectory. *J Adv Nurs*, 2001, 36: 755-764.
83. Gatta M, Balottin L, Mannarini S, Chesani G, Del Col L, Spoto A, Battistella PA. Familial factors relating to alexithymic traits in adolescents with psychiatric disorders. *Clin Psychol*, 2017, 21: 252- 262.
84. Zdankiewicz-Ścigała E, Strzeszkowska P. Relationship between parental bonding, alexithymia and dissociation in adults with PTSD. *Pol Psychol Bull*, 2018, 49: 458- 465.
85. Trost JE. Statistically nonrepresentative stratified sampling: A sampling technique for qualitative studies. *Qual Sociol*, 1986, 9: 54-57.
86. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, Dornbusch SM. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Dev*, 1991, 62: 1049-1065.
87. Rieffe C, Oosterveld P, Terwogt M. An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results. *Pers Individ Differ*, 2006, 40: 123-133.
88. 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*, 2012, 27: 775- 781.

89. Kadiroğlu T, Zincir H. Effect of Family Life and Child Rearing Attitudes on Metabolic Control of Adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus. *IJCS*, 2018, 11: 171- 177.
90. Burba B, Oswald R, Grigaliunien V, Neverauskiene S, Jankuviene O, Jankuviene O, Chue P. A controlled study of alexithymia in adolescent patients with persistent somatoform pain disorder. *Can J Psychiatry*, 2006, 51: 468- 471.
91. Aydemir A. Çocuk Ve Ergenlerde Obezite, Depresyon Aleksitimi Düzeyleri Arasındaki İlişki: İstanbul Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2010.
92. Taş İ, Güneş Z. 8-12 yaş arası çocuklarda bilgisayar oyun bağımlılığı, aleksitimi, sosyal anksiyete, yaş ve cinsiyetin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 2019, 22:83-92.
93. Sicouri G, Sharpe L, Hudson JL, Dudeney J, Jaffe A, Selvadurai H, Hunt C. Parent-child interactions in children with asthma and anxiety. *Behav Res Ther*, 2017, 97: 242- 251.
94. Lane RD, Schwatz GE. Levels of emotional awareness: A cognitive development theory and its application to psychopathology. *Am J Psychiatry*, 1987, 144: 133- 143.
95. Maruszewski T, Ścigała E. *Emocje- Aleksytymia- Poznanie*, Poznań, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 1998.
96. Towe-Goodman NR, Teti DM. Power assertive discipline, maternal emotional involvement, and child adjustment. *J Fam Psychol*, 2008, 22: 648- 651.
97. Yazar M. Yetişkinliğe Geçiş Dönemindeki Bireylerin Aleksitimik Davranış Özelliklerinin, Kişilik Özellikleri Ve Yaşam Doyumu İle İlişkinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale: Kırıkkale Üniversitesi, 2018.

98. Atasayar M. Ergenlerin Aleksitimik Özelliklerinin Psikolojik Belirtileri ve Yaşam Doyumları ile İlişkisi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya: Sakarya Üniversitesi, 2011.
99. Ay T. Aleksitimi Ve Depresyon Düzeylerinin Psikolojik Doğum Sırası Ve Çocuklukta Algılanan Ebeveynlik Biçimleri Açısından İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi, 2018.
100. Tekeli Ş. Çocukluk Dönemi Algılanan Ebeveyn Tutumlarının Yetişkinlik Dönemindeki Aleksitimi ve Empatik Eğilim ile İlişkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Üsküdar Üniversitesi, 2018.
101. Adler A. *What Life Should Mean To You*. Ed: Porter A. London, George Allen & Unwin, 1932.
102. Sulloway FJ. *Born To Rebel: Birth order. Family Dynamics and creative lives*. New York, Pantheon Books, 1996.
103. Mattila AK, Kronholm E, Jula A, Salminen JK, Koivisto AM, Maija KA, Riitta-Liisa M, Matti J. Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic Med*, 2008, 70: 716- 722.
104. Arı FP. Somatik Belirti Ve İlişkili Bozukluğu Olan Çocukların Aleksitimi Düzeyleri, Güçlükleri, Baş Etme Becerileri Ve Aile İşlevselliği. Tıp Fakültesi, Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2018.
105. Karaboğa M. Çocuklarda Bağlanma Stilleri Ve Benlik Saygısının Aleksitimi Üzerindeki Yordayıcı Rolünün İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Tokat: Gaziosmanpaşa Üniversitesi, 2011.

- 106.** Yıldız B. Çocuklarda maddi değere verilen önemle aleksitimi arasındaki ilişki. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya: Sakarya Üniversitesi, 2013.
- 107.** Aktay M. Üniversite Öğrencilerinde Aleksitimi Ve Depresyonun Yordayıcısı Olarak Bağlanma Stilleri. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi, 2014.
- 108.** Kahramanol B. Aleksitimi, Öfke Ve Öfke İfade Tarzları İle Stresle Başa Çıkma Tarzları Ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2016.
- 109.** Eyüpoğlu HB. Erken Dönem Yaşantılar, Aleksitimi Ve Bedenselleştirme Arasındaki İlişkiler: Şema Terapi Modeli Çerçevesinde Bir İnceleme. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Şehir Üniversitesi, 2018.
- 110.** Levant RF, Wong YJ. Race and gender as moderators of the relationship between the endorsement of traditional masculinity ideology and alexithymia: An intersectional perspective. *Psychol Men Masc*, 2013, 14: 329.
- 111.** Aust S, Härtwig EA, Heuser I, Bajbouj M. The role of early emotional neglect in alexithymia. *Psychol Trauma*, 2013, 5: 225- 232.
- 112.** Oktay B, Batigün AD. Aleksitimi: Bağlanma, benlik algısı, kişilerarası ilişki tarzları ve öfke. *Türk Psikoloji Yazıları*, 2014, 17: 31.
- 113.** Ergin G. An Evaluation Of Childhood Trauma And Perceived Parenting Style Among Justice-Involved Youth: The Case Study In Maltepe Child And Youth Closed-Prison. Graduate School Of Social Sciences, Department of Clinical Psychology. Master Thesis, İstanbul: Bahçeşehir University, 2015.



- 114.** Yurttaş A. İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Zorbalık Eğilimleri İle Algıladıkları Anne Baba Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (İstanbul İli Kadıköy İlçesi Örneği). Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Yönetimi ve Denetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Yeditepe Üniversitesi, 2010.
- 115.** Bal B. Epilepsi Tanılı Çocuklarda Ve Annelerinde Anksiyete Depresyon Sıklığı İle Ebeveyn Tutumunun Bu Çocuklardaki Anksiyete Depresyon Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2018.
- 116.** Van der Kaap-Deeder J, Vansteenkiste M, Soenens B, Loeysl T, Mabbe E, Gargurevich R. Autonomy-supportive parenting and autonomy-supportive sibling interactions: The role of mothers' and siblings' psychological need satisfaction. *Pers Soc Psychol Bull*, 2015, 41: 1590-1604.
- 117.** Sönmez BG. 14-17 Yaş Arasındaki Ergenlerin Psikolojik Sorunları İle Ailenin Denetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Üsküdar Üniversitesi, 2019.
- 118.** Bulut ÖA. Investigating The Relationship Between The Fear Of Negative Evaluation And The Perceived Parental Attitudes With Perception Of The Self-Efficacy Of The 3rd And 4th Grade Elementary School Students. Institute Of Educational Sciences, In Guidance And Psychological Counseling. Master's Program, İstanbul: Yeditepe University, 2019.
- 119.** Eroğlu F, Parlar H. Evli kadın ve erkeklerde psikolojik iyi oluşun ebeveyn tutumuna etkisinin incelenmesi. İstanbul *Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2018, 33: 89- 101.
- 120.** Aydoğdu F, Dilekmen M. Ebeveyn tutumlarının çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi. *Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2016, 11: 569- 585.

121. Başbakkal Z, Sönmez S, Celasin NŞ, Esenay F. 3-6 yaş grubu çocuğun akut bir hastalık nedeniyle hastaneye yatışa karşı davranışsal tepkilerinin belirlenmesi. *UİBD*, 2010, 7: 456- 468.
122. Zimmerman G. Delinquency in male adolescents: The role of alexithymia and family structure. *J Adolesc*, 2006, 29: 321-332.
123. Rick AD, Vanheule S. The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic inpatients. *Addict Behav*, 2006, 31: 1265-1270.
124. Gil FP, Weigl M, Wessels T, Irnich D, Baumüller E, Winkelmann A. Parental bonding and alexithymia in adults with fibromyalgia. *Psychosomatics*, 2008, 49: 115- 122.
125. Janiec M, Toś M, Bratek A, Rybak E, Drzyzga K, Kucia K. Family and demographic factors related to alexithymia in Polish students. *Arc Psychiatry and Psychother*, 2019, 1: 22- 27.
126. Rosenberg N, Rufer M, Lichev V, Ihme K, Grabe HJ, Kugel H, Kersting A, Suslow T. Observer-rated alexithymia and its relationship with the five-factor-model of personality. *Psychol Belg*, 2016, 56: 118.
127. Günay O, Sevinç N, Arslantaş EE. Hastanede yatan çocukların annelerinde durumluk ve sürekli anksiyete düzeyi ve ilişkili faktörler. *Turkish J Public Health*, 2017, 15: 176.
128. Arıkan D, Saban F, Baş GN. Çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin hastaneye ve sağlık bakımına yönelik memnuniyet düzeyleri. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*, 2014, 4: 109-116.
129. Yalçın SB, Hamarta E. Üniversite öğrencilerinin duygularını ifade edebilmelerinin aleksitimi ve psikolojik ihtiyaçlarına göre incelenmesi. *OPUS*, 2013, 3: 36-82.

## EKLER

### EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
<b>Adı Soyadı:</b>	Edanur TAR
<b>Doğum tarihi:</b>	11.07.1995
<b>Doğum Yeri:</b>	Tokat
<b>Medeni Hali:</b>	Bekar
<b>Uyruğu:</b>	T.C.
<b>Adres:</b>	Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
<b>Tel:</b>	-
<b>Faks:</b>	-
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:edanurtar.1107@gmail.com">edanurtar.1107@gmail.com</a>
Eğitim	
<b>Lise:</b>	Tokat Gaziosmanpaşa Anadolu Lisesi (2009- 2013)
<b>Lisans:</b>	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü (2013-2017)
<b>Yüksek Lisans:</b>	Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2017-2020)
<b>Doktora:</b>	
Yabancı Dil Bilgisi	
<b>İngilizce:</b>	YÖKDİL: 71.25
<b>Almanca:</b>	
<b>Rusça:</b>	
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
-	
İlgi Alanları ve Hobiler	
Kitap okumak	

## EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

### ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Yüksek Lisans Tezi olarak Doç. Dr. Sibel Küçüköglü danışmanlığında sunulan “Kronik Hastalığı Olan Çocuklarda Anne Baba Tutumunun Aleksitimi Üzerine Etkisi” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

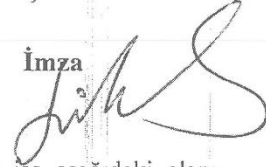
Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	1	15
Genel Bilgiler	8	30
Materyal ve Metod	24	35
Bulgular	9	10
Tartışma	7	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 21 / 02/ 2020

Öğrenci Adı-Soyadı  
Edanur TAR

Danışman Adı-Soyadı  
Sibel KÜÇÜKOĞLU

İmza  


İmza  


\* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayımlanmasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../.... tarih ve ..... sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../.... tarih ve ..... sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

## EK-3. ETİK KURUL ONAYI




ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU


Sayı:2018-6/7

Tarih:12.07.2018

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Edanur TAR, Sibel KÜÇÜKOĞLU isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan “Kronik Hastalığı Olan Çocuklarda Anne-Baba Tutumunun Aleksitimi Üzerine Etkisi” başlıklı araştırmayı etik açıdan uygun bulmuştur.

  
Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI  
Başkan

  
Prof. Dr. Duygu ARIKAN  
Üye

  
Prof. Dr. Neziha KARABULUT  
Üye

  
Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR  
Üye

  
Prof. Dr. Fatma BUDÜCÜ TÜFEKÇİ  
Üye

## **EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

**1. Kaç yaşındasınız? .....**

**2. Cinsiyetiniz nedir?**

1.Kız 2.Erkek

**3. Kaç kardeşiniz? .....**

**4. Doğum sıranız nedir?**

1. Birinci çocuk 2. Ortanca veya ortancalarda biri 3. Sonuncu çocuk

**5. Annenizin eğitim durumu nedir?**

1.Okur yazar değil

2.İlkokul mezunu

3.Ortaokul mezunu

4.Lise mezunu

5.Üniversite mezunu

**6. Babanızın eğitim durumu nedir?**

1. Okur yazar değil

2.İlkokul mezunu

3.Ortaokul mezunu

4.Lise mezunu

5.Üniversite mezunu

**7. Annenizin mesleği nedir?**

1.Ev Hanımı

2.Çalışan

**8. Babanızın mesleği nedir?**

1.Çalışan

2.Çalışmayan

3.Emekli

**9.Aile tipiniz nedir?**

1.Küçük (çekirdek) Aile (Anne, baba ve çocuklardan oluşan aile tipi)

2.Geleneksel (geniş) Aile (Ailede anne-baba ve çocuklardan başka bir aile üyesinin de bulunduğu aile tipi)

3.Parçalanmış aile (Anne-baba ayrı)

**10. Ekonomik durumunuz size göre nasıl?**

1. İyi

2. Orta

3. Kötü

**11. Ailede sizden başka hastalığı olan birey var mı?**

1. Yok

2. Var

**12.Size yakınlık derecesi nedir?**

- 1.Anne
- 2.Baba
- 3.Kardeş

**13. Hastalığınızın tanısı nedir?**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1.Astım                                      | 9.Hepatit B              |
| 2.Epilipsi                                   | 10.Muskuler Distrofi     |
| 3.Tip I diyabet                              | 11.Atopik Dermatit       |
| 4.Konjenital kalp hastalığı                  | 12.Gastroözafagial Reflü |
| 5.Juvenil Romatoid Artrit                    | 13.Hipotiroidi           |
| 6.Akdeniz Anemisi                            | 14.Karaciğer yetmezliği  |
| 7.Enzim eksikliği sonucu gelişen hastalıklar | 15.Kistik Fibrozis       |
| 8.Kronik Böbrek Yetmezliği                   | 16.Diğer                 |

**14.Ne kadar zaman önce hastalığınıza tanı konuldu?**

- |              |              |              |                          |
|--------------|--------------|--------------|--------------------------|
| 1. 6 ay önce | 2.1 yıl önce | 3. 2yıl önce | 4. 3 yıl ve daha fazlası |
|--------------|--------------|--------------|--------------------------|

**15.Hastalığınız nedeniyle yılda en az kaç kez hastaneye yatmanız gerekiyor?.....**

**16.Hastaneye yattığınızda ortalama kaç gün hastanede yatarak tedavi görüyorsunuz?.....**

**17.Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?**

- |         |          |
|---------|----------|
| 1. Evet | 2. Hayır |
|---------|----------|

**18.Ailenle ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?**

- |        |         |         |
|--------|---------|---------|
| 1. İyi | 2. Orta | 3. Kötü |
|--------|---------|---------|

**19. Hastalığınızın bakımında aileniz sizi destekliyor mu?**

- |              |          |                 |
|--------------|----------|-----------------|
| 1. Her zaman | 2. Bazen | 3. Hiçbir zaman |
|--------------|----------|-----------------|

**20.Anne-babanızın size karşı tutumunu nasıl buluyorsunuz?**

- |           |             |            |              |
|-----------|-------------|------------|--------------|
| 1.İlgisiz | 2. Otoriter | 3.Koruyucu | 4.Demokratik |
|-----------|-------------|------------|--------------|

**21.Duygularınızı kolayca ifade edebildiğinizi düşünüyor musunuz?**

- |        |         |
|--------|---------|
| 1.Evet | 2.Hayır |
|--------|---------|

## EK-5. ANNE BABA TUTUM ÖLÇEĞİ (ABTÖ)

Lütfen aşağıdaki sorulara kendi **anne** ve **babanızı** düşünerek dikkatle okuyunuz.

Aşağıdaki durumun anne ve babanızın davranışına ne kadar benzediğini düşünün.

Eğer **TAMAMEN BENZİYORSA** aşağıdaki cümlelerin başındaki kutunun içine **4**;

**BİRAZ BENZİYORSA 3**;

**BENZEMİYORSA 2**;

**HİÇ BENZEMİYORSA 1** yazınız.

- |                          |     |  |
|--------------------------|-----|--|
| <input type="checkbox"/> | 1.  | Herhangi bir sorunum olduğunda, eminim annem ve babam bana yardım ederler.   |
| <input type="checkbox"/> | 2.  | Annem ve babam büyüklerle tartışmamam gerektiğini söylerler.   |
| <input type="checkbox"/> | 3.  | Annem ve babam yaptığım her şeyin en iyisini yapmam için beni zorlarlar.   |
| <input type="checkbox"/> | 4.  | Annem ve babam herhangi bir tartışma sırasında başkalarını kızdırmamak için, susmam gerektiğini söylerler.         |
| <input type="checkbox"/> | 5.  | Annem ve babam bazı konularda “ <b>sen kendin karar ver</b> ” derler.  |
| <input type="checkbox"/> | 6.  | Derslerimden ne zaman düşük not alsam, annem ve babam kızar.   |
| <input type="checkbox"/> | 7.  | Ders çalışırken anlayamadığım bir şey olduğunda, annem ve babam bana yardım ederler.                               |
| <input type="checkbox"/> | 8.  | Annem ve babam kendi görüşlerinin doğru olduğunu bu görüşleri onlarla tartışmamam gerektiğini söylerler.           |
| <input type="checkbox"/> | 9.  | Annem ve babam benden bir şey yapmamı istediklerinde, niçin bunu yapmam gerektiğini de açıklarlar.                 |
| <input type="checkbox"/> | 10. | Annem ve babamla her tartıştığım da bana “ <b>büyüdüğün zaman anlarsın</b> ” derler.                               |
| <input type="checkbox"/> | 11. | Derslerimden düşük not aldığım da, annem ve babam beni daha çok çalışmam için desteklerler.                        |
| <input type="checkbox"/> | 12. | Annem ve babam yapmak istediklerim konusunda kendi kendime karar vermeme izin verirler.                            |
| <input type="checkbox"/> | 13. | Annem ve babam arkadaşlarımı tanırlar.   |
| <input type="checkbox"/> | 14. | Annem ve babam istemedikleri bir şey yaptığım da, bana karşı soğuk davranırlar ve küserler.                        |
| <input type="checkbox"/> | 15. | Annem ve babam sadece benimle konuşmak için zaman ayırırlar.   |
| <input type="checkbox"/> | 16. | Derslerimden düşük notlar aldığım da, annem ve babam öyle davranırlar ki suçluluk duyar ve utanırım.               |
| <input type="checkbox"/> | 17. | Ailemle birlikte hoşça vakit geçiririz.  |
| <input type="checkbox"/> | 18. | Annemi ve babamı kızdıracak bir şey yaptığım da, onlarla birlikte yapmak istediğim şeyleri yapmama izin vermezler. |

Aşağıdaki her ifadenin yanında bulunan kutulardan sadece size uygun olanın içine çarpı(X) işareti koyunuz.

19. Genel olarak annen ve baban okul zamanı hafta içinde gece arkadaşlarıyla bir yere gitmene izin verirler mi?

Evet

Hayır

 7

Eğer cevabınız **Evet** ise, aşağıdaki soruyu cevaplayınız.



Hafta içinde en geç saat kaçta kadar gece dışarıda kalmanıza izin verilir

(Pazartesi-Cuma arası)?

8:00'den önce	6	10:00 – 10:59 arası	3
8:00 – 8:59 arası	5	11:00 ya da daha geç	2
9:00 – 9:59 arası	4	İstediğim saate kadar	1

20. Genel olarak annen ve baban hafta sonları gece arkadaşlarıyla bir yere gitmene izin verirler mi?

**Evet**

**Hayır**

Eğer cevabınız **Evet** ise, aşağıdaki soruyu cevaplayınız.

Haftanın Cuma ya da Cumartesi akşamları en geç saat kaçta kadar gece dışarıda kalmanıza izin verilir .

8:00'den önce	6	10:00 – 10:59 arası	3
8:00 – 8:59 arası	5	11:00 ya da daha geç	2
9:00 – 9:59 arası	4	İstediğim saate kadar	1

Annen ve baban aşağıdakileri öğrenmek için ne kadar çaba gösterirler?

**Hiç çaba göstermez**      **Çok az çaba gösterir**      **Çok çaba gösterir**

21	Eğer gece bir yere gittiysen nereye gittiğini,	1	2	3
22	Boş zamanlarınızda ne yaptığınızı,			
23	Okuldan çıktıktan sonra ne yaptığınızı,			

Annen ve babanın aşağıdakiler hakkında ne kadar bilgileri vardır?

**Bilgileri yoktur**      **Çok az bilgileri vardır**      **Çok bilgileri vardır**

24	Eğer gece bir yere gittiysen nereye gittiğin,	1	2	3
25	Boş zamanlarınızda ne yaptığınızı,			
26	Okuldan çıktıktan sonra nereye gittiğin,			

## EK-6. ÇOCUKLARDA ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (ÇAÖ)

Aşağıda 20 ( yirmi) kısa cümle göreceksiniz. Cümlelerin ifade ettiği durumun size uygunluğunu *sık sık doğru, bazen doğru, yanlış* şeklinde verilen seçeneklerin sadece birini işaretleyerek kendi seçiminizi belirtiniz. Eğer cümlelerin ifade ettiği durumlardan birini seçmekte zorlanıyorsanız, size en çok uyan seçeneği işaretleyiniz. Çünkü her insanın duyguları ile ilgili farklı düşünce ve hisleri vardır. Bu yüzden doğru ya da yanlış cevap yoktur. **Bu cümleler sadece sizin ne düşündüğünüze yöneliktir.**

	Sık sık Yanlış	Bazen Doğru	Bazen Doğru
1. Çoğu zaman iç dünyamda ne hissettiğim konusunda kafam karışıktır.			
2. İç dünyamda neler hissettiğimi anlatmakta zorlanırım.			
3. Bedenimde doktorların bile anlayamadığı şeyler hissederim.			
4. Duygularımı kolaylıkla söyleyebilirim.			
5. Bir problemim olduğunda sadece konuşmaktansa problemin nedenini bulmaya çalışırım.			
6. Keyfim kaçtığımda üzgün, korkmuş yada kızgın olup olmadığımı bilemem.			
7. Bedenimde hissettiğim şeyler beni sık sık şaşırtır.			
8. Bir şeylerin neden olduğunu düşünmek yerine neler olacağını bekleyip görmeyi tercih ederim			
9. Bazen ne hissettiğimi anlatacak kelime bulamam.			
10. İç dünyanızda neler hissettiğinizi anlamak önemlidir.			
11. Başkaları hakkında ne hissettiğimi söylemek benim için zordur.			
12. Çevremdeki insanlar neler hissettiğim konusunda daha çok konuşmam gerektiğini söylüyorlar.			
13. İçimde neler olup bittiğini bilmiyorum.			
14. Çoğu kez neden kızgın olduğumu bilemiyorum.			
15. İnsanlarla onların ne hissettiklerinden ziyade günlük yaşam ile ilgili şeyleri konuşmayı tercih ederim.			
16. Diğer insanların problemleri ile ilgili filmleri izlemektense eğlenceli televizyon programlarını izlemeyi tercih ederim.			
17. Gerçekten ne hissettiğimi en yakın arkadaşıma bile söylemek benim için çok zordur.			
18. Yan yana oturduğum bir insan ile konuşmadığım halde kendimi ona yakın hissedebilirim.			
19. Problemlerim ile ilgili bir şeyler yapmak istediğimde, duygularım hakkında düşünmek bana yardımcı olur.			
20. Bir filmin konusunu anlamaya odaklandığımda filmde daha az keyif alırım.			

**Lütfen bütün cümleleri işaretlediğinizden emin olunuz. Teşekkürler.**

## EK-7. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

### GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ ALINMASI PROTOKOLÜ

13.06.2018

### GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sizi "**Kronik Hastalığı Olan Çocuklarda Anne-Baba Tutumunun Aleksitimi Üzerine Etkisi**" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır.

#### Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Bu çalışma kronik hastalığı olan çocuklarda anne-baba tutumunun aleksitimi üzerine etkisinin tespiti amacıyla yapılacaktır. Bu araştırma, Ekim 2018- Haziran 2019 tarihleri arasında yapılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına sahipsiniz; **bu çalışma herhangi bir cezaya ya da size zarar verecek bir duruma yol açmayacaktır.** Bu araştırma kapsamında herhangi bir ilaç veya tedavi yöntemi uygulanmayacaktır. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da diğer rahatsızlıklarınız için 050610566\*\* numaralı telefondan Edanur TAR' a başvurabilirsiniz. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

#### Gönüllünün:

Adı – Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

#### Velayet veya vesayet altında olanlar için

Adı – Soyadı:

İmzası:

#### Açıklamaları yapan araştırmacının:

Adı- Soyadı: Edanur TAR

İmzası:

## EK-8. HASTANE İZİN YAZISI



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
OSMANİYE VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Osmaniye Devlet Hastanesi

OSMANİYE DEVLET HASTANESİ - OSMANİYE DEVLET  
HASTANESİ  
171020181735 - 39437778 - 774.99 - E.9271



Sayı : 39437778-774.99  
Konu : Uygulama İzni (Edanur TAR)

Sayın EDANUR TAR  
(Rauf Bey Mh. 9580 Sk. no:16/3)  
OSMANİYE

Şahsınız tarafından "Kronik Hastalığı Olan Çocuklarda Anne Baba Tutumunun Aleksitimi Üzerine Etkisi" konulu Yüksek Lisans Tez çalışmanız Sağlık Tesisimizde yapmak istediğinize dair başvurunuz, Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonumuzca değerlendirilmiş ve çalışma yapmanızda bir sakınca görülmemiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Op.Dr.Tamer GÜLSUR  
Başhekim

Güvenli Elektronik İmza  
Aşılı İle Aynıdır  
..10.10.2017  
Ayşe KARADE  
Memur

D-400 KARAYOLU ÜZERİ AKYAR KÖYÜ MEVKİ OSMANİYE DEVLET  
HASTANESİ YAZI İŞLERİ BİRİMİ  
Faks No:03288261219  
e-Posta:gulay.salduz@saglik.gov.tr İnt.Adresi: 03288261200(4408)

Bilgi için:GÜLAY SALDÜZ  
Unvan:SAĞLIK TEKNİKERİ  
Telefon No:03288261200

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d718d3f0-6659-4458-8142-bf784862744b kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

# EK-9. OSMANİYE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI

Evrak Tarih ve Sayısı: 08/10/2018-5702



T.C.  
OSMANİYE VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 19694131-774.99  
Konu : Edanur TAR' ın Uygulama İzni

OSMANİYE KORKUT ATA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : Edanur TAR' ın 14/09/2018 tarihli ve 14126 sayılı dilekçesi.

İlgi tarihli ve sayılı dilekçeye istinaden; Kurumunuzda görevli Edanur TAR' ın Müdürlüğümüze bağlı Osmaniye Devlet Hastanesi bünyesinde "Kronik Hastalığı Olan Çocuklarda Anne Baba Tutumunun Aleksitimi Üzerine Etkisi" konulu Yüksek Lisans Tez çalışması yapmak istediğine dair başvurusu Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonumuzca değerlendirilmiş ve çalışma yapmasında bir sakınca görülmemiştir. Konu ile ilgili imzalanan Komisyon Kararı yazımız ekinde gönderilmiştir. Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Dr.Hasan ÖZNAVRUZ  
İl Sağlık Müdürü

EK:  
1-Komisyon Kararı (1 Sayfa)

Güvenli Elektronik İmza  
Aşıl ile Aynıdır.  
08/10/2018

Osmaniye Valilik Binası İl Sağlık Müdürlüğü Personel ve Destek Hizmetleri  
Başkanlığı Eğitim ve ARGE Birimi Merkez/Osmaniye  
Faks No:826 54 94.

Bilgi için:ERCAN KAYA

Unvan:MEMUR

e-Posta:Ercan.Kaya2@saglik.gov.tr İnt.Adresi: osmaniye.egitsb@saglik.gov.tr

Telefon No:03288261163 Dahili No: 2277

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8dd9a6a2-e510-4b7e-bf26-4308754820a8 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

KOMİSYON KARARI

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı öğrencisi Edanur TAR' ın Müdürlüğümüze bağlı Osmaniye Devlet Hastanesi bünyesinde "Kronik Hastalığı Olan Çocuklarda Anne Baba Tutumunun Aleksitimi Üzerine Etkisi" başlıklı Yüksek Lisans Tez çalışması için araştırma yapmak istediğine dair başvurusu Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu tarafından uygun görülmüştür.

Op.Dr. Güney Cem BÜLBÜLOĞLU  
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Op.Dr. Fazlı ASLAN  
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkan Yardımcısı

Abdulkadir TAŞKENTİMUR  
Personel ve Destek Hizmetleri  
Başkan Yardımcısı

Sevda YALÇIN  
Uzman

ONAY  
19.03/2018  
Dr. Hasan ÇZNAVRUZ  
İl Sağlık Müdürü