

T.C.

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS

**TİP I DİYABET HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLAR VE ANNELERİNİN
ALGILARINDAKİ KABUL RED DÜZEYLERİ İLE SAĞLIKLI ÇOCUKLAR VE
ANNELERİNİN KABUL RED DÜZEYLERİNİ KARŞILAŞTIRARAK YORDAYICI
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

EROL KURT

GAZİANTEP – 2016

T.C.

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS

**TİP I DİYABET HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLAR VE ANNELERİNİN
ALGILARINDAKİ KABUL RED DÜZEYLERİ İLE SAĞLIKLI ÇOCUKLAR VE
ANNELERİNİN KABUL RED DÜZEYLERİNİ KARŞILAŞTIRARAK YORDAYICI
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

EROL KURT

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. ŞAZİYE SENEM BAŞGÜL

GAZİANTEP – 2016

KABUL VE ONAY

Erol KURT tarafından hazırlanan “Tip IDiyabet Hastalığı olan Çocuklar ve Annelerinin Algılarındaki Kabul Red Düzeyleri İle Sağlıklı Çocuklar veAnnelerinin Kabul Red Düzeylerini Karşılaştırarak Yordayıcı Etkisinin İncelenmesi” başlıklı bu çalışma.....tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans olarak kabul edilmiştir.

..... (Başkan)

..... (Üye)

..... (Üye)

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Tip 1 Diyabet Hastalığının Çocuklar ve Annelerinin Algılarındaki Kabul Red Düzeyleri İle Sağlıklı Çocuk Annelerinin Kabul Red Düzeylerini Karşılaştırarak Yordayıcı Etkisinin İncelenmesi” başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım...../...../.....

Erol KURT

ÖNSÖZ

Bu Tezi hazırlama sürecimde bilgi ve deneyimlerini içtenlikle paylaşan, bana yol gösteren, süreç içerisinde motivasyonumu arttırıcı desteği için Tez Danışmanım Sayın Doc. Dr. Şaziye Senem BAŞGÜL'e çok teşekkür ederim.

Tezin hazırlanma sürecinde, istatistik bulguların değerlendirilmesinde ve aynı zamanda anket formlarının uygulama sürecindeki desteği için Psikolog Erhan ATEŞ, Psikolog Elif KURTULUŞ ve Cengiz Gökcek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Diyabet Hemşirelerine teşekkür ederim. Destekleriyle Beni motive eden arkadaşlarım Uzm Dr. Yasemin KİBAR, Dr. Mustafa POLAT, Dr. Selahattin AVCI, Dr. Orhan BALYEMEZ ve Hemşire Zeynep ACİNIKLI BİNİCİ'ye teşekkür ederim.

Ayrıca tezimin yapılanma aşamasında ve tüm yaşamım boyunca desteklerini hiç esirgemeyen sevgili annem Hatice KURT ve canım babam Halil KURT ile kardeşim Ayşe Gülcan KURT'a sonsuz teşekkür ederim.

Tezimi sevgili eşim Zeynep KURT ve yeni doğan oğlum Mustafa Buğra KURT'a adıyorum.

Erol KURT

Gaziantep, 2016

ÖZET

Bu çalışma, Tip I Diyabet tanısı almış çocuklar ve annelerinin ebeveyn kabul-red algılarının diyabet tanısına ilişkin anlamlı bir fark gösterip göstermediğini tespit edebilmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışma için Tip I diyabet tanısı almayan çocuklar ve annelerinden oluşan sağlıklı grup oluşturularak, iki grubun arasındaki farklılıklar karşılaştırılmıştır. Araştırma için Gaziantep ilinde bulunan bir devlet hastanesi polikliniğine tedavi için gelen 8-15 yaş arası tip 1 diyabet tanısı almış çocuk ve anneleri ile 8-15 yaş arası herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan çocuklar ve annelerinden seçilmiştir. Araştırmaya katılan 52 Tip I diyabet tanısı alan çocuk, 52 anne; 52 tanı almayan çocuk ve anneleri bulunmaktadır.

Araştırmada, Ebeveyn-Kabul Red algısını ölçmek için “Ebeveyn Kabul-Red Ölçeği Anne ve Çocuk Formları” kullanılmıştır. Ayrıca, Tip I diyabet tanısı alan gruba ve sağlıklı gruba kişisel ve klinik değişkenleri ölçmek amacıyla anne tarafından doldurulan bir “Kişisel ve Demografik Bilgi Formu” verilmiştir. Annelerin bilgilendirilmiş onamı doğrultusunda hem anne hem de çocukların verileri karşılaştırılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre gruplar arasında ebeveyn kabul red algısı tanı alan ve tanı almayan çocuklar arasında ebeveyn kabul-red boyutları arasındaki “Sıcaklık/Duygulanım”, “Farklılaşmamış Red” ve anne formundaki “Farklılaşmamış Red” boyutlarının anlamlı ölçüde daha farklı olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda, tanı almayan çocukların ters puanlanan Sıcaklık/Duygulanım alt boyutu ve Farklılaşmamış Red alt boyutu anlamlı düzeyde yüksektir. Tanı alan çocukların algıladıkları reddedici tutum tanı almayanlara göre daha fazla bulunmuştur. Bununla birlikte, annelerin ebeveyn tutum algısı anlamında “Farklılaşmamış Red” boyutunun tanı alan çocukların annelerinde tanı almayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tanı alan ve tanı almayan çocukların ve annelerin Ebeveyn Kabul-Red boyutları arasındaki korelasyon analizine göre tanı alan gruptaki çocukların alt boyut skorlarının annelerin alt boyut skorları ile tanı almayan grup ile karşılaştırıldığında olumsuz ve anlamlı ilişkisi olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda, çocukların kronik hastalıkları sebebiyle söz konusu olabileceği düşünülen duygusal, psikolojik ve sosyal sonuçların ebeveyn tutum algısına etkisi olabileceği düşünülmektedir. Çocukların algıladıkları reddedici tutum, annelerinin belirttiği algılanan ebeveyn tutumuna göre daha fazla bulunmuştur.

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda, kronik hastalık tanısı konulmuş çocuk ve ergenlerin iyilik hali ve işlevselliğini sağlamak ve ailelerin bu noktada daha etkin bir tutum sergileyebilmeleri bakımından sağlanabilecek desteklerin yapılandırılması hususunda katkı sağlayabilecek bulgular elde edildiği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Tip I Diyabet, Ebeveyn Tutumu, Ebeveyn Kabul-Red



ABSTRACT

This study aims to examine the differences in the perceptions of parental acceptance and rejection between children diagnosed as having Type I Diabetes and their mothers and healthy control group with no diagnosis. The research mainly focused on significant differences regarding children's and their mothers' perceptions about parental acceptance and rejection by comparing clinical and nonclinical samples. Children who are currently in treatment process in Gaziantep a Hospital were recruited for this study. Besides, healthy control group were randomly selected in Gaziantep. There are 52 children with Type I Diabetes dianosis and 52 mothers, 52 healthy children and 52 mothers.

For data collection about measuring parental acceptance and rejection, "Parental Acceptance-Rejection Questionnaire (PARQ) Children and Mother Forms were used. Also, different demographic and personal information forms were provided to mothers of each group. With the informed consent of the mothers, children's and mothers' answers were compared and analyzed for the study.

Based on the results, significant differences were found among clinical and nonclinical groups regarding dimensions of parental acceptance and rejection including children's warmth/affection and undifferentiated rejection. The scores obtained from clinical group in these subscales were found as significantly higher than healthy control group. Besides, mothers' perceptions regarding undifferentiated rejection was also found as significantly higher than healthy control groups. These results implies that the scores indicating parental rejection were observed in clinical group with different subscales.

Another finding indicating the relationship among dimensions of parental acceptance and rejection also demonstrated that the childrens' scores were negatively and significantly correlated with their mothers' scores in clinical group. This may explain the changes in children's perception about their parents' acceptance and rejection due to their health conditions. The scores that the children and mothers reported were found as different and negatively correlated. Mothers reported lower scores in the scales as compared to their children in clinical group.

The study is important with the findings, because of the improving effective support and education for families and children with chronic diseases. The findings may be contributive in terms of structing efficient and beneficial programs for the families and children in order to maintain well-being and functionality.

Key words: Type I Diabetes, Parental Acceptance-Rejection, Parenting, Children



İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ	x
BİRİNCİ BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1. Problem Durumu	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Önemi	3
1.4. Problem Cümlesi	4
1.5. Araştırmanın Alt Problemleri	4
1.6. Araştırmanın Sayıltıları	4
1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
1.8. Araştırmaya İlişkin Tanımlar	5
İKİNCİ BÖLÜM	6
GENEL BİLGİLER	6
2.1. Diabetes Mellitus Tanımı	6
2.1.1. Diyabetin Sınıflandırılması	7
2.2. Çocuk ve Ergenlerde Diyabet	8
2.3. Çocukluk ve Ergenlik Dönemi Genel Özellikleri	9
2.4. Ebeveyn Kabul Red Kuramı	11
2.5. Çocuklar ve Ergenlerde Tip I Diyabet Kapsamında Yapılan Çalışmalar	13
2.6. Ebeveyn Kabul-Red Kuramı Kapsamında Yapılan Çalışmalar	16
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	18
YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Modeli	18
3.2. Evren ve Örneklem	18
3.3. Veri Toplama Araçları	19
3.4. Araştırma Soruları ve Hipotezler	21
3.5. Araştırmanın İşlem Yolu	22
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	23
BULGULAR	23
4.1. Sosyodemografik ve Kişisel Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri	23

4.2. Ebeveyn Kabul-Red Puanlarının Kişisel ve Demografik Değişkenler ile Karşılaştırılması	32
4.4. Tanı Almayan ve Tip 1 Diyabet Tanısı Almış Grupların Ebeveyn Kabul-Red Puanlarının Karşılaştırılması	52
4.5. Tanı Almayan Sağlıklı Grub ve Tip-1 Diyabet Tanısı Almış Klinik Grubun Ebeveyn Kabul-Red Boyutlarının Korelasyon Analizi	53
BEŞİNCİ BÖLÜM	57
TARTIŞMA	57
5.1. Demografik ve Klinik Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması	57
5.2. Anne ve Çocuklar Tarafından Algılanan Ebeveyn Kabul Reddi Bulgularının Tartışılması	59
5.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	60
5.4. Yeni Çalışmalar için Öneriler	61
5.5. Sonuç	61
KAYNAKÇA	63
EKLER	68
EK-1. ETİK KURUL ONAYI	68
EK-2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	69
EK-3. KİŞİSEL VE DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	70
EK-4. EBEVEYN KABUL-RED ÖLÇEĞİ (EKRÖ) ÇOCUK FORMU	74
EBEVEYN KABUL-RED ÖLÇEĞİ (EKRÖ): ANNE – ÇOCUK FORMU (KISA)	74
EK-5. EBEVEYN KABUL-RED ÖLÇEĞİ (EKRÖ) ANNE FORMU	77
EBEVEYN KABUL-RED ÖLÇEĞİ (EKRÖ): ANNE – ÇOCUK FORMU (KISA)	77

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Tip-1 Diyabet Tanısı Almış Katılımcıların Kişisel ve Demografik Değişkenlerinin Betimleyici İstatistikleri	23
Tablo 2. Herhangi bir Tanı Almamış Katılımcıların Kişisel ve Demografik Değişkenlerinin Betimleyici İstatistikleri	25
Tablo 3. Çocuk Sayısının Klinik ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması.....	27
Tablo 4. Çocuk Cinsiyetinin Klinik ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması	28
Tablo 5. Çocuk Yaşının Klinik ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması	28
Tablo 6. Ölçüm Uygulanan Kaçınıcı Çocuk Değişkeninin Klinik ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması.....	29
Tablo 7. İkamet Edilen Yer Değişkeninin Klinik ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması	29
Tablo 8. Annenin Medeni Hali Değişkeninin Klinik ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması	29
Tablo 9. Annenin Mesleği Değişkeninin Klinik ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması	30
Tablo 10. Anne Eğitim Düzeyinin Klinik ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması	30
Tablo 11. Eş Eğitim Düzeyi Değişkeninin Klinik ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması	31
Tablo 12. Sosyal Güvence Değişkeninin Klinik ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması.....	31
Tablo 13. Gelir Düzeyinin Klinik ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması	31
Tablo 14. Anne Yaş Dağılımının Klinik ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması.....	32
Tablo 15. Sağlıklı Grubun Çocuk Sayısı ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 16. Sağlıklı Grubun Çocuk Cinsiyeti ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması	33
Tablo 17. Sağlıklı Grubun Çocuk Yaşı ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması	34
Tablo 18. Sağlıklı Grubun Kaçınıcı Çocuk Değişkeni ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 19. Sağlıklı Grubun Yaşadığı Yer ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 20. Sağlıklı Grubun Anne Medeni Hali ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması	36
Tablo 21. Sağlıklı Grubun Anne Mesleği ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması	37
Tablo 22. Sağlıklı Grubun Anne Eğitim Düzeyi ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 23. Sağlıklı Grubun Eş Eğitim Düzeyi ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 24. Sağlıklı Grubun Sosyal Güvence ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 25. Sağlıklı Grubun Gelir Düzeyi ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 26. Sağlıklı Grubun Çocuk Başarı Düzeyi ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 27. Sağlıklı Grubun Düzenli İlaç Kullanımı ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması ...	40

Tablo 28. Sağlıklı Grubun Anne Yaş Dağılımı ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması	41
Tablo 29. Klinik Grubun Çocuk Cinsiyet ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması	42
Tablo 30. Klinik Grubun Çocuk Sayısı ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması	42
Tablo 31. Klinik Grubun Çocuk Yaşı ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması	43
Tablo 32. Klinik Grubun Kaçınıcı Çocuk ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması	44
Tablo 33. Klinik Grubun Yaşadığı Yer ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması	45
Tablo 34. Klinik Grubun Anne Medeni Hali ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması	45
Tablo 35. Klinik Grubun Anne Mesleği ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 36. Klinik Grubun Anne Eğitim Düzeyi ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 37. Klinik Grubun Eş Eğitim Düzeyi ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 38. Klinik Grubun Sosyal Güvenlik ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 39. Klinik Grubun Gelir Düzeyi ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 40. Klinik Grubun Çocuğun Başarı Düzeyi ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 41. Klinik Grubun Devamsızlık ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması	50
Tablo 42. Klinik Grubun Düzenli İlaç Kullanımı ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması	50
Tablo 43. Klinik Grubun Anne Yaş Dağılımı ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması	51
Tablo 44. Tanı Almayan ve Tip 1 Diyabet Tanısı Almış Grupların Ebeveyn Kabul-Red Puanlarının Karşılaştırılması	52
Tablo 45. Tanı Almayan ve Sağlıklı Grubun Ebeveyn Kabul-Red Boyutlarının Korelasyon Analizi	53
Tablo 46. Tip-1 Diyabet Tanısı Almış Klinik Grubun Ebeveyn Kabul-Red Boyutlarının Korelasyon Analizi	54

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1.Problem Durumu

Gelişim aşamalarının hemen hemen her döneminde görülebilen hastalıklar bireylerin hem fiziksel hem duygusal hem sosyal anlamda etkilenebileceği düzeyde seyredabilmektedir. Kişilerin iyilik hali, hem fiziksel sağlık hem de duygusal ve psikolojik sağlık anlamında iyi olması olarak tanımlanırken, kişilerin hayatları boyunca karşılaştıkları hastalıklar ve sahip oldukları imkânların onları ayrıca psikolojik açıdan etkilediği düşünülmektedir (Causino & Hazen, 2013). Özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde hastalıkların görülmesi hem çocuk hem de ergenler için ciddi etkiler bırakabilecek düzeyde olabilmektedir. Gelişim düzeyi, hastalığın düzeyi ve çevresel koşullar işlevselliği etkileyerek bir stres faktörü oluşturabilmektedir (Hullman ve ark, 2010).

Kronik rahatsızlıklar kişilerin işlevselliğini büyük ölçüde etkileyebilecek düzeyde olup, toplumda yaygın olarak görülen ve sürekliliği söz konusu olan rahatsızlıklar olarak tanımlanır. Kronik rahatsızlıklar sebebiyle kişilerin okul ve iş hayatı sekteye uğrayabilmekte sosyal ve psikolojik anlamda olumsuz durumlara sebebiyet verebilmektedir. Bu yüzden, bu alandaki çalışmaların kişilerin kronik hastalıkları söz konusu olduğu durumdaki duygusal, sosyal ve psikolojik iyilik halini anlamak anlamında önem teşkil etmektedir (Causino & Hazen, 2013).

Diyabet (diabetes mellitus) toplumda her yaştan bireyde görülebilen ve yaygınlığı yüksek olan kronik bir rahatsızlıktır. Özellikle dünyada yaygınlığının artması bu hastalığa ilişkin odağın artmasına yol açmıştır. Söz konusu kronik rahatsızlık ile yapılan çalışmalar koruyucu ve önleyici en etkin yöntemlerin ne olduğunu tespit edebilmeyi hedeflemektedir. Bununla birlikte, diyabet ile mücadele eden bireylerin iyilik hali ve işlevselliği araştırmalarda yer almış konular arasında yer almaktadır. Tip-1 Diyabet olarak belirtilen ve genç tip diyabet olarak da adlandırılan diyabet türü gençlerde ve çocuklarda görülen diyabet türüdür. Tip-2 diyabet ise yetişkin diyabet olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmada araştırmanın örneklemini oluşturan bireyler Tip-1 diyabet tanısı konulmuş çocuklar ve onların bakımından sorumlu olan anneleridir (Sparapani, Jacob, & Nascimento, 2015) .

Aile olmanın temelinde çocuk sahibi olmak, çocuğun aile içerisinde sağlıklı bir biçimde yetiştirilmesi ve topluma kazandırılması yer almaktadır. Ebeveynlerin evliliklerini

çocuk sahibi olarak bir aile kurma ve nesillerini devam ettirme ile taçlandırması sonraki aşamada ise çocuklarının duygusal, psikolojik, fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarını karşılama sorumlulukları gelmektedir. Bu doğrultuda, çocukta görülebilecek kronik bir rahatsızlık, gelişimsel problemler veya psikiyatrik rahatsızlıklar tüm aile bireylerini etkileyebilecek düzeyde stres faktörü oluşturmaktadır (Streisand ve ark, 2005).

Ebeveynlerin, çocuklarının kronik rahatsızlık teşhisi konulması sürecinde deneyimleri travmatik ve kayıp veya yas sürecindeki duygusal ve psikolojik süreçler ile benzerlik gösterebilmektedir. Bu bağlamda, diyabetli çocuğun içinde bulunduğu duruma birebir tanıklık eden kişiler ebeveynleri olmaktadır. Çocuğun sağlık problemleri sebebiyle yaşadığı sıkıntılara şahit olan ebeveynler için de süreç zorlayıcı olmaktadır. Özellikle toplumumuzda çocuğun bakımını üstlenen annelerin bu duruma tanıklık ettiği düşünülmektedir (Khanna ve ark, 2015).

Bu çalışmada, hem annelerin hem de Tip-1 diyabet tanısı almış çocukların psikososyal işlevselliği hakkında bilgi verebileceği düşünülen ebeveyn tutumu ve çocuğun algıladığı ebeveyn tutumu arasında farklılık olup olmadığı, annelerin kabullenici ya da reddedici tutumda olup olmadığı, çocukların algıladıkları ebeveyn tutumunun kabullenici ya da reddedici olup olmadığı incelenmiştir. Ayrıca, bu durumun Tip-1 diyabet tanısı almış çocuklar ve annelerinin diyabet tanısı almamış sağlıklı grupla karşılaştırılmasının yapılması, ebeveyn tutumu ve algılanan ebeveyn tutumunun diyabet tanısı ile ilişkisi olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte, bireylerin kişisel ve klinik değişkenleri çalışmada incelenerek araştırmanın kapsamında ebeveyn kabul-red kavramı ele alınmıştır.

1.2.Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, Tip-1 diyabet tanısı almış çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu ve annelerinin bildirdiği ebeveyn tutumu arasında anlamlı fark olup olmadığını tespit edebilmek ve kişisel değişkenlerin ebeveyn tutumu ile ilişkisi olup olmadığını incelemektir. Ebeveyn tutumu ve algılanan ebeveyn tutumunun diyabet tanısı alan diyabet tanısı almayan sağlıklı grup ile karşılaştırılması, kronik rahatsızlıkların hem anne hem çocuk için ebeveyn tutumu anlamında anlamlı bir fark oluşturup oluşturmadığını tespit edebilmek için yapılan incelemeler arasında yer almaktadır. Bununla birlikte hem tanı alan hem de diyabet tanısı almayan grubun ebeveyn tutumu ve çocuğun algıladığı ebeveyn tutumunun kişisel ve klinik değişkenler ile anlamlı ilişkisi olup olmadığını incelemek araştırmanın amaçları arasında yer almaktadır. Ayrıca ebeveyn tutumu boyutlarının anne ve çocuk için anlamlı ilişkili olup olmadığını incelemek amaçlanmıştır.

1.3.Araştırmanın Önemi

Daha önceki dönemlerde, diyabetin tedavi edilemez bir rahatsızlık olduğu görüşü hâkimdi; fakat bu alanda yapılan çalışmalar, diyabetin kontrol edilebilen ve kişinin hayatını belli noktalarda yeniden yapılandırması ile işlevselliğini sürdürebilecek düzeyde olduğu görüşündedir. Örneğin, kan şekeri ile ilgili dengesizliklerin olmasının kişinin hayatını olumsuz yönde etkilemesi adına beslenme programı ve uygun tedavilerin kişilerin günlük hayatını etkin bir biçimde sürdürebilmesini sağlamaktadır. Bununla birlikte, günümüzde genç diyabet olarak adlandırılan Tip-1 diyabet tanısı konulmuş ve hastanelerde yataklı tedavi sürecinde olan çocuk ve ergenlerin sayısı giderek artmaktadır. Bu durumun sebebi olarak hayat koşulları, hamilelikte beslenme ve genetik faktörün rol oynadığı düşünülmektedir.

Diyabet, kişilerin hayatını kan şekerinin dengesini sürdürebilme üzerine yapılandırması gereken kontrollü bir süreci barındırmaktadır. Beslenme alışkanlıkları, ideal kilonun korunması, sigara, alkol ve madde kullanımının olmaması, ilaçla kontrolün sağlanması gibi durumlara özen gösterilmesi gereken kronik bir rahatsızlıktır. Fiziksel etkilerinin yanı sıra, kişiler için sosyal ve psikolojik anlamda yük olabilecek işlev sorunlarını beraberinde getiren bir rahatsızlık olan diyabet, rahatsızlığı olan kişinin yakın çevresini de etkilemektedir.

Hem diyabetli birey hem de ailesi için sürecin daha kolay olmasını sağlayabilmek adına yapılabilecek önleyici ve destekleyici çalışmaların, iyilik hali için önemli unsurlar olarak görülebilecek psikososyal değişkenlerin incelenmesi ile sağlanabileceği düşünülmektedir. Hem diyabetli birey hem de ailesinin ebeveyn tutumuna ilişkin görüşlerinin bu anlamda katkı sağlayabilecek bilgiler sunacağı öngörülmektedir. Bu yüzden, yapılan çalışmada elde edilen kişisel, klinik ve araştırma değişkenlerine ilişkin bulguların ilerleyen dönemlerde yapılacak çalışmalarda ve planlamalarda hem aileler hem de çocukların ihtiyaçlarını karşılaması anlamında önem teşkil etmektedir.

Diyabetli bireylerin ve ailelerinin bu süreci daha iyi bir biçimde geçirebilmeleri için hastalık ile ilgili gerekli bilgilere sahip olmalı ve o doğrultuda önlemler alarak çocuğun yaşam kalitesi arttırılmalıdır. Bununla birlikte uyum sağlama anlamında etkin iletişimin ve etkin ebeveyn tutumunun sergilenmesi çocuğun bu süreci bir anlamda daha az stresle geçirebilmesi anlamında önemlidir. Kronik bir rahatsızlık olan diyabetin hayat boyu kontrol gerektiren bir durum olması sebebiyle çocukların hayatları boyunca daha sağlıklı hissedebilmesi için ebeveyn tutumunun önemi oldukça fazladır. Bu doğrultuda, çalışmanın kapsamı bu unsurlarının önemi göz önünde bulundurularak yapılandırılmıştır.

1.4.Problem Cümlesi

Araştırmanın problem cümlesi: “Tip-1 diyabet tanısı konulmuş çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu ve onların bakımını üstlenen annelerinin ebeveyn tutumu, tanı almamış sağlıklı grup ile anlamlı düzeyde farklılık göstermekte midir?

1.5.Araştırmanın Alt Problemleri

1. Tip 1 Diyabet Tanısı almış çocuklar ve Sağlıklı Grup arasında Demografik Bilgiler açısından farklılık var mıdır?
2. Tip 1 Diyabet tanısı almış çocukların algıladıkları anne ebeveyn tutumu tanı almamış sağlıklı grubun algıladığı anne ebeveyn tutumu ile arasında anlamlı farklılık var mıdır?
3. Tip 1 Diyabet tanısı alan çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu ve annelerinin algıladıkları kendi tutumları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
4. Tip 1 Diyabet tanısı alan çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu ve annelerinin algıladıkları kendi tutumları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
5. Sağlıklı kontrol grubundaki çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu ile annelerinin bildirdiği ebeveyn tutumu arasında anlamlı bir fark bulunmakta mıdır?

1.6. Araştırmanın Sayıtları

Araştırmacı tarafından öngörülen araştırma varsayımları aşağıdaki gibidir:

1. Araştırmada katılımcıların uygulanan ölçüm araçlarına vermiş oldukları yanıtların kendileri için doğru yanıtlar olduğu varsayılmaktadır
2. Araştırma değişkenlerini ölçmek amacıyla belirlenmiş ölçüm araçlarının araştırma değişkenlerini ölçmek için uygun ve güvenilir araçlar olduğu varsayılmaktadır.
3. Araştırma değişkenlerini incelerken kullanılan istatistiksel yöntemlerin araştırma soruları ve hipotezleri yanıtlamak için doğru yöntemler olduğu varsayılmaktadır.

1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Bu araştırma Gaziantep ilindeki diyabet tanısı konulmuş çocuklar ve anneleri ile sınırlandırılmıştır. Araştırmada klinik gruptan elde edilen bilgiler bu bireylerden alınanlar doğrultusunda kısıtlıdır.
2. Katılımcıların kişisel ve klinik özelliklere dair sunduğu bilgiler araştırmacı tarafından verilen formdaki maddeler ile sınırlandırılmıştır.

3. Çocukların algıladığı ebeveyn tutumu ve annelerin bildirdiği ebeveyn tutumu, araştırmacı tarafından belirlenen “Ebeveyn Kabul-Red Ölçeği” maddeleri ile sınırlandırılmıştır.
4. Araştırmada elde edilen bulgular, belirlenen form ve ölçeklerin güvenirliği ve geçerliği ile sınırlıdır.

1.8. Araştırmaya İlişkin Tanımlar

Tip-1 Diyabet: Tip 1 diyabet, insülin üretiminin olmaması halinde görülen kronik bir rahatsızlıktır. Gençlik diyabeti olarak da adlandırılır ve çocukluk döneminde görülmektedir (American Diabetes Association, 2000).

Tip-2 Diyabet: Tip 2 diyabet gençlik diyabetinden farklı olarak kandaki insülinin kısıtlı olması halinde görülen bir kronik rahatsızlıktır. İlaç tedavisi ise insülin üretimi sağlanabilmektedir. Yetişkinlik döneminde görülen diyabet türü olsa da günümüzde çocukluk ve gençlik çağında da görülmektedir (American Diabetes Association, 2000).

Ebeveyn Kabul-Reddi: Rohner (1986) tarafından “Ebeveyn Kabul-Red Teorisi” başlığı altında çocuk veya yetişkinlerin ebeveynlerinin tutumlarına dair algıladıkları reddedici veya kabullenici tutumların olması şeklinde tanımlanır. Ebeveyn kabul-reddi ebeveynlerin kendi tutumları ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumları hakkında sıcaklık/duygulanım, düşmanlık/saldırganlık, umursamazlık/ihtimal ve farklılaşmamış red boyutları kapsamında değerlendirilmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Diabetes Mellitus Tanımı

Diabetes Mellitus (Diyabet veya halk arasında bilinen adı ile şeker hastalığı) dünyada yüksek oranda yaygınlığa sahip ve yer yaşıta görülebilen endokrinolojik bir rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır. Diyabete ilişkin ilk tanı kriterleri antik çağlarda belirlenmiş olup, Hipokrat tarafından kişilerin iştahı, idrara çıkma sıklığı ve idrarın tatlı olması gibi işaretler ile tanı kriterleri en basit hali ile belirlenmiştir (Juvenile Diabetes Research, 2016).

Diyabet, pankreasta salgılanan insülin hormonunun eksik olması, hiç salgılanmaması veya organların insülin direnci göstermesi durumu sonucunda görülen şeker yüksekliği hali ile kendisini göstermektedir. Diyabet tanısı klinik belirtiler, tahlil tetkiklerde tespit edilebilmektedir. Diyabetin klasik klinik belirtileri ise aşağıda belirtilmiştir:

- Ağız kuruluğu
- Sık idrara çıkma
- Aşırı su tüketme
- Aşırı yemek yeme
- Yorgunluk ve halsizlik
- Uyku hali
- Duygusal tutarsızlık
- Kilo değişimleri

Diyabetin yaygın olarak belirtileri şeklinde ifade edilmiştir (Darcın & Gökçen, 2003)

Diyabet tedavisi, insülin tedavisi, izlem, beslenme planı, fiziksel aktivite gibi temel süreçleri kapsamaktadır. Bununla birlikte, beslenme, izlem, insülin tedavisi ve egzersiz bir arada kullanılarak denge sağlamak hedeflenebilir. Ayrıca, diyabet tanısı konulmuş kişiler ve yakınları için diyabetin günlük hayat işlevselliğini en az şekilde etkilemesi adına yapmaları gerekenleri öğretmek amacıyla eğitimler sağlamak, diyabet tanısı almış kişiler ve aileleri için danışmanlık sağlama gibi yöntemler tedavi sürecinde yer almaktadır (Streisand ve ark, 2015). Diyabet, hayat boyu devam eden ve hem kişiler için hem de yakın çevresi için zorlayıcı olabilen kronik bir rahatsızlıktır. Kişileri hem fiziksel, hem duygusal, hem psikolojik açıdan etkileyebilen bu durum ayrıca kişilerin özveride bulunmasını gerektirmekte ve durumun getirdiği koşullara göre hayatı yeniden düzenlemeyi ve işlevselliği sürdürmeyi

gerektirmektedir. Bu bağlamda kişiler için zorlayıcı olabilecek bu rahatsızlığın kişiler için yük oluşturduğu düşünülmektedir (Khanna ve ark, 2015; Shaji Thomas ve ark, 2016).

2.1.1. Diyabetin Sınıflandırılması

Diyabet, görüldüğü döneme ve insülin salgılanması durumuna ilişkin iki tip olarak sınıflandırılmıştır.

Tip I Diyabet: Tip I diyabet, kişilerin insülin tedavisi görmesini gerektiren ve insülin salgılanmasının söz konusu olmadığı diyabet türüdür. Çocukluk ve gençlik döneminde yaygın olarak görülmektedir. İnsülin salgılanmaması sebebiyle dışardan insülin takviyesinin zorunlu olduğu bu diyabet türü dünyada çocuklar ve gençler arasında yaygınlığı fazla olan kronik bir rahatsızlıktır.

Prevalansı incelendiğinde, yapılan çalışmalar neticesinde her yıl ortalama 3 binde bir olmak üzere diyabet tanısı konulduğu görülmektedir. Dünya nüfusun %6'sının diyabetle yaşadığı ve bu sayının ilerleyen dönemlerde artma ihtimalinin söz konusu olduğu Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından öngörülmektedir (WHO, 2016).

Kronik bir rahatsızlık olması sebebiyle Tip I diyabetin kişiler için oluşturabileceği güç durumları önleyebilmek anlamında eğitim ve desteğin sağlanması, sağlanan destek ile birlikte kişilerin işlevselliğini sürdürebilecek düzeyde hayatına devam edebilmesi hedeflenmelidir (Monaghan ve ark, 2015).

Tip II Diyabet: Tip II diyabet, kişilerde yeterli miktarda olmasa da insülin salgılanmasının söz konusu olduğu diyabet türü olarak tanımlanır. Bu diyabet türünde kişiler için insülin tedavi zorunluluk halinde değildir. Yetişkinlik evresinde daha çok görülmektedir; fakat günümüzde çocuk ve gençlerde de görülme sıklığı artmıştır. Tip II diyabet, özellikle genetik faktörler, aşırı kiloluluk, obezite, yaş, cinsiyet gibi kişisel faktörler çerçevesinde de kendisini gösterebilen bir rahatsızlıktır (Fagot-Campagna, Burrows, & Williamson, 1999).

Tip II diyabet, uygun beslenme ve egzersiz programı ile kontrol altına alınabilecek düzeyde olan diyabet türüdür. Hem Tip I hem Tip II için hastanın kontrollü olması gerekliliği söz konusudur. Kişinin günlük hayatı içerisinde beslenme, uyku, egzersiz gibi alışkanlıkları arasında denge sağlaması önem arz etmektedir (American Diabetes Association, 2000).

Tip I diyabette çocuk ve ergenler için süreç daha zorlayıcı olabilmekle birlikte, insülin takviyesi alan çocuklar için hem kendileri hem de aileleri tarafından kontrolün sağlanması gerekliliği söz konusudur. Özellikle çocuk ve gençlerin bu anlamda aileden yeterli desteği

görememesi durumunda hem fiziksel, hem duygusal hem de psikolojik ihtiyaçlarının tam manasıyla karşılanamaması riski bulunmaktadır. Tip I diyabet, diyabet tanısı konulmuş hastaların dağılımına bakıldığında %10'luk yüzdeyi kapsamaktadır. Tip I diyabet özellikle beş yaşının altındaki çocuklarda tanı konulma oranı giderek artan kronik bir rahatsızlık haline gelmiştir. Vakaların büyük bir çoğunluğu, yaklaşık %70 oranının 5 yaş ve altında tanısının konulduğu görülmektedir (Kaufman, Gallivan, & Warren Boulton, 2009).

2.2. Çocuk ve Ergenlerde Diyabet

Tip I ve Tip II diyabet çocuk ve ergenlerde görülen ve her yıl sayıca artan kronik bir rahatsızlık olmakla birlikte Tip II diyabet özellikle normal kilosunun üzerinde ve obez çocuk ve ergenlerde artış göstermektedir. Tip II diyabet için önleyici yöntem olarak kilo verilmesi ve düzenli egzersiz yapılması gerekirken, aileyi ve çocuğu bu noktada bilgilendirmek amaçlı danışmanlık hizmeti dünya çapında pek çok bölgede sağlanmaktadır (Oester ve ark, 2016).

Tip I diyabet bağışıklık ile ilişkili bir bozukluk olup, insülin üreten beta hücrelerinin zarar görmüş olması sebebiyle pankreasın kandaki glikoz seviyesini düzenleyememesine yol açmaktadır. Tip I diyabet çocukluk ve ergenlik döneminde görülen ve diyabetin akut formu olarak düşünülmektedir. Tip I diyabetin tanısının konulduğu en yüksek yaşın 12 olduğu belirlenmiştir. Özellikle çocuklarda görülen yorgunluk, sıklıkla susama ve aşırı su tüketimi, sürekli aç hissetme, kilo kaybı, bulanık görme, karın ağrısı, kusma, nefes darlığı belirtilerinin diyabetle ilişkilendirilebilecek belirtiler olduğu öngörülmektedir. Eğer bu belirtilerin söz konusu olması halinde herhangi bir insülin tedavisi uygulanmadığı takdirde diyabetik koma gerçekleşebilmekte ve hayatı tehdit eden durumlar oluşabilmektedir (Sparapani, Jacob, & Nascimento, 2015).

Tip II diyabette ise insülin direnci söz konusudur ve çocuk ve ergenlerde görülme durumu aşırı kilo ve obezite durumunda daha fazladır. Özellikle ailesinde diyabet öyküsü bulunan çocuk ve ergenlerde Tip II diyabet görülme riski bulunmaktadır. Tip II diyabet yavaş ve farkında olunmaksızın ilerleyen belirtilere sahiptir. Belirtilerinin bazıları Tip I diyabet ile benzerlik göstermektedir; fakat insülin direncine ilişkin belirtiler arasında yüksek tansiyon, ergen kızlarda polikistik over sendromu, düzensiz adet görme, boyun ve koltukaltı bölgelerindeki kararmalar yer almaktadır (Tieh & Dreimane, 2013).

Tip II diyabet tanısının risk faktörleri aşağıdakilerdeki gibi listelenmiştir:

- Birinci veya ikinci derece yakınlarında Tip II Diyabet tanısı olması

- İnsülin direnci belirtileri ve insülin direnci ile ilişkili olabilecek (yüksek tansiyon, polikistik over sendromu gibi)

Tip II Diyabet tanısı ve ölçümlerine ilişkin sürecin en geç 10 yaş itibarı ile yapılmasının uygun olduğu düşünülmektedir. Vücuttaki yağ oranı ve kandaki şeker oranının tespit edilmesi ile tanı kriterlerinin örtüşüp örtüşmediği incelenmeli ve uygun müdahale sağlanmalıdır.

Çocuklar ve gençlerde diyabetin tedavisi için tek bir yöntem söz konusu olmamakla birlikte yapılan ölçümler neticesinde ağız yolu ile veya iğne ile insülin takviyesi yapılabilmektedir. Tip I diyabet için insülin tedavisi, beslenme programının düzenlenmesi, fiziksel aktivite ve kandaki glikozun ölçülmesi süreçleri olası bir hipoglisemi (ani şeker düşüşü) durumunu önlemek anlamında önemlidir. Tip II diyabet için ise porsiyon kontrolünü sağlamak, beslenme programını düzenlemek, fiziksel aktivite ve kandaki glikoz ölçümü önemlidir. Ayrıca, Tip II diyabette ergenlik döneminde insülin salgılanmasını yönetmek anlamında ilaç kullanımı da söz konusu olabilmektedir.

Diyabet vakalarında hipoglisemi yönetimi oldukça önemlidir; çünkü kanda aniden şekerin düşmesi çocuk ve gençlerde özellikle çok fazla insülin takviyesi alma, öğün atlama veya aşırı egzersiz sonucunda görülebilmektedir. Ayrıca, herhangi bir tetikleyici olmaksızın hipoglisemi atağı söz konusu olabilmektedir (Erickson ve ark, 2015).

Hipoglisemi olan çocuklarda huzursuzluk, karmaşa, zihin bulanıklığı veya nöbetler görülebilmektedir. Hipoglisemi söz konusu olduğu durumlarda en az 15 gr karbonhidrat içeren besinlerden alması gereklidir ve böylelikle kandaki glikoz seviyesinin 70 mg/dl düzeyine çıkarılması sağlanmalıdır (Kaufman, Gallivan, & Warren-Boulton, 2009).

Hiperglisemi ise kandaki glikozun çok fazla olması durumudur ve kişilerde şekeri düşürmesi için alması gereken ilacın unutulduğu durumlarda, çok fazla yemek yenmesi halinde ve az egzersiz yapma durumunda görülebilmektedir. Hiperglisemide glikoz düzeyini düzenli bir biçimde takip etmek önemlidir. Düzeyin takip edilmesi ve insülin tedavisinin ona göre dengelenmesi olası atakların önüne geçmek süreçte büyük önem taşımaktadır (Kaufman, Gallivan, & Warren-Boulton, 2009).

2.3. Çocukluk ve Ergenlik Dönemi Genel Özellikleri

Bu çalışmadaki yaş grubu göz önünde bulundurulduğunda hem okul çağı çocukları hem de ilk ve orta dönem ergenlik dönemindeki gençlerin çalışmaya dahil edilmesi söz konusudur. Bu doğrultuda, 6-12 yaş olarak kabul edilen ve ilköğretim dönemini kapsayan

evrede çocuğun somut işlemler döneminde olduğu ve ebeveynlerine olan bağımlılığı azalmış olduğu görülmektedir (Santrock, 2010). Çocukların bu evrede çevresine karşı dikkatli ve duyarlı olması, keşfetmeye yatkın oluşu ve yeni bilgiler edinme arzusu olduğu gözlenmektedir. Çocukluk evresinin bu somut işlem dönemi olarak kabul edilen evresinde çocuklar etrafında olup bitenlere karşı fazlasıyla meraklı ve bazı kavramlar hakkında daha fazla görüş sahibi olmaya eğilimlidirler (Yavuzer, 2012). Özellikle hastalanmak ve sağlıklı olma konularında ebeveynlerinden öğrendikleri hijyen konusundaki bilgiler ve yönlendirmelere ek olarak özbakımını sağlaması gerektiğinin öneminin farkına varabilecek düzeydedir. Çocukların hastalığa karşı tutumu bu evrede dış faktör olarak algılanabilmektedir. Mrazek'e göre (2002), bu evrede kronik hastalıkların çocuklarda farklı etkileri olabilmektedir. Çocuğun gelişimsel özelliklerine ve çevresel faktörlere bağlı olarak kronik rahatsızlığı yorumlama kabiliyeti değişkenlik gösterebilmektedir. Çocukların kronik rahatsızlıktan ötürü yaşaması muhtemel fiziksel sıkıntıların sonucu olarak huzursuzluk, mutsuzluk, davranış problemleri, okul başarısında düşüş, sosyal uyum problemleri gibi durumlar görülebilmektedir. Bu bağlamda çocuğa sağlanacak desteğin ve kabullenici tutumun çocukların bu süreçteki iyilik halini sağlama anlamında önemli olduğu savunulmaktadır.

Okul çağı çocukları çevresindekilerden, ailesinden, arkadaşlarından ve okul hayatından fazlasıyla etkilenebilen bir yapıya sahip olmakla birlikte okul ortamının çocuklar için sosyalleşme anlamında aileden sonra gelen ve en önemli saha olduğu öne sürülmektedir. Aileye karşı bağımlılığın azalması, duygusal ve sosyal becerilerin gelişmesi, akademik başarı, onaylanma, aileden farklı bir toplulukta ait olma hissi bu süreçte çocukların psikososyal gelişimi anlamında dönüm noktası niteliği taşımaktadır. Bununla birlikte çocuğun kronik hastalığının olması ise bu süreci zorlaştırabilmektedir. Çocuk, fiziksel rahatsızlığının gerektirdiği farklı koşullar neticesinde yaşatlarından farklı olduğunu düşünerek geri çekilebilir veya nasıl davranması gerektiği konusunda endişe yaşayabilir (Cousino & Hazen, 2013).

Ergenlik dönemi ise çocukluk döneminin sonraki ve hızlı gelişim süreçlerini barındıran bir evre olarak tanımlanabilir. Bu sürecin barındırdığı hızlı fiziksel, duygusal, sosyal ve ilişkisel özelliklerin hem ergen bireyler için hem de aileleri için zorlayıcı olduğu görülmektedir. Ergenlik dönemi çocukluk ve erişkinlik dönemi arasında kalan bir geçiş evresi olarak tanımlanmaktadır. Geçiş evresi olması sebebiyle olgunlaşma sürecinin sancılı evresinin ergenlik olduğu ve geçiş sürecinin ergen bireye dair belirsizlikler barındırdığı görülmektedir. Ebeveynden ayrılma ve bağımsız olma arzusunun baskın geldiği bir durumda ergen bireyler için başkaları tarafından verilen sorumluluktan öte kendi istek ve yönelimleri ağır

basılmaktadır. Bu doğrultuda, ailenin ve okulun koyduğu kurallara karşı gelme ve risk alma eğilimleri yüksektir. “Ergen benmerkezciliği” olarak tanımlanan ve ergen bireylerin riskli davranışları olsa dahi herhangi bir tehlike olmayacağını düşünmesi ve kendi istedikleri şekilde davranması problemlili davranışların oluşmasına ve daha sonraki dönemlerde psikolojik, duygusal ve sosyal problemlerin oluşmasına yol açabilmektedir (Santrock, 2010).

Gelişim evreleri bakımından üç dönem olarak incelenen, 12-14, 15-17 ve 18-21 olmak üzere erken, orta ve geç ergenlik dönemi olarak tanımlanan bu süreçte ebeveyn ve ergen birey arasında iletişim problemleri görülme sıklığı artmaktadır. Kendi kararlarını alabileceğini düşünen ve kimlik karmaşası içerisinde olan ergen birey için otoriteye karşı gelme en sık karşılaşılan ve iletişim çatışmalarına yol açan durumdur. Bu doğrultuda, kronik rahatsızlığı olan ergen bireyler için süreçte bir başkasının (aile bireyi veya sağlık personeli gibi) yönlendirmesi ve takip edilmesi ergen bireyler için zorlu bir süreç haline gelmektedir. Böyle bir durumda direnç gösterme olasılığı artmakta ve hastalığa ilişkin uygun tedaviyi sağlama durumu güçleşebilmektedir.

Ergenlik dönemine ilişkin en önemli özelliklerden bir tanesi de psikososyal açıdan, ergenlik döneminde arkadaşlık ve akran ilişkilerinin aile ilişkilerinin önüne geçecek denli kuvvetli olmasıdır. Ailesinden ayrıldığı ve bağımsız olduğunu düşündüğü durumda ergen bireyler farklı çevrelerde kabul görme ve ait hissetme ihtiyacı hissetmektedirler. Bu bağlamda, popülerliği arttırmak veya aidiyeti sağlamak için arkadaş grubunun kabul ettiği değerlere ve alışkanlıklara bağlı kalma eğilimleri fazladır (Yavuzer, 2005). Kronik bir rahatsızlığın söz konusu olması halinde ergen bireyler için bu durum akranlarından farklı olduklarını hissettireceğinden ötürü sosyal uyum problemi yaşa ihtimalleri yüksektir. Çocukluk döneminde olduğu gibi kronik rahatsızlık sonucundaki fiziksel belirtilerin yol açabileceği huzursuzluk, mutsuzluk, hayattan keyif alamama gibi durumların ergenlik döneminde daha yoğun bir biçimde görülebileceği ve olası davranış problemlerinin daha kalıcı olma riski olduğu öne sürülmektedir (Cousino & Hazen, 2013).

2.4. Ebeveyn Kabul Red Kuramı

Ebeveyn Kabul-Red kuramı ilk olarak 1975 yılında Ronald Rohner tarafından ortaya konulmuş ve 1986 yılında yeniden yapılandırılmıştır. EKAR kuramı çocukların yetiştirilmesindeki evrensel niteliklerin söz konusu olduğunu öne sürmesi bakımından önem taşımaktadır (Ahmed ve ark, 2010; Rohner, Saavedra & Granum, 1975). Rohner (1999), Ebeveyn kabul-red kuramını çocukların davranışlarının ebeveynlerinden algıladıkları sıcaklık boyutu kapsamında yapılandığı görüşünden yola çıkarak geliştirmiştir. “EKAR Kuramı”

olarak alanyazınında yer alan kuramda ebeveynlerin tutumu sıcaklık, kabullenme, destek ve şefkat boyutları bakımından baskın ise çocuğun iyilik sağlandığı ifade edilmiştir. Sıcaklık boyutunun tersi olarak öne sürülen tutum ise reddedici tutum olmak üzere içerisinde düşmanlık, saldırganlık, umursamazlık ve ihmal davranışlarını barındırmaktadır. Özellikle reddedici tutumun baskın geldiği ebeveynlerin çocuklarının duygusal, sosyal ve psikolojik gelişimleri açısından olumsuz etkilendiği ve sosyal uyum sorunları için tetikleyici olabileceği belirtilmiştir. EKAR kuramı ayrıca, çocukluk dönemi itibari başlayan ve algılanan ebeveyn kabul-reddinin kişilerin hayatlarının ilerleyen dönemlerinde de psikososyal gelişim anlamında önemli olduğu öne sürülmektedir. Özellikle kişilerin uyumu, yakın ilişkiler ve kişilerarası iletişim alanda kalite anlamında önemli olduğu düşünülmektedir (Ansari & Qureshi, 2013; Khaleque & Rohner, 2002).

Türk toplumunun kolektivistik yapısı itibari ile aile ve akrabalık unsurlarının daha fazla önemli olduğu düşünüldüğünde, bu çalışma için söz konusu olan kronik rahatsızlıkların hem çocuk hem de annenin algıladıkları ebeveyn tutumları anlamında farklılık oluşturup oluşturmadığı incelemiştir. Özellikle kronik rahatsızlığı olan aile bireyinin bulunması durumunun ailenin işlevselliğini etkileyebileceği göz önünde bulundurulduğunda, ebeveyn kabul-red algısının ailelerin işlevselliği anlamında ipucu sağlayabilecek bulgular sunabileceği öngörülmektedir. Bu alanda yapılan çalışmalarda, ergenlik dönemindeki bireylerin hem anne hem de babaları tarafından algıladıkları ebeveyn tutumunun sosyal yeterlilik, özyeterlilik ve sempati anlamında ayırteci sonuçları olduğu bulunmuştur (Bariola, Gullone & Hughes, 2011).

Rohner (1999) babaların ebeveyn tutumu ile ilgili çalışmaları da bulunuyor olsa, yapılan araştırmaların ağırlıklı olarak annelerin ebeveyn tutumu üzerine yoğunlaştığı görülmektedir. Bu durumun, çocukların bakımını üstelenen kişinin çoğunlukla annelerin olduğu durumundan ileri geldiği düşünülmektedir.

Rohner ve arkadaşları (2012) ayrıca, çocukların anne ve babaları tarafından kabul veya reddedilmelerinin öte hayatlarını etkileyebilecek bir deneyim olmadığını savunmaktadır. Bu konuda dünyanın farklı yerlerinde yapılan çalışmalarda ebeveyn kabul-reddinin çocuklarda duygusal, sosyal, duygusal ve bilişsel gelişim anlamında etkili olduğu sonucu elde edilmiştir. Özellikle çocukların ebeveynlerinden algıladıkları kabullenici veya reddedici tutumun ilerleyen yaşamlarında başka insanlara, olaylara ve nesnelere dair bakış açısını belirleyecek güçte olduğu öne sürülmektedir.

2.4.1. Ebeveynlerde Sıcaklık Tutumu

Ebeveynlerin çocuklarını kabul etme veya reddetme durumu, çocuklarına karşı gösterdiği sıcaklık ile tanımlanmaktadır. Bu durum kabul etme ve reddetme arasında iki uç arasında seyretmektedir. Kabul etme ucundaki sıcaklık ebeveynin çocuğuna karşı gösterdiği ilgi, şefkat, yakınlık ve destek tutumlarını içermektedir. Reddedici uçta yer alan sıcaklık boyutları ise söz konusu olumlu duygulanımın olmadığı ve reddetmenin ön planda olduğu ihmal, umursamazlık, düşmanlık gibi tutumları barındırmaktadır. Rohner ve Rohner (1981) reddedici boyutun ebeveynlerde dört farklı nitelikte kendisini gösterdiğini savunmaktadır:

1. Soğuk ve duygusuz: Çocuğa yönelik gösterdiği ilgi veya ilgisizliği kapsayan tüm ebeveyn davranışlarıdır.
2. Düşmanlık ve saldırganlık: çocuğa karşı gösterilen nefret ve düşmanlık gibi duyguların saldırganlığı ortaya çıkarması durumudur.
3. Umursamazlık ve ihmal: çocuğun ihtiyaçlarının ebeveyn tarafından karşılanmaması durumu ve çocuğun ihmal edildiğini hissetmesi olarak tanımlanır
4. Farklılaşmamış Red: ebeveynin açık bir biçimde reddetme tutumunda olmamasına karşın çocuğun kendisini reddedilmiş hissetmesi olarak tanımlanır.

Bu doğrultuda, çocuklar için ebeveynlerinden olumlu geri bildirimler almak oldukça önemlidir. Bağlanma figürü olarak da kabul edilebilecek ve bakımından sorumlu olduğu kişilerden aldıkları olumlu veya olumsuz dönütlerin kişilerin işlevi üzerinde etkileri bulunmaktadır (Rohner, 1981).

2.5. Çocuklar ve Ergenlerde Tip I Diyabet Kapsamında Yapılan Çalışmalar

Çocuk ve ergenlerde diyabet konusuna ilişkin yapılan birçok çalışma alanyazınında yer almaktadır. Bu çalışmalar arasında çocuk ve ergenlerin iyilik hali, aile işlevselliği, okul başarısı, çocuk ve ergen psikopatolojisi hakkında bulgular sağlamış çalışmalar da yer almaktadır. Hem ülkemizde hem de yurtdışında yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçların bu araştırmada kullanılan ölçekler, araştırma yöntemleri ve kuramsal arkaplanı oluşturma anlamında destekleyici olduğu düşünülmektedir.

Howe ve arkadaşları (2012) diyabet tanısı konulmuş çocuk ve ergenlerin ailelerinin çocuklarının bakımı hususunda ebeveynlerin işlevini ölçmek amacıyla yürüttükleri çalışmada Tip I diyabet tanısı konulmuş 63 çocuk ve ergen ile aileleri ile yapılan görüşmelerle veriler elde edilmiştir. Yapılan çalışmada ailelerin çocuklarına yönelik sağlanan desteğin yeterli olmadığını düşünen ailelerin sayısının fazla olduğu ve ailelerle sağlık çalışanlarının işbirliği

bir şekilde çocuğun işlevselliğini sağlamak adına çalışmaları gerektiğini savunmuşlardır. Bununla birlikte araştırmaya katılan ebeveynlerden bazıları çocuklarına karşı yeterli desteğin sağlanmadığını, bu desteğin yetersizliğinin hem kendilerinden hem de sağlık çalışanlarından ileri geldiğini düşündükleri tespit edilmiştir.

Tip I diyabet ve çölyak hastalığı (glüten intoleransı neticesinde söz konusu olan rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır) tanısı konulan çocukların ailelerinin çocuk yetiştirme deneyimlerini konu alan bir diğer çalışmada Tip I diyabet ve çölyak hastalığının sağlık anlamında yol açtığı komplikasyonlar, günlük olarak hastalığa ilişkin belirtileri yönetme anlamındaki zorluklar, ekonomik gücük, çocukların duygusal ve ruhsal sağlığı, sağlık çalışanları ile deneyimler ve aile dışındaki kişilerle çocukların deneyimleri boyutları ayrıca ele alınmıştır. Çalışmanın sonucunda çocukların hem diyabet hem de çölyak hastalığı almalarının sağlık açısından hem uzun hem de kısa vadede komplikasyonları olduğu tespit edilmiştir. Ailelerin çocukları için özellikle kısa dönem komplikasyon olan hipoglisemi atağı riskinden endişe duydukları tespit edilmiştir. Günlük kontroller anlamında çocuğun/ergen bireyin kan şekeri ölçümü ve glütensiz gıda alması gerektiği için besin maddelerinin incelenmesi gibi yapılması gerekenlerin aileler ve çocukları için zorlayıcı olduğu öne sürülmektedir. Ayrıca, iki hastalığın tanısı bulunan çocuk ve ergenlerin aileleri için ekonomik sorunların söz konusu olduğu, hem insülin tedavi hem de glütensiz besinlerin tedarik edilmesinin zorlayıcı olduğu bildirilmiştir. Çocuk ve ergenlerin duygusal ve ruh sağlığına ilişkin, tanı konulan rahatsızlıklara ilişkin günlük hayattaki düzenlemelerin yapılması (farklı besinler tüketmek, kan şekerinin kontrol altında tutulması gibi) çocuk ve ergenlerin akran iletişiminde sorunlar yaşamasına yol açabileceği yönünde sonuçlar elde edilmiştir. Akranların çocuğun yediklerine ilişkin yorumlar yapması veya alay etmesinin duygusal ve psikolojik açıdan sarsıcı bir deneyim olduğu aileler tarafından belirtilmiştir. Aileler ayrıca, sağlık çalışanlarının çocuklarının tedavileri hususunda gereken yerde gereken yardımı sağlayabildiklerini ifade etmişlerdir. Bununla birlikte, çocuğun okul ve aile dışındaki diğer insanlarla deneyimlerine ilişkin diğer insanların çocuklarına yönelik kaba olduğunu ve çocuklarının yediği farklı besinlerden dolayı eleştiriye maruz kalabildiklerini ifade etmişlerdir (Erickson ve ark, 2015).

Shaji Thomas ve arkadaşları (2016) tarafında yapılan ve metabolik rahatsızlığı olan çocuklara etkin ebeveyn olma durumu ve ebeveynlerin söz konusu sağlık durumu dolayısı ile yaşam kalitesinin incelendiği çalışmada yaşları 20 ile 55 arasında değişen ve metabolik rahatsızlık tanısı konulmuş çocukları olan 72 ebeveyn ile çalışılmıştır. Yapılan çalışmada

yüksek eğitim ve gelir seviyesinde olan ebeveynlerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca genç olan ebeveynlerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tip I diyabet tanısı konulan erken yaş dönemi çocukların psikolojik sıkıntıları ve annelerinin iyilik halini inceleyen bir diğer çalışmada, 9 ve 10 yaşlarında erken tanı konulmuş Tip I diyabet hastası 63 çocuk ve annesi 86 çocuktan oluşan sağlıklı grup ile karşılaştırılmıştır. Çocukların davranış problemleri ve annelerin iyilik halinin incelendiği çalışmada diyabet tanısı konulan çocukların problemleri içselleştirilme durumunun söz konusu olduğu ve annelerin de kontrol grubuna göre çocuğun durumuna ilişkin strese maruz kaldığı sonuçları elde edilmiştir. Ayrıca, annelerin düşük düzeydeki iyilik hali ile çocukların davranışsal problemleri arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (Hannonen ve ark, 2015).

Tip I diyabet tanısı konulmuş çocuk ve ergenlerin akademik başarı ve glisemik kontrol arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada çocuklara yapılan bilişsel ve akademik testlerin yaşları aynı olan kontrol grubu ile karşılaştırılması ile veriler incelenmiştir. Yapılan çalışmada Tip I diyabet tanısı alan çocukların sözel zeka puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Hiperglisemi görülen çocuklarda ise zamanla azalan heceleme kabiliyeti olduğu tespit edilmiştir. Hem gençler hem de çocuklar için Tip I diyabet tanısının düşük sözel zeka (IQ) ile ilişkisi olduğu tespit edilmiştir (Semenkovich ve ark, 2015).

Tip I diyabet tanısı alan çocukların ailelerinin hissettiği sosyal güçlükleri konu alan bir diğer çalışmada yaşları 35 ile 45 arasında değişen ve çocukları diyabet tanısı almış erişkin 11 ebeveynin verileri incelenmiştir. Geliştirilen ankette çocukların işlevsel özgürlükleri, sosyal bütünleşme düzeyleri ve dışardan aldıkları destek ve ailelerin bu noktadaki işlevi incelenmiştir. Özellikle ailelerin bu noktada çocuklarının rahatsızlığına ilişkin günlük hayatta bilgi anlamında sıkıntılar yaşadıkları ve sağlanan sosyal desteğin yetersiz olduğu görüşüne yönelik bulgular elde edilmiştir. Bu bağlamda toplumun bu kronik rahatsızlığa ilişkin bilgilendirilmesinin hem aileler hem de çocuklar için önem arz ettiği ve böylelikle alınacak desteğin etkin olabileceği öngörülmektedir (Constanta & Silvia, 2015).

Hillard ve arkadaşları (2011) ebeveyn stresi ve Tip I diyabet tanısı alan çocukların davranışlarını konu aldıkları çalışmada, yaşları 2 ile 6 yaşlarında değişen ve en az 6 ay öncesinde tanı konulmuş 100 çocuğun ebeveynin kaygı düzeyi ve çocukların davranışları ele alınmıştır. Yapılan çalışmada ebeveynlerin stres düzeyi ile çocuklarda ölçülen kandaki glikoz

seviyesinin yüksekliği arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, çocukların davranışlarının problemli oluşu ile diyabete ilişkin düzenlemeler (öğün düzenleme ve uyku saatleri gibi) arasında anlamlı ilişki olduğu görölmüştür. Ebeveynlerin bu noktada çocukların alışkanlıklarına ilişkin düzenlemelerinin ebeveyn stresi ve çocuklardaki problemli davranışları ile ilişkili olduğu görölmüştür.

Tip 1 diyabetli çocuk ve ergenlerin katıldığı iki farklı yaz kampında yapılmış olan çalışmalarda, çocukların ruhsal süreçleri değerlendirilmiş ve kamp başında daha kaygılı ve duygusal olan çocukların kamp sonunda ölçek puanlarının düştüğu gözlemlenmiştir. Bu da bize bu tarz kamp programlarının çocukların ruhsal sağlığını olumlu yönde destekleyebileceğini göstermektedir (Başgöl ve ark, 2002; Başgöl ve ark, 2003).

2.6. Ebeveyn Kabul-Red Kuramı Kapsamında Yapılan Çalışmalar

Ebeveyn kabul-red kavramına ilişkin yapılan araştırmalar her yaş grubundan bireyin algıladıkları ebeveyn tutumunu incelemek üzerine ve psikolojik uyum, iyilik hali ve ilişkili olabileceği düşünölecek psikososyal değerşkenler incelenmiştir. Bu çalışmada ise kronik bir rahatsızlığın çocuklar ve annelerdeki algılanan ebeveyn tutumu ile ilişkisi olup olmadığı incelenmiştir.

Dural ve Yalçın (2013) üniversite öğrencilerinde ebeveyn kabulü ve psikolojik uyum arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmasında, yaşları 19 ile 36 arasında değerşen 406 üniversite öğrencisinin verileri incelenmiştir. Çalışma kapsamında kişilerin algılanan ebeveyn kabul-reddi, demografik bilgiler ve kişilik özellikleri incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre erkeklerde annelerine ilişkin algıladığı sıcaklık, düşmanlık ve kayıtsızlık boyutları kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Erkekler annelerini kadınlara göre daha reddedici bulduğu görölmüştür. Ayrıca, erkekler babalarının algıladığı reddedici tutumun kadınlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Psikolojik uyum bakımından düşmanlık, olumsuz özsaygı, olumsuz özyeterlilik ve duygusal tepkisizlik alt boyutları erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumda algılanan ebeveyn tutumunun psikolojik uyumu yordadığı tespit edilmiştir.

Khaleque (2012) algılanan ebeveyn kabul-red kavramına ilişkin kültürlerarası metaanalizinde dünya çapında algılanan ebeveyn kabul-reddinin çocukların ve yetişkinlerin psikolojik uyumsuzluğunu yordayan bir değerşken olduğunu tespit etmişlerdir. Yordayıcılığın

çocuklarda .51 ve erişkinlerde .46 değerinde anlamlı olduğu tespit edilen çalışmada, algılanan ebeveyn kabul-reddinin psikolojik uyum üzerinde önemi olduğu ifade edilmiştir.

Annelerin kabul-red düzeyleri ile çocukların problem çözme becerilerinin incelendiği bir diğer çalışmada, 5-6 yaş aralığındaki çocuklardaki problem çözme kabiliyetinin annelerin kabul-red düzeyi ile ilişkisi olup olmadığı incelenmiştir. Çalışma için 359 çocuk ve annelerinin verileri incelenmiş olup, annelerin kabul-red boyutlarının tümü ayrı ayrı incelenmiştir. Yalnızca farklılaşmamış red boyutu ile çocukların problem çözme kabiliyeti arasında anlamlı ilişki olmadığı görülmüş, diğer alt boyutlar olan sıcaklık/duygulanım ve düşmanlık/saldırganlık alınan puanların problem çözme kabiliyetleri ile anlamlı ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda annelerin kabullenici ebeveyn tutumu ile çocuklardaki yüksek düzeyde problem çözme kabiliyeti arasında ilişki olduğu bulunmuştur (Tepeli & Yılmaz, 2012).

Boşanmış ve evli ailelerden gelen çocukların algıladıkları ebeveyn kabul-red ve psikolojik uyum düzeylerinin incelendiği çalışmada, ilköğretim çağı çocuklarda aileleri boşanmış ve evli olanların algıladıkları ebeveyn tutumu ve psikolojik uyum düzeyleri karşılaştırılmış ve iki değişken arasındaki ilişkinin evli ve boşanmış ebeveyn olma durumuna göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Çalışma için anne ve babası boşanmış 124 çocuk ile anne ve babası evli olan 138 çocuk seçilmiştir. Yapılan çalışmada anne ve babası evli olan çocukların algıladıkları hem anne hem baba ebeveyn tutumu ve psikolojik uyum düzeyi arasında yüksek düzeyde ilişki olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, boşanmış ailelerde çocukların algıladığı baba ebeveyn tutumu ile psikolojik uyum arasında yüksek düzeyde ve anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (Öngider, 2012).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmanın modeli, daha önce alanda yapılan çalışmalarda ele alınan kuramlar çerçevesinde yeni bulgular elde etmek anlamında temel araştırma niteliği taşımaktadır. Bu bağlamda, çalışmada uygulanan veri çözümleme yöntemleri betimleyici ve ilişki analizleri şeklindedir. Araştırmanın modeli doğrultusunda sayısal verilere dönüştürülen ölçek çalışmalarının betimleyici istatistikleri, değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi, klinik ve klinik olmayan grupların puanlarının karşılaştırılması amacıyla veri analizleri yapılandırılmıştır. Özellikle, tıp, psikoloji gibi alanlarda olgu çalışmaları ve geriye dönük çalışmalar betimleyici niteliktedir ve araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiyi tarama yöntemlerini de kapsayabilir (Karasar, 2002). Bu çalışmada, örneklem ile ölçek çalışmasındaki verilerinin çözümlenmesi amacıyla alınan bilgiler dışında farklı bir işlem yapılmamıştır. Buradaki amaç, bulgular çerçevesinde desteğe ihtiyacı olan grubun belirlenmesi üzerinedir.

3.2.Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Türkiye’de tedavi ve izlemi yapılan Tip-I diyabet tanısı konulmuş çocuklar ve anneleri oluşturmaktadır. Evren için oluşturulan örneklem Gaziantep ilinde bulunan bir devlet hastanesi polikliniğine tedavi için gelen 8-15 yaş arası tip 1 diyabet tanısı almış çocuk ve anneleri ile 8-15 yaş arası herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan çocuklar ve annelerinden oluşmaktadır. Evren içinden seçkisiz örnekleme (random sampling) yöntemlerinden basit seçkisiz örnekleme (simple random sampling) kapsamında 52 Tip I diyabetli çocuk ve anneleri devlet hastanesinde Tip I diyabet tanısı alıp tedavi ve izlem sürecinde olan çocuklar arasından seçilmiştir. Hastane içerisindeki sorumlu poliklinik ile görüşülerek ve gerekli izinler alınarak, kriterlere uygun çocuklar ve anneleri araştırmaya dahil edilmişlerdir. Kontrol grubu ise Tip I diyabet tanısı konulmamış ve Gaziantep ilinde ikamet eden yine basit seçkisiz örnekleme yöntemi ile seçilen anneler ve çocuklardan oluşmaktadır. Vaka ve kontrol gruplarına bilgilendirilmiş onam formları imzalatılarak araştırmaya katılımları sağlanmıştır.

Bu amaçlaörneklem, vaka ve kontrol grubu olmak üzere toplam 104 anne ve 104 çocuktan oluşmaktadır. Vaka grubu 52 çocuk ve 52 anne; kontrol grubu da 52 çocuk ve 52 anneden oluşmaktadır. Toplam 120 vaka formunu verip eksik maddelerden dolayı 19 vaka formu dışlanmıştır. Çalışmada verilerin analizini geçerli kılmak amacıyla sayı eşitlenmiştir.

İki grup olarak ele alınan ve diyabet tanısı konulmamış çocuklar ve anneleri ile Tip-I diyabet tanısı konulmuş çocuklar olmak üzere iki eşit grup olarak incelenmiştir.

Örneklemin dışlama kriterleri aşağıdaki gibidir:

- Araştırmaya katılan çocukların okuma yazma bilmeyen okul çağı altındaki dönemde olması
- Çocukların 15 yaş üzeri olması
- Tip-I diyabet tanısı dışında diğer endokrinolojik rahatsızlıkların herhangi birisinden tanı almış olan çocuklar (tiroid, obezite, gelişim problemleri gibi)

Örneklemin dâhil olma kriterleri ise

- Çocuk veya ergen bireyin Tip-I diyabet tanısının olması
- Araştırmaya katılanların hem anne hem de çocuk olarak ölçekleri kendileri doldurmaları gerektiğinden, en az okuryazarlık seviyesinde olması
- Çocukların en az 8 yaş; en fazla 15 yaşında olması

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, tanı almamış sağlıklı grup ve Tip-I diyabet tanısı almış çocuklar ve annelerinden oluşan iki gruba da uygulanan ölçekler aşağıdaki gibidir:

- Kişisel Bilgi Formu
- Ebeveyn Kabul-Red Ölçeği (Anne Formu-Kısa)
- Ebeveyn Kabul-Red Ölçeği (Çocuk Formu-Kısa)

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilmiş ve sağlıklı ve diyabet tanısı almış gruba da uygulanan bilgi formudur. Bilgi formu sağlıklı grup ve Tip-I diyabet tanısı alan gruplarda farklı sayıda maddeden oluşmaktadır. Sağlıklı grupta çocuğun tanı alan rahatsızlığına ilişkin soru bulunmamaktadır. Kişisel ve demografik bilgi formu içerisinde çocuğun diyabet ile ilgili bilgileri, aile hayatı ile ilgili değişkenler, çocuğun cinsiyeti, yaşı, annenin yaşı, mesleği, çocuk sayısı, gelir düzeyi, çocuğun okul başarısı değişkenleri yer almaktadır.

3.3.2. Ebeveyn Kabul-Red Ölçeği (Anne Formu-Kısa)

Ebeveyn kabul-Red Ölçeği (Parental Acceptance-Rejection Questionnaire) Rohner (1986) tarafından geliştirilen ve anne babaların çocuklarına karşı reddedici veya kabul eden tutumlarını ölçmek amacıyla soruların bulunduğu bir özbildirim ölçeğidir. EKRÖ ilk hali ile

73 maddeden ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. 73 maddenin 60 maddesi ebeveyn kabul reddini ölçen soruları kapsarken, geri kalan 13 maddesi davranışsal kontrol (behavioral control) boyutunu ölçmektedir. Kabul-red boyutunun dört alt boyutu bulunmaktadır. Sıcaklık/Duygulanım, Düşmanlık/Saldırganlık, Umursamazlık/İhmal ve Farklılaşmamış Red boyutlarını ölçmek amacıyla katılımcılara yöneltilen soruların likert yanıtlama yolu ile 1 (Neredeyse Hiç Doğru Değil) ile 4 (Neredeyse Her Zaman Doğru) aralığında cevap vermeleri beklenmektedir. Ölçeğin toplam puanı hesaplanırken, tüm alt boyutların toplam puanlarının Sıcaklık/Duygulanım boyutunu eklerken 100 sayısından çıkarılması ile elde edilmektedir. Bu ölçekten alınabilecek en düşük puan 60, en yüksek puan ise 240 olarak belirlenmiştir. Bu çalışma için kullanılan ise ölçeğin kısa formudur ve 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar reddedici ebeveyn tutumu olduğunu göstermektedir. Rohner ve Khaleque (2005) ölçeğin psikometrik özelliklerini tespit edebilmek amacıyla yapmış olduğu çalışmada, anne formunun iç tutarlılık katsayısını .75 olarak bulmuştur. Baba formu ise iç tutarlılık katsayısı olarak .79 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirliği ise .93 olarak bulunmuştur. Ayrıca, ölçeğin yapı geçerliği sonucu doğrultusunda kültürlerarası uygulanabilir bir ölçek olduğu sonucuna varılmıştır.

Ölçeğin Türkçe versiyonu Varan (2003) tarafından yapılmış olup baba ve anne formları arasındaki iç tutarlılık katsayısının .86 ile .96 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Bununla birlikte Kontrol alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı anne formu için .84; baba formu için .83 olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmaların sonucunda ölçeğin Türkiye’de uygulanabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu sonucuna varılmıştır.

3.3.3. Ebeveyn Kabul-Red Ölçeği (Çocuk Formu-Kısa)

Ebeveyn Kabul-Red Ölçeği Çocuk Formu ilk olarak Rohner tarafından 1971 yılında geliştirilmiş ve çocukların algıladıkları anne baba tutumlarını ölçmeyi hedeflemiştir. Ölçeğin ayrıca Ebeveyn Formu bu çalışma kullanılmış olup, Çocuk Formu sağlıklı kontrol grubuna ve diyabet tanısı almış çocuklara uygulanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının madde dağılımları ise Sıcaklık Duygulanım 6 madde, Düşmanlık/Saldırganlık 6 madde, Umursamazlık/İhmal 6 madde ve Farklılaşmamış Red 4 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerin dağılımı doğrultusunda ölçeğin kısa formu olan 24 maddelik hali geliştirilmiştir. Bu çalışmada kullanılan EKRÖ Çocuk Formu’nın kısa versiyonudur. Ebeveyn Formu’nda olduğu gibi, katılımcıların likert yanıtlama yolu ile sorulara 1 (Hemen Hemen Hiçbir Zaman Doğru Değil) ve 4 (Hemen Hemen Her Zaman Doğru) aralığında yanıtlar vermeleri beklenmektedir. Kısa

form içerisindeki 13. Madde ters çevrilerek puanlandırılır ve bu ölçekte alınan yüksek puanlar algılanan tutumun reddedici olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin Türkçe versiyonu Polat (1988) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri incelendiğinde, iç tutarlılık katsayısının toplam ölçek puanı üzerinden .80 olduğu görülmektedir. Bununla birlikte Yılmaz (2007) ortaokul ve lise öğrencilerinden oluşan örneklem üzerinde yapmış olduğu çalışmada, Anne Formu'nun alt boyutları arasındaki güvenilirlik katsayılarının Sıcaklık/Duygulanım için .88, Düşmanlık/Saldırganlık için .69, Umursamazlık/İhmal için .66 ve Farklılaşmamış Red için ise .53 olduğunu tespit etmiştir.

3.4. Araştırma Soruları ve Hipotezler

Araştırmada ölçülmesi hedeflenen ve bu doğrultuda geliştirilen araştırma soruları ve hipotezler aşağıdaki gibidir:

Araştırma Sorusu 1: Tip 1 Diyabet Tanısı almış çocuklar ve Sağlıklı Grup arasında Demografik Bilgiler açısından farklılık var mıdır?

Hipotez 1: Tip 1 Diyabet tanısı almış çocuklar ve tanı almamış sağlıklı grup arasında kişisel ve demografik bilgiler anlamında anlamlı farklılıklar vardır.

Araştırma Sorusu 2: Tip 1 Diyabet tanısı almış çocukların algıladıkları anne ebeveyn tutumu tanı almamış sağlıklı grubun algıladığı anne ebeveyn tutumu ile arasında anlamlı farklılık var mıdır?

Hipotez 2: Tip 1 tanısı almış çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu puanları sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksektir.

Araştırma Sorusu 3: Tip 1 Diyabet tanısı almış çocukların annelerinin çocuklarına karşı anne ebeveyn tutumu tanı almamış sağlıklı grubun annelerinin algıladıkları anne ebeveyn tutumu ile arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

Hipotez 3: Tip 1 Diyabet tanısı almış çocukların annelerinin algıladıkları ebeveyn tutumu, sağlıklı kontrol grubu ile anlamlı düzeyde farklıdır. Tanı almış grubun annelerinin algıladıkları ebeveyn tutumu puanları sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Araştırma Sorusu 4: Tip 1 Diyabet tanısı alan çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu ve annelerinin algıladıkları kendi tutumları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

Hipotez 4: Tip 1 Diyabet tanısı almış çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu ile annelerinin bildirdiği ebeveyn tutumu arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır.

Araştırma Sorusu 5: Sağlıklı kontrol grubundaki çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu ile annelerinin bildirdiği ebeveyn tutumu arasında anlamlı bir fark bulunmakta mıdır?

Hipotez 5: Sağlıklı kontrol grubundaki çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu ile annelerinin bildirdiği ebeveyn tutumu arasında anlamlı fark bulunmamaktadır.

3.5. Araştırmanın İşlem Yolu

Araştırma, ölçeklerden elde edilen puanların girişlerinin yapılması ve çözümlenmesi anlamında istatistiksel yöntemler içermektedir. Bu çalışma için iki grup arasındaki kişisel ve demografik değişkenlerin farklılıklarını tespit edebilmek amacıyla ki kare analizi yapılmıştır. Bununla birlikte yapılan normallik testi sonucunda ölçek puanlarının ve değişkenlerin normal dağılım göstermiş olduğu tespit edilmiş ve bu doğrultuda parametrik olan istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Araştırma değişkenlerini ölçmek ve aralarındaki ilişkinin anlamlılığını test edebilmek amacıyla varyans analizi, bağımsız örneklem t testi ve korelasyon analizi uygulanmıştır. Veri çözümlemesi için sosyal bilimlerde yapılan çalışmalarda kullanılan bilgisayar yazılımı SPSS kullanılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Sosyodemografik ve Kişisel Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri

Çalışmada, Tip-1 Diyabet tanısı alan çocukların anneleri ve diyabet tanısı almamış sağlıklı gruptaki çocuk ve annelerin kişisel ve demografik bilgileri betimleyici istatistik yöntemleri ile çözümlenmiştir. Klinik grup olan Tip-1 Diyabet tanısı alan çocuklar ve annelerine ilişkin klinik ve kişisel değişkenler sağlıklı grup ile ayrı şekilde incelenmiştir. Klinik ve sağlıklı kontrol grubuna Kişisel Bilgi Formu'nda yöneltilen sorular farklılık göstermektedir. Klinik grup, diyabet tanısı ve tedavi ile ilgili sorulara yanıt verirken; sağlıklı kontrol grubunda bu sorular ve değişkenler yer almamaktadır.

4.1.1. Tanı Almış Grubun Kişisel Değişkenlerinin Betimleyici İstatistikleri

Tablo 1'de Tip 1 Diyabet tanısı almış çocuklar ve annelerinin kişisel, demografik değişkenleri aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 1. Tip-1 Diyabet Tanısı Almış Katılımcıların Kişisel ve Demografik Değişkenlerinin Betimleyici İstatistikleri

Demografik değişkenler –Tip 1 Diyabet Tanısı Konulmuş Klinik Grup (N=52)		N	%
Çocuk Cinsiyet	Erkek	25	51,9
	Kız	27	48,1
Çocuk Sayısı	1	5	9,6
	2	10	19,2
	3	15	28,8
	4	8	15,4
	5	8	15,4
	6	4	7,7
	7	2	3,8
Çocuk Yaş	8	9	17,3
	9	10	19,2
	10	7	13,5
	11	4	7,7
	12	7	13,5
	13	7	13,5
	14	7	13,5
	15	1	1,9
Anne Yaş Dağılımı	25-35 yaş arası	13	25,0
	36-45 yaş arası	28	53,8
	46-60 yaş arası	11	21,2

Kaçıncı Çocuk	1	18	34,6
	2	19	36,5
	3	8	15,4
	4	4	7,7
	5	3	5,8
Meslek	Ev Hanımı	34	65,4
	İşçi	2	3,8
	Memur	11	21,2
	Esnaf	4	7,7
	Diğer	1	1,9
Nerede Oturuyorsunuz?	İl	27	51,9
	İlçe	22	42,3
	Köy	3	5,8
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	10	19,2
	İlkokul	17	32,7
	Ortaokul	8	15,4
	Lise	10	19,2
	Üniversite ya da yüksekokul	7	13,5
Medeni Hal	Evli	49	94,2
	Bekar/Boşanmış/Eşini Kaybetmiş	3	5,8
Eş Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	2	3,8
	İlkokul	14	26,9
	Ortaokul	10	19,2
	Lise	16	30,2
	Üniversite ya da yüksekokul	10	19,2
Gelir Düzeyi	Yüksek	3	5,8
	İyi	16	30,8
	Orta	20	38,5
	Düşük	13	25,0
Sosyal Güvenceniz var mı?	Yok	3	5,8
	SGK	30	57,7
	Özel Sağlık Sigortası	2	3,8
	Yeşil Kart	17	32,7
Çocuğunuzun İnsulin iğnesini kim yapıyor?	Kendim	15	28,8
	Çocuğun kendisi	34	65,4
	Eşim	3	5,8
Çocuğunuz kaç kez yatarak tedavi gördü?	1	13	25,0
	2	20	38,5
	3	12	23,1
	4	3	5,8
	5 ve daha fazla	4	7,7
Çocuğunuzun Not Ortalaması	Çok iyi	5	9,6
	İyi	23	44,2

	Orta	16	30,8
	Düşük	7	13,5
	Çok düşük	1	1,9
Hastalığı nedeniyle devamsızlık yapıyor mu?	Evet	39	75,0
	Hayır	19	25,0
Diyabet tanısı ne zaman konuldu? (yıl)	1	10	5,7
	2	11	21,2
	3	8	15,4
	4	11	21,2
	5 yıl ve daha fazla	12	23,1
Çocuğunuz düzenli ilaç kullanıyor mu?	Evet	27	51,9
	Hayır	25	48,1

4.1.2. Tanı Almamış Grubun Kişisel Değişkenlerinin Betimleyici İstatistikleri

Sağlıklı kontrol grubu kişisel ve demografik değişkenleri Tablo 2’de verilmiştir:

Tablo 2. Herhangi bir Tanı Almamış Katılımcıların Kişisel ve Demografik Değişkenlerinin Betimleyici İstatistikleri

Demografik değişkenler - Tanı Almamış Sağlıklı Kontrol Grubu (N=52)		N	%
Çocuk Cinsiyet	Erkek	15	71,2
	Kız	37	28,8
Çocuk Sayısı	1	2	3,8
	2	4	7,7
	3	16	30,8
	4	13	25,0
	5	8	15,4
	6	5	9,6
	7	4	7,6
Çocuk Yaş	7	1	1,9
	10	1	1,9
	11	10	19,2
	12	13	25,0
	13	11	21,2

	14	11	21,2
	15	5	9,6
Anne Yaş Dağılımı	25-35 yaş arası	20	38,5
	36-45 yaş arası	24	46,2
	46-60 yaş arası	8	15,4
Kaçıncı Çocuk	1	24	46,2
	2	8	15,4
	3	12	23,1
	4	3	5,8
	5 ve daha fazlası	5	9,6
Meslek	Ev Hanımı	46	88,5
	İşçi	1	1,9
	Memur	5	9,6
Nerede Oturuyorsunuz?	İl	3	5,8
	İlçe	43	82,7
	Köy	6	11,5
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	12	23,1
	İlkokul	23	44,2
	Ortaokul	6	11,5
	Lise	7	13,5
	Üniversite ya da yüksekokul	4	7,7
Medeni Hal	Evli	49	94,2
	Bekar/Boşanmış/Eşini Kaybetmiş	3	5,8
Eş Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	4	7,7
	İlkokul	26	50,0
	Ortaokul	7	13,5
	Lise	9	17,3
	Üniversite ya da yüksekokul	6	11,5
Gelir Düzeyi	İyi	30	57,7

	Orta	18	34,6
	Düşük	4	7,7
Sosyal Güvenceniz var mı?	Yok	10	19,2
	SGK	32	61,5
	Özel Sağlık Sigortası	4	7,7
	Yeşil Kart	6	11,5
Çocuğunuzun Not Ortalaması	Çok iyi	23	44,2
	İyi	26	50,0
	Orta	3	5,8
Çocuğunuz düzenli ilaç kullanıyor mu?	Evet	13	25,0
	Hayır	39	75,0

Tip 1 Diyabet tanısı alan ve tanı almayan sağlıklı grubun kişisel ve demografik değişkenlerinin anlamlı düzeyde değişkenlik gösterip göstermediğini tespit edebilmek için yapılan ki kare analizleri aşağıda tablolarda verilmiştir (Tablo 3-14) :

Tablo 3'te araştırmaya katılanların çocuk sayısı ile deney ve kontrol grupları arasındaki dağılımı incelemek için yapılan ki kare analizi sonucunda çocuk sayısının deney ve kontrol gruplarında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($p=,516>0,05$).

Tablo 3. Çocuk Sayısının Klinik ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması

		Çocuk Sayısı									Topla m	p
		1	2	3	4	5	6	7	8	10		
Diyabet Tanısı	Tanı Var	5	10	15	8	8	4	2	0	0	52	0,516
	Sağlıklı Grup	2	4	16	13	8	5	2	1	1	52	
	Toplam	7	14	31	21	16	9	4	1	1	104	

Tablo 4’ de gösterildiği üzere, araştırmaya katılanların çocuk cinsiyeti ile deney ve kontrol grupları arasında ki kare analizi sonucu doğrultusunda cinsiyet ve diyabet tanısı arasında anlamlı ilişki olduğu görülmektedir ($p=0,003<0,005$).

Tablo 4. Çocuk Cinsiyetinin Klinik ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması

		Çocuk cinsiyet		Toplam	P
		Kız	Erkek		
Diyabet Tanısı	Tanı Var	27	25	52	0,003
	Sağlıklı Grup	37	15	52	
Toplam		64	40	104	

Tablo 5’ te gösterildiği üzere, araştırmaya katılanların çocuk yaşı ile deney ve kontrol grupları arasındaki dağılımı incelemek için yapılan ki kare analizi sonucunda çocuk yaşının deney ve kontrol gruplarında anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmüştür. Bu doğrultuda, hem deney hem de kontrol grubunda 12 yaş çocukların sayısı anlamlı ölçüde daha fazla bulunmuştur ($p=0,0001<0,005$).

Tablo 5. Çocuk Yaşının Klinik ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması

		Çocuk Yaş										Toplam	p
		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
Diyabet Tanısı	Tanı Var	0	9	10	7	4	7	7	7	1	0	52	0,0001
	Sağlıklı Grup	1	0	0	1	10	13	11	11	4	1	52	
Toplam		1	9	10	8	14	20	18	18	5	1	104	

Tablo 6’ da gösterildiği üzere, araştırmaya katılanların ölçüm yapılan kaçınıcı çocuk değişkeni ile deney ve kontrol grupları arasındaki dağılımı incelemek için yapılan ki kare analizi sonucunda kaçınıcı çocuk olduğu değişkeninin deney ve kontrol gruplarında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir($p=0,012>0,005$).

Tablo 6. Ölçüm Uygulanan Kaçınıcı Çocuk Değişkeninin Klinik ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması

		Kaçınıcı Çocuk								Toplam	p
		1	2	3	4	5	6	7	10		
Diyabet Tanısı	Tanı Var	18	19	8	4	3	0	0	0	52	0,127
	Sağlıklı Grup	24	8	12	3	1	1	2	1	52	
Toplam		42	27	20	7	4	1	2	1	104	

Tablo 7’ de gösterildiği üzere, araştırmaya katılanların yaşadıkları yer ile deney ve kontrol grupları arasındaki dağılımı incelemek için yapılan ki kare analizi sonucunda, yaşadıkları yer ile deney ve kontrol gruplarında anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmüştür. Bu doğrultuda, hem deney hem de kontrol grubunda ilçede yaşayan katılımcıların sayısı anlamlı ölçüde daha fazla bulunmuştur ($p=0,0001<0,005$).

Tablo 7. İkamet Edilen Yer Değişkeninin Klinik ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması

		Nerede Oturuyorsunuz			Toplam	p
		İl	İlçe	Köy		
Diyabet Tanısı	Tanı Var	27	22	3	52	0,0001
	Sağlıklı Grup	3	43	6	52	
Toplam		30	65	9	104	

Tablo 8’ de gösterildiği üzere, araştırmaya katılanların ölçüm yapılan katılımcılar arasında anne medeni hali ile deney ve kontrol grupları arasındaki dağılımı incelemek için yapılan ki kare analizi sonucunda medeni hal değişkeninin deney ve kontrol gruplarında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($p=0,661>0,005$).

Tablo 8. Annenin Medeni Hali Değişkeninin Klinik ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması

		Medeni Hal		Toplam	p
		Evli	Bekar/boşanmış/eşini kaybetmiş		
Diyabet Tanısı	Tanı Var	49	3	52	0,661
	Sağlıklı Grup	49	3	52	
Toplam		98	6	104	

Tablo 9’ da gösterildiği üzere, araştırmaya katılanların anne mesleği ile deney ve kontrol grupları arasındaki dağılımı incelemek için yapılan ki kare analizi sonucunda annenin mesleği değişkeninin deney ve kontrol gruplarında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($p=0,0052>0,005$).

Tablo 9. Annenin Mesleği Değişkeninin Klinik ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması

		Meslek					Toplam	p
		Ev hanımı	İşçi	Memur	Esnaf	Diğer		
Diyabet Tanısı	Tanı Var	34	2	11	4	1	52	0,052
	Sağlıklı Grup	46	1	5	0	0	52	
Toplam		80	3	16	4	1	104	

Tablo 10’ da gösterildiği üzere, araştırmaya katılanların anne eğitim düzeyi ile deney ve kontrol grupları arasındaki dağılımı incelemek için yapılan ki kare analizi sonucunda annenin eğitim düzeyi değişkeninin deney ve kontrol gruplarında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($p=0,060>0,005$).

Tablo 10. Anne Eğitim Düzeyinin Klinik ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması

		Eğitim Düzeyi					Toplam	p
		Okuryazar değil	İlkokul mezunu	Ortaokul mezunu	Lise mezunu	Üniversite ya da yüksekokul		
Diyabet Tanısı	Tanı Var	10	17	8	10	7	52	0,607
	Sağlıklı Grup	12	23	6	7	4	52	
Toplam		22	40	14	17	11	104	

Tablo 11’ de gösterildiği üzere, araştırmaya katılanların eş eğitim düzeyi ile deney ve kontrol grupları arasındaki dağılımı incelemek için yapılan ki kare analizi sonucunda eş eğitim düzeyi değişkeninin deney ve kontrol gruplarında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($p=0,010>0,005$).

Tablo 11. Eş Eğitim Düzeyi Değişkeninin Klinik ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması

		Eş eğitim Düzeyi					Toplam	p
		Okuryazar değil	İlkokul mezunu	Ortaokul mezunu	Lise mezunu	Üniversite ya da yüksekokul		
Diyabet Tanısı	Tanı Var	2	14	10	16	10	52	0,010
	Sağlıklı Grup	4	26	7	9	6	52	
	Toplam	6	40	17	25	16	104	

Tablo 12’de, araştırmaya katılanların sosyal güvence ile deney ve kontrol grupları arasındaki dağılımı incelemek için yapılan ki kare analizi sonucunda sosyal güvenlik değişkeninin deney ve kontrol gruplarında anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,002<0,005$). Bu durumda her iki grupta SGK güvencesinde olanların sayısı, özel sağlık sigortası, yeşil kart ve sigorta olmamasından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 12. Sosyal Güvence Değişkeninin Klinik ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması

		Sosyal Güvence				Toplam	p
		Yok	SGK	Özel sağlık sigortası	Yeşil kart		
Diyabet Tanısı	Tanı Var	3	30	2	17	52	0,002
	Sağlıklı Grup	10	32	4	6	52	
Toplam		13	62	6	23	104	

Tablo 13’te, araştırmaya katılanların gelir düzeyi ile deney ve kontrol grupları arasındaki dağılımı incelemek için yapılan ki kare analizi sonucunda gelir düzeyi değişkeninin deney ve kontrol gruplarında anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,0007<0,005$). Bu durumda her iki grupta iyi düzeyde geliri olanların sayısı, düşük orta ve yüksek gelir düzeylerine göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 13. Gelir Düzeyinin Klinik ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması

		Gelir Düzeyi				Toplam	p
		Yüksek	İyi	Orta	Düşük		
Diyabet Tanısı	Tanı Var	3	16	20	13	52	0,0007
	Sağlıklı Grup	0	30	18	4	52	
Toplam		3	46	38	17	104	

Tablo 14’te araştırmaya katılanların anne yaş dağılımı ile deney ve kontrol grupları arasındaki dağılımı incelemek için yapılan ki kare analizi sonucunda anne yaş dağılımı değişkeninin deney ve kontrol gruplarında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($p=0,032>0,005$).

Tablo 14. Anne Yaş Dağılımının Klinik ve Kontrol Grubunda Karşılaştırılması

		Anne Yaş Dağılımı			Toplam	p
		25-35 Yaş arası	36-45 Yaş arası	46-60 Yaş Arası		
Diyabet Tanısı	Tanı Var	13	28	11	52	0,322
	Sağlıklı Grup	20	24	8	52	
Toplam		33	52	19	104	

4.2. Ebeveyn Kabul-Red Puanlarının Kişisel ve Demografik Değişkenler ile Karşılaştırılması

Tip 1 diyabet tanısı almış ve diyabet tanısı almamış sağlıklı grubun Ebeveyn Kabul-Red Ölçekleri’nden almış oldukları puanların ortalamalarının kişisel ve demografik veriler ile anlamlı bir ilişkisi olup olmadığını ölçmek için her iki grup için ayrı ayrı olmak üzere “varyans analizi” (ANOVA) uygulanmıştır. Bu doğrultuda, diyabet tanısı dışında anlamlı fark oluşturabilecek kişisel ve demografik değişkenlerin söz konusu olup olmadığını incelemek hedeflenmiştir.

4.2.1. Tanı Almayan Grubun Kişisel ve Demografik Değişkenlerinin Ölçek Puanları ile Karşılaştırılması

Tanı almayan sağlıklı grubun EKRÖ Anne Formu ve EKRÖ Çocuk Formu puan ortalamalarının kişisel ve demografik bilgiler ile anlamlı ilişkili olup olmadığını incelemek amacıyla varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Her bir değişken için ölçek puan ortalamaları tablolarda belirtilmiştir (Tablo 15-28).

Tablo 15'te ebeveyn kabul-red ile çocuk sayısı değişkeni, arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve çocuk sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ($p=0,775>0,05$). Bununla birlikte, çocukların algıladığı ebeveyn kabul-red algısı ve çocuk sayısı arasındaki ilişkide çocuk sayısı ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,003<0,005$).

Tablo 15. Sağlıklı Grubun Çocuk Sayısı ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

Çocuk Sayısı	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	p	
EKRO/Anne Formu	1	2	67,00	5,657	4,000	63	71	,597	,775
	2	4	67,75	3,500	1,750	64	72		
	3	16	69,56	2,607	,652	63	73		
	4	13	68,08	5,024	1,393	59	75		
	5	8	68,38	3,852	1,362	63	76		
	6	5	66,60	3,578	1,600	62	70		
	7	2	71,00	1,414	1,000	70	72		
	8	1	69,00	.	.	69	69		
	10	1	72,00	.	.	72	72		
	Toplam	52	68,58	3,707	,514	59	76		
EKRO/Çocuk Formu	1	2	59,00	1,414	1,000	58	60	4,392	0,003
	2	4	56,75	2,754	1,377	54	60		
	3	16	54,00	4,926	1,232	44	60		
	4	13	57,08	4,786	1,328	47	62		
	5	8	57,13	2,850	1,008	54	61		
	6	5	58,20	3,421	1,530	55	64		
	7	2	62,50	6,364	4,500	58	67		
	8	1	58,00	.	.	58	58		
	10	1	56,00	.	.	56	56		
	Toplam	52	56,50	4,466	,619	44	67		

Tablo 16'da ebeveyn kabul-red ile çocuk cinsiyeti değişkeni arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve çocuk cinsiyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ($p=,384>0,05$).

Bununla birlikte, çocuk cinsiyeti ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,325>.005$).

Tablo 16.Sağlıklı Grubun Çocuk Cinsiyeti ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

Çocuk Cinsiyet		N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	P
EKRO/Anne Formu	Kız	37	68,86	4,001	,658	59	76	,771	,384
	Erkek	15	67,87	2,850	,736	63	72		
	Toplam	52	68,58	3,707	,514	59	76		
EKRO/Çocuk Formu	Kız	37	56,89	4,149	,682	45	67	,988	,325
	Erkek	15	55,53	5,194	1,341	44	64		
	Toplam	52	56,50	4,466	,619	44	67		

Tablo 17’de ebeveyn kabul-red ile çocuk yaşı değişkeni, arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve çocuk yaşı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ($p=,630>0,05$). Bununla birlikte çocukyaşı ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,718>.005$).

Tablo 17. Sağlıklı Grubun Çocuk Yaşı ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

Çocuk Yaşı		N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	P
EKRO/Anne Formu	7	1	67,00	.	.	67	67	,752	,630
	10	1	70,00	.	.	70	70		
	11	10	68,70	3,401	1,075	63	73		
	12	13	68,62	2,663	,738	63	72		
	13	11	68,91	4,614	1,391	59	76		
	14	11	69,45	4,458	1,344	60	75		
	15	4	66,50	2,887	1,443	63	70		
	16	1	62,00	.	.	62	62		
	Toplam	52	68,58	3,707	,514	59	76		
EKRO/Çocuk Formu	7	1	55,00	.	.	55	55	,643	,718
	10	1	58,00	.	.	58	58		
	11	10	54,50	5,543	1,753	44	60		
	12	13	58,31	3,772	1,046	49	64		
	13	11	56,18	2,926	,882	49	60		
	14	11	56,91	6,139	1,851	47	67		

15	4	55,75	2,062	1,031	54	58
16	1	55,00	.	.	55	55
Toplam	52	56,50	4,466	,619	44	67

Tablo 18’de ebeveyn kabul-red ile ölçüm uygulanan kaçınıcı çocuk değişkeni, arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve ölçüm uygulanan kaçınıcı çocuk arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ($p=,700>0,05$). Bununla birlikte, ölçüm uygulanan kaçınıcı çocuk ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,411>.005$).

Tablo 18. Sağlıklı Grubun Kaçınıcı Çocuk Değişkeni ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

Kaçınıcı Çocuk	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	P	
EKRO/Anne Formu	1	24	68,58	3,717	,759	60	73	,666	,700
	2	8	69,75	3,615	1,278	64	75		
	3	12	67,75	4,309	1,244	59	76		
	4	3	66,00	3,000	1,732	63	69		
	5	1	70,00	.	.	70	70		
	6	1	67,00	.	.	67	67		
	7	2	71,00	1,414	1,000	70	72		
	10	1	72,00	.	.	72	72		
	Toplam	52	68,58	3,707	,514	59	76		
EKRO/Çocuk Formu	1	24	55,88	4,475	,913	45	61	1,051	,411
	2	8	56,13	4,190	1,481	47	60		
	3	12	56,67	4,658	1,345	44	62		
	4	3	56,33	2,082	1,202	54	58		
	5	1	54,00	.	.	54	54		
	6	1	64,00	.	.	64	64		
	7	2	62,50	6,364	4,500	58	67		
	10	1	56,00	.	.	56	56		
	Toplam	52	56,50	4,466	,619	44	67		

Tablo 19’da ebeveyn kabul-red ile yaşanan yer değişkeni arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda, annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve yaşanan yer arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p=,037<0,05$). İlçede yaşayanların reddedici tutuma anlamlı ölçüde daha yakın olduğu söylenebilir. Bununla birlikte, yaşanan yer ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,370>.005$).

Tablo 19. Sağlıklı Grubun Yaşadığı Yer ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

Nerede Yaşıyor	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	Minimum	Maximum	F	P	
EKRO/Anne Formu	İl	3	67,33	3,055	1,764	64	70	3,003	,037
	ilçe	43	68,91	3,734	,569	59	76		
	köy	6	66,83	3,710	1,515	63	72		
	Toplam	52	68,58	3,707	,514	59	76		
EKRO/Çocuk Formu	İl	3	57,67	1,155	,667	57	59	1,106	,366
	ilçe	43	56,44	4,563	,696	44	67		
	köy	6	56,33	5,203	2,124	47	61		
	Toplam	52	56,50	4,466	,619	44	67		

Tablo 20. Sağlıklı Grubun Anne Medeni Hali ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 20’de ebeveyn kabul-red ile anne medeni hali, arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve anne medeni hali arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ($p=,886>0,05$). Bununla birlikte, medeni hal ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumun arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,484>.005$).

Medeni Hal		N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	P
EKRO/Anne Formu	Evli	49	68,63	3,667	,524	59	76	,121	,886
	bekar/boşanmış/eşini kaybetmiş	3	67,67	5,132	2,963	62	72		
	Toplam	52	68,58	3,707	,514	59	76		
EKRO/Çocuk Formu	Evli	49	56,73	4,448	,635	44	67	,737	,484
	bekar/boşanmış/eşini kaybetmiş	3	52,67	3,215	1,856	49	55		
	Toplam	52	56,50	4,466	,619	44	67		

Tablo 21’de ebeveyn kabul-red ile anne mesleği arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve anne mesleği arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ($p=,863>0,05$). Bununla birlikte, anne mesleği ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,845>.005$).

Tablo 21. Sağlıklı Grubun Anne Mesleği ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

Anne Mesleği		N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	P
EKRO/Anne Formu	Ev hanımı	46	68,65	3,579	,528	59	76	,320	,863
	İşçi	1	69,00	.	.	69	69		
	Memur	5	67,80	5,495	2,458	60	72		
	Toplam	52	68,58	3,707	,514	59	76		
EKRO/Çocuk Formu	Ev hanımı	46	56,33	4,648	,685	44	67	,346	,845
	İşçi	1	54,00	.	.	54	54		
	Memur	5	58,60	1,949	,872	56	61		
	Toplam	52	56,50	4,466	,619	44	67		

Tablo 22’de ebeveyn kabul-red ile anne eğitim düzeyi, arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve anne eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ($p=,786>0,05$). Bununla birlikte, anne eğitim düzeyi ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,509>.005$).

Tablo 22.Sağlıklı Grubun Anne Eğitim Düzeyi ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

Anne Eğitim Düzeyi		N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	P
EKRO/Anne Formu	Okuryazar değil	12	68,42	4,776	1,379	62	76		
	İlkokul mezunu	23	68,22	3,316	,691	59	73	,431	,786
	Ortaokul mezunu	6	70,17	2,639	1,078	67	75		

EKRO/Çocuk Formu	Lise mezunu	7	68,71	3,039	1,149	64	72		
	Üniversite ya da yüksekokul	4	68,50	5,745	2,872	60	72		
	Toplam	52	68,58	3,707	,514	59	76		
	Okuryazar değil	12	56,50	5,885	1,699	47	67		
	İlkokul mezunu	23	55,83	4,499	,938	44	61	,837	,509
	Ortaokul mezunu	6	56,83	2,317	,946	54	60		
	Lise mezunu	7	58,00	4,472	1,690	49	62		
	Üniversite ya da yüksekokul	4	57,25	2,217	1,109	55	60		
	Toplam	52	56,50	4,466	,619	44	67		

Tablo 23'te ebeveyn kabul-red ile eş eğitim düzeyi, arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve eş eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ($p=,983>0,05$). Bununla birlikte, eş eğitim düzeyi ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,307>.005$).

Tablo 23.Sağlıklı Grubun Eş Eğitim Düzeyi ve EKRO puanlarının Karşılaştırılması

Eş Eğitim Düzeyi		N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	P
EKRO/Anne Formu	Okuryazar değil	4	66,50	4,655	2,327	62	71		
	İlkokul mezunu	26	68,92	3,370	,661	63	76		
	Ortaokul mezunu	7	69,14	2,116	,800	67	73		
	Lise mezunu	9	68,44	5,053	1,684	59	75	,054	,983
	Üniversite ya da yüksekokul	6	68,00	4,382	1,789	60	72		
	Toplam	52	68,58	3,707	,514	59	76		
	Okuryazar değil	4	57,50	2,082	1,041	55	60		
EKRO/Çocuk Formu	İlkokul mezunu	26	55,96	5,087	,998	44	67		
	Ortaokul mezunu	7	54,71	4,957	1,874	45	61	1,235	,307
	Lise mezunu	9	58,00	3,742	1,247	49	61		
	Üniversite ya da yüksekokul	6	58,00	2,449	1,000	55	62		
	Toplam	52	56,50	4,466	,619	44	67		

Tablo 24'de ebeveyn kabul-red ile sosyal güvenlik arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve sosyal

güvenlik arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ($p=,642>0,05$). Bununla birlikte, sosyal güvenlik ve algılanan ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmektedir ($p=0,003<.005$). Bu doğrultuda, sağlıklı grupta yeşil kart sahibi olan ailelerin çocukların algıladıkları ebeveyn tutumunun anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 24. Sağlıklı Grubun Sosyal Güvence ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

Sosyal Güvenlik		N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	P
EKRO/Anne Formu	Yok	10	68,80	4,756	1,504	59	76	,448	,642
	SGK	32	68,47	3,483	,616	60	75		
	Özel sağlık sigortası	4	68,25	3,594	1,797	63	71		
	Yeşil kart	6	69,00	4,000	1,633	62	72		
	Toplam	52	68,58	3,707	,514	59	76		
EKRO/Çocuk Formu	Yok	10	58,20	1,751	,554	55	61	4,395	,0003
	SGK	32	55,59	4,731	,836	44	62		
	Özel sağlık sigortası	4	57,00	2,000	1,000	56	60		
	Yeşil kart	6	58,17	6,494	2,651	49	67		
	Toplam	52	56,50	4,466	,619	44	67		

Tablo 25'te ebeveyn kabul-red ile gelir düzeyi arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ($p=,972>0,05$). Bununla birlikte, gelir düzeyi ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,410>.005$).

Tablo 25.Sağlıklı Grubun Gelir Düzeyi ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

Gelir Düzeyi		N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	P
EKRO/Anne Formu	İyi	30	68,17	3,761	,687	59	75	,028	,972
	Orta	18	69,06	3,718	,876	62	76		
	Düşük	4	69,50	3,786	1,893	64	72		
	Toplam	52	68,58	3,707	,514	59	76		
EKRO/Çocuk Formu	İyi	30	56,37	4,507	,823	44	64	,909	,410
	Orta	18	56,00	4,270	1,007	45	60		

Düşük	4	59,75	4,856	2,428	57	67
Toplam	52	56,50	4,466	,619	44	67

Tablo 26’da ebeveyn kabul-red ile çocuğun başarı düzeyi arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve çocuğun başarı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ($p=,982>0,05$). Bununla birlikte, çocuğun başarı düzeyi ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,738>.005$).

Tablo 26. Sağlıklı Grubun Çocuk Başarı Düzeyi ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

Çocuğun Başarı Düzeyi	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	P
EKRO/Anne Formu								
Çok iyi	23	68,48	3,502	,730	60	72		
İyi	26	68,62	4,060	,796	59	76		
Orta	3	69,00	3,000	1,732	66	72	,018	,982
Toplam	52	68,58	3,707	,514	59	76		
EKRO/Çocuk Formu								
Çok iyi	23	56,83	2,980	,621	49	61		
İyi	26	55,88	5,264	1,032	44	64		
Orta	3	59,33	6,807	3,930	54	67	,305	,738
Toplam	52	56,50	4,466	,619	44	67		

Tablo 27’de ebeveyn kabul-red ile düzenli ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve düzenli ilaç kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ($p=,579>0,05$). Bununla birlikte, düzenli ilaç kullanımı ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,547>.005$).

Tablo 27. Sağlıklı Grubun Düzenli İlaç Kullanımı ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

Düzenli ilaç Kullanımı	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	P
EKRO/Anne Formu								
Evet	13	69,08	3,662	1,016	62	76		
Hayır	39	68,41	3,754	,601	59	75	,311	,579
Toplam	52	68,58	3,707	,514	59	76		
EKRO/Çocuk								
Evet	13	57,15	3,508	,973	49	64		

Formu	Hayır	39	56,28	4,763	,763	44	67	,367	,547
	Toplam	52	56,50	4,466	,619	44	67		

Tablo 28’de ebeveyn kabul-red ile anne yaş dağılımı arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve anne yaş dağılımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ($p=,838>0,05$). Bununla birlikte, çocukların algıladığı ebeveyn kabul-red algısı ve anne yaş dağılımı arasındaki ilişkide çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu ile anne yaşı değişkeni arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,191>.005$).

Tablo 28. Sağlıklı Grubun Anne Yaş Dağılımı ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

Anne Yaş Dağılımı		N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	P
EKRO/Anne Formu	25-35 Yaş arası	20	68,95	3,103	,694	63	74	,177	,838
	36-45 Yaş arası	24	68,42	4,190	,855	59	76		
	46-60 Yaş Arası	8	68,13	3,944	1,394	62	72		
	Toplam	52	68,58	3,707	,514	59	76		
EKRO/Çocuk Formu	25-35 Yaş arası	20	55,10	4,291	,959	47	61	1,710	,191
	36-45 Yaş arası	24	57,21	4,615	,942	44	64		
	46-60 Yaş Arası	8	57,88	3,980	1,407	54	67		
	Toplam	52	56,50	4,466	,619	44	67		

4.2.2. Tip-1 Diyabet Tanısı Alan Klinik Grubun Kişisel ve Demografik Değişkenlerinin Ölçek Puanları ile Karşılaştırılması

Tip-1 Diyabet Tanısı Alan grubun EKRÖ Anne Formu ve EKRÖ Çocuk Formu puan ortalamalarının kişisel ve demografik bilgiler ile anlamlı ilişkili olup olmadığını incelemek amacıyla varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Her bir değişken için ölçek puan ortalamaları tablolarda belirtilmiştir (Tablo 29-44).

Tablo 29’da Tip 1 Diyabet tanısı alan grupta, Ebeveyn kabul-red ile çocuk cinsiyeti değişkeni arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve çocuk cinsiyeti arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p=0,004<0,005$). Bununla birlikte, çocuk cinsiyeti ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,326>.005$).

Tablo 29. Klinik Grubun Çocuk Cinsiyet ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

								F	P
Çocuk Cinsiyet	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum			
EKRÖ/Anne Formu	Kız	27	69,48	4,210	,810	63	82		
	Erkek	25	67,44	3,489	,698	61	75	3,593	0,004
	Toplam	52	68,50	3,978	,552	61	82		
EKRÖ/Çocuk Formu	Kız	27	58,15	2,349	,452	54	63	,994	,326
	Erkek	25	56,92	5,958	1,192	36	64		
	Toplam	52	57,56	4,461	,619	36	64		

Tablo 30’da ebeveyn kabul-red ile çocuk sayısı değişkeni, arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve çocuk sayısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p=0,004<0,05$). Bununla birlikte, çocuk sayısı ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,498>.005$).

Tablo 30. Klinik Grubun Çocuk Sayısı ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

								F	P
Çocuk Sayısı	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum			
EKRÖ/Anne Formu	1	5	70,20	3,194	1,428	66	75	3,795	0,004
	2	10	67,90	2,644	,836	63	71		
	3	15	67,53	4,190	1,082	63	77		

	4	8	68,25	3,327	1,176	61	72		
	5	8	68,75	2,605	,921	66	73		
	6	4	71,75	9,215	4,608	63	82		
	7	2	68,00	1,414	1,000	67	69		
	Toplam	52	68,50	3,978	,552	61	82		
	1	5	58,00	2,550	1,140	56	62		
	2	10	55,80	4,803	1,519	44	60		
	3	15	59,13	2,875	,742	54	64	,907	,498
EKRÖ/Çocuk Formu	4	8	55,88	8,288	2,930	36	62		
	5	8	57,38	2,722	,962	54	63		
	6	4	57,75	1,893	,946	55	59		
	7	2	60,50	3,536	2,500	58	63		
	Toplam	52	57,56	4,461	,619	36	64		

Tablo 31’de ebeveyn kabul-red ile çocuk yaşı değişkeni, arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve çocuk yaşı arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p=0,004<0,005$). Bununla birlikte, çocuk yaşı ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,081>.005$).

Tablo 31. Klinik Grubun Çocuk Yaşı ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

								F	p
Çocuk Yaşı		N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimu m	Maksimu m		
EKRÖ/Anne Formu	8	9	69,22	1,856	,619	66	71		
	9	10	67,70	3,592	1,136	63	75		
	10	7	67,86	4,598	1,738	63	77	,858	0,004
	11	4	67,25	3,403	1,702	63	70		
	12	7	66,57	2,573	,972	63	69		
	13	7	70,29	6,550	2,476	61	82		
	14	7	70,43	4,237	1,601	65	77		
	15	1	67,00	.	.	67	67		
Toplam	52	68,50	3,978	,552	61	82			
EKRÖ/Çocuk Formu	8	9	57,22	3,032	1,011	54	62		
	9	10	59,10	2,885	,912	54	64		
	10	7	59,14	1,952	,738	56	62	,522	,081

11	4	56,00	2,160	1,080	54	59
12	7	56,14	5,984	2,262	44	63
13	7	56,29	9,250	3,496	36	63
14	7	57,71	1,976	,747	55	61
15	1	58,00	.	.	58	58
Toplam	52	57,56	4,461	,619	36	64

Tablo 32’de ebeveyn kabul-red ile ölçüm uygulanan kaçınıcı çocuk değişkeni, arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve ölçüm uygulanan kaçınıcı çocuk arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p=0,003<0,05$). Bununla birlikte, ölçüm uygulanan kaçınıcı çocuk ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,282>0,05$).

Tablo 32. Klinik Grubun Kaçınıcı Çocuk ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

Kaçınıcı Çocuk	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	P
EKRÖ/Anne Formu	1	18	68,83	3,698	,872	63	77	
	2	19	68,05	2,838	,651	63	75	4,552
	3	8	66,50	3,780	1,336	61	73	0,003
	4	4	72,75	6,185	3,092	69	82	
	5	3	69,00	7,211	4,163	63	77	
	Toplam	52	68,50	3,978	,552	61	82	1,304
EKRÖ/Çocuk Formu	1	18	55,83	6,483	1,528	36	62	
	2	19	58,47	2,611	,599	54	64	
	3	8	58,75	2,605	,921	55	63	
	4	4	56,75	2,217	1,109	54	59	
	5	3	60,00	2,646	1,528	58	63	
	Toplam	52	57,56	4,461	,619	36	64	,282

Tablo 33’de ebeveyn kabul-red ile yaşanan yer değişkeni arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve yaşanan yer arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ($p=,243>0,05$). Bununla birlikte,

yaşanan yer ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,928>.005$).

Tablo 33. Klinik Grubun Yaşadığı Yer ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

								F	P
Nerede Yaşıyorsunuz?	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum			
EKRÖ/Anne Formu	il	27	69,37	2,924	,563	64	77		
	ilçe	22	67,68	4,951	1,056	61	82	1,456 ,243	
	köy	3	66,67	3,512	2,028	63	70		
	Toplam	52	68,50	3,978	,552	61	82		
EKRÖ/Çocuk Formu	il	27	57,37	4,892	,942	36	62		
	ilçe	22	57,68	4,258	,908	44	64	,075 ,928	
	köy	3	58,33	2,082	1,202	56	60		
	Toplam	52	57,56	4,461	,619	36	64		

Tablo 34’de ebeveyn kabul-red ile anne medeni hali, arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve anne medeni hali arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ($p=,336>0,05$). Bununla birlikte, medeni hal ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,404>.005$).

Tablo 34. Klinik Grubun Anne Medeni Hali ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

								F	P
Medeni Hal		N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum		
	Evli	49	68,37	3,978	,568	61	82		
EKRÖ/Anne Formu	bekar/boşanmış/eşini kaybetmiş	3	70,67	4,041	2,333	67	75	,943	,336
	Toplam	52	68,50	3,978	,552	61	82		
	Evli	49	57,43	4,537	,648	36	64		
EKRÖ/Çocuk Formu	bekar/boşanmış/eşini kaybetmiş	3	59,67	2,517	1,453	57	62	,708	,404
	Toplam	52	57,56	4,461	,619	36	64		

Tablo 35’te ebeveyn kabul-red ile anne mesleği arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve anne mesleği

arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir($p=,663>0,05$). Bununla birlikte, anne mesleği ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,705>.005$).

Tablo 35. Klinik Grubun Anne Mesleği ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

Anne Mesleği		N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	P
EKRÖ/Anne Formu	Ev hanımı	34	68,47	4,329	,742	61	82	,559	,665
	İşçi	2	72,50	3,536	2,500	70	75		
	Memur	11	67,91	3,562	1,074	63	75		
	Esnaf	4	68,00	1,826	,913	66	70		
	Diğer	1	70,00	.	.	70	70		
	Toplam	52	68,50	3,978	,552	61	82		
EKRÖ/Çocuk Formu	Ev hanımı	34	57,44	4,473	,767	36	63	,542	,705
	İşçi	2	59,00	2,828	2,000	57	61		
	Memur	11	56,91	5,300	1,598	44	64		
	Esnaf	4	60,25	2,630	1,315	58	63		
	Diğer	1	55,00	.	.	55	55		
	Toplam	52	57,56	4,461	,619	36	64		

Tablo 36’da ebeveyn kabul-red ile anne eğitim düzeyi, arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve anne eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ($p=,383>0,05$). Bununla birlikte, anne eğitim düzeyi ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,305>.005$).

Tablo 36. Klinik Grubun Anne Eğitim Düzeyi ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

Anne Eğitim Düzeyi		N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	P
EKRÖ/Anne Formu	Okuryazar değil	10	68,30	5,945	1,880	61	82	1,067	,383
	İlkokul mezunu	17	67,82	2,455	,596	63	73		
	Ortaokul mezunu	8	71,00	3,338	1,180	67	77		

	Lise mezunu	10	67,60	4,248	1,343	63	77		
	Üniversite ya da yüksekokul	7	68,86	3,761	1,421	63	75		
	Toplam	52	68,50	3,978	,552	61	82		
	Okuryazar değil	10	55,30	7,227	2,285	36	62		
	İlkokul mezunu	17	58,53	2,601	,631	54	63		
	Ortaokul mezunu	8	57,13	1,885	,666	54	60	1,246	,305
EKRÖ/Çocuk Formu	Lise mezunu	10	59,10	2,514	,795	54	62		
	Üniversite ya da yüksekokul	7	56,71	6,550	2,476	44	64		
	Toplam	52	57,56	4,461	,619	36	64		

Tablo 37’de ebeveyn kabul-red ile anne eğitim düzeyi, arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve anne eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ($p=,930>0,05$). Bununla birlikte, anne eğitim düzeyi ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,326>.005$).

Tablo 37. Klinik Grubun Eş Eğitim Düzeyi ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

Eş Eğitim Düzeyi		N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	P
EKRÖ/Anne Formu	Okuryazar değil	2	66,50	4,950	3,500	63	70		
	İlkokul mezunu	14	69,07	5,356	1,431	61	82		
	Ortaokul mezunu	10	68,40	3,026	,957	65	75	,212	,930
	Lise mezunu	16	68,56	3,558	,890	63	77		
	Üniversite ya da yüksekokul	10	68,10	3,695	1,169	63	75		
	Toplam	52	68,50	3,978	,552	61	82		
EKRÖ/Çocuk Formu	Okuryazar değil	2	56,50	3,536	2,500	54	59		
	İlkokul mezunu	14	56,07	6,207	1,659	36	62		
	Ortaokul mezunu	10	58,00	2,789	,882	55	63	1,193	,326
	Lise mezunu	16	59,31	2,120	,530	55	63		
	Üniversite ya da yüksekokul	10	56,60	5,481	1,733	44	64		
	Toplam	52	57,56	4,461	,619	36	64		

Tablo 38’de ebeveyn kabul-red ile sosyal güvenlik arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve sosyal güvenlik arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ($p=,993>0,05$). Bununla birlikte, sosyal güvenlik ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı görülmektedir ($p=,974<.005$).

Tablo 38. Klinik Grubun Sosyal Güvenlik ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

Sosyal Güvenlik	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	P
Yok	3	68,33	6,110	3,528	63	75		
SGK	30	68,43	3,181	,581	63	77		
EKRÖ/Anne Formu	2	68,00	2,828	2,000	66	70	,029	,993
Özel sağlık sigortası	17	68,71	5,181	1,257	61	82		
Yeşil kart	52	68,50	3,978	,552	61	82		
Toplam	3	58,67	1,528	,882	57	60		
Yok	30	57,40	5,605	1,023	36	64		
SGK	2	57,50	3,536	2,500	55	60	,073	,974
EKRÖ/Çocuk Formu	17	57,65	2,262	,549	54	62		
Özel sağlık sigortası	52	57,56	4,461	,619	36	64		
Yeşil kart								
Toplam								

Tablo 39’da ebeveyn kabul-red ile gelir düzeyi arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ($p=,959>0,05$). Bununla birlikte, gelir düzeyi ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,898>.005$).

Tablo 39. Klinik Grubun Gelir Düzeyi ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

Gelir Düzeyi	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	P
Yüksek	3	69,33	6,028	3,480	63	75		
EKRÖ/Anne Formu	16	68,25	3,804	,951	63	77		
İyi	20	68,35	2,661	,595	61	72	,102	,959
Orta								

	Düşük	13	68,85	5,610	1,556	63	82		
	Toplam	52	68,50	3,978	,552	61	82		
	Yüksek	3	56,67	11,015	6,360	44	64		
	İyi	16	58,25	2,517	,629	54	63		
EKRÖ/Çocuk Formu	Orta	20	57,25	5,693	1,273	36	63	,197	,898
	Düşük	13	57,38	2,022	,561	54	61		
	Toplam	52	57,56	4,461	,619	36	64		

Tablo 40'ta ebeveyn kabul-red ile çocuğun başarı düzeyi arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve çocuğun başarı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ($p=,978>0,05$). Bununla birlikte, çocuğun başarı düzeyi ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,414>.005$).

Tablo 40. Klinik Grubun Çocuğun Başarı Düzeyi ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

Çocuğun Başarı Düzeyi								F	P
		N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum		
EKRÖ/Anne Formu	Çok iyi	5	67,60	3,050	1,364	63	70		
	İyi	23	68,43	3,929	,819	63	82		
	Orta	16	68,63	3,948	,987	64	77	,111	,978
	Düşük	7	68,86	5,610	2,121	61	77		
	Çok düşük	1	70,00	.	.	70	70		
	Toplam	52	68,50	3,978	,552	61	82		
EKRÖ/Çocuk Formu	Çok iyi	5	54,40	6,229	2,786	44	60		
	İyi	23	57,48	5,325	1,110	36	63		
	Orta	16	57,75	2,745	,686	54	64	1,006	,414
	Düşük	7	59,14	2,673	1,010	55	63		
	Çok düşük	1	61,00	.	.	61	61		
	Toplam	52	57,56	4,461	,619	36	64		

Tablo 41'de ebeveyn kabul-red ile çocuğun hastalığından dolayı devamsızlığı arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve çocuğun hastalığından dolayı devamsızlığı arasında anlamlı bir ilişki

olduğu görülmüştür ($p=,049<0,05$). Bununla birlikte, çocuğun hastalığından dolayı devamsızlığı ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,618>0,005$).

Tablo 41. Klinik Grubun Devamsızlık ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

Devamsızlık	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	P
Evet	35	67,80	3,833	,648	61	77		
Hayır	16	70,06	4,090	1,023	66	82	3,742	,049
Toplam	52	68,50	3,978	,552	61	82		
Evet	35	57,23	5,100	,862	36	64		
Hayır	16	58,06	2,720	,680	54	63	,485	,618
Toplam	52	57,56	4,461	,619	36	64		

Tablo 42’de ebeveyn kabul-red ile düzenli ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve düzenli ilaç kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ($p=,384>0,05$). Bununla birlikte, düzenli ilaç kullanımı ve çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,004<0,005$).

Tablo 42. Klinik Grubun Düzenli İlaç Kullanımı ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

Çocuğunuz Düzenli İlaç Kullanıyor mu?	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	P
Evet	27	68,65	3,999	,784	61	77		
Hayır	25	68,56	3,959	,792	63	82		
Toplam	52	68,50	3,978	,552	61	82	,977	,384
Evet	27	57,19	5,254	1,030	36	64		
Hayır	25	58,48	2,201	,440	54	63	6,337	0,004
Toplam	52	57,56	4,461	,619	36	64		

Tablo 43’te ebeveyn kabul-red ile anne yaş dağılımı arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve yaş dağılımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ($p=,579>0,05$). Bununla birlikte,

çocukların algıladığı ebeveyn kabul-red algısı ve anne yaş dağılımı arasındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,547>.005$).

Tablo 43. Klinik Grubun Anne Yaş Dağılımı ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

Anne Yaş Dağılımı		N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	P
EKRÖ/Anne Formu	25-35 Yaş arası	13	70,92	4,092	1,135	63	77	,992	,579
	36-45 Yaş arası	28	68,89	4,140	,782	63	82		
	46-60 Yaş Arası	11	67,00	3,347	1,009	61	72		
	Toplam	52	68,50	3,978	,552	61	82		
EKRÖ/Çocuk Formu	25-35 Yaş arası	13	57,54	4,977	1,380	44	64	,160	,547
	36-45 Yaş arası	28	57,82	2,374	,449	54	62		
	46-60 Yaş Arası	11	56,91	7,476	2,254	36	63		
	Toplam	52	57,56	4,461	,619	36	64		

Tablo 44’de Ebeveyn kabul-red ile insülin iğnesini kim yaptığı değişkeni arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan anova analizi sonucunda annelerin ebeveyn kabul red algısı değişkeni ve insülin iğnesini kim yaptığı değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ($p=,267>0,05$). Bununla birlikte, çocukların algıladığı ebeveyn kabul-red algısı ve insülin iğnesini kim yaptığı değişkeni arasındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p=,744>.005$).

Tablo 44. Klinik Grubun İnsülin İğnesini Kim Yaptığı Değişkeni ve EKRÖ puanlarının Karşılaştırılması

İnsülin İğnesini Kim Yapıyor?		N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	Minimum	Maksimum	F	P
EKRÖ/Anne Formu	Kendim	15	69,87	2,475	,639	66	77	1,355	,267
	Çocuğun kendisi	34	68,03	4,203	,721	61	82		
	Eşim	3	67,00	6,928	4,000	63	75		

	Total	52	68,50	3,978	,552	61	82		
	Kendim	15	57,87	2,850	,736	54	62		
EKRÖ/Çocuk Formu	Çocuğun kendisi	34	57,59	4,513	,774	36	63		
	Eşim	3	55,67	10,408	6,009	44	64	,298	,744
	Total	52	57,56	4,461	,619	36	64		

4.4. Tanı Almayan ve Tip 1 Diyabet Tanısı Almış Grupların Ebeveyn Kabul-Red Puanlarının Karşılaştırılması

Tip 1 diyabet tanısı almış ve diyabet tanısı almamış sağlıklı grubun Ebeveyn Kabul-Red Ölçekleri'nden almış oldukları puanların ortalamalarının alt boyutlar halinde ayrı ayrı incelenip anlamlı farklılıkları olup olmadığını çözümlemek amacıyla “bağımsız örneklem t testi” uygulanmış, ölçek alt boyutlarının gruplar arasında ayrı ayrı olmak üzere aralarındaki ilişkiyi incelemek için ise korelasyon analizi yapılmıştır.

Tablo 45'te ölçek alt boyutlarının Tip-1 Diyabet tanısı alan ve tanı almayan grup ile karşılaştırılması amacıyla yapılan “bağımsız örneklem t testi” sonuçları doğrultusunda Anne EKRÖ Formu'ndaki “Farklılaşmamış Red” alt boyutunun gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bu doğrultuda, diyabet tanısı alan grubun farklılaşmamış red düzeyi sağlıklı gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,003$, $p<0.005$). Ayrıca, Çocuk EKRÖ Formu'ndaki “Sıcaklık/Duygulanım” boyutunun gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,004$, $p<0.005$). Bu doğrultuda, tanı alan grubun sağlıklı kontrol grubuna göre bu alt boyuttaki puan ortalamasının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir. Belirtilen alt boyut ölçeğin toplam puanlaması hesaplanırken ters puanlanan bir alt boyut olmasından ötürü, sıcaklık/duygulanım tutumunun tanı alan grupta, sağlıklı gruba göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmektedir. Anlamlı farklılık bulunan bir diğer alt boyut olan Çocuk EKRÖ Formu'ndaki “Farklılaşmamış Red” alt boyutunun gruplar arasında anlamlı düzeyde farklı olduğu görülmüştür. Bu doğrultuda, tanı alan grubun tanı almayan gruba göre farklılaşmamış red boyutundan aldığı puanların ortalaması anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0,003$, $p<0.005$).

Tablo 45. Tanı Almayan ve Tip 1 Diyabet Tanısı Almış Grupların Ebeveyn Kabul-Red Puanlarının Karşılaştırılması

EKRÖ Alt Boyutları	Diyabet Tanısı	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata Ort.	F	P
Sıcaklık Duygulanım EKRÖ/Anne Formu	Tanı Var	52	24,73	2,97	,412		
	Sağlıklı Grup	52	25,58	2,98	,414	,433	,512
Düşmanlık Saldırganlık EKRÖ/Anne Formu	Tanı Var	52	15,03	2,53	,35164		
	Sağlıklı Grup	52	14,61	2,38	,33086	,102	,750
Umursamazlık İhmal EKRÖ/Anne Formu	Tanı Var	52	18,76	2,38	,33138		
	Sağlıklı Grup	52	18,73	2,31	,32157	,009	,926
Farklılaşmamış Ret EKRÖ/Anne Formu	Tanı Var	52	9,96	2,64	,36635		
	Sağlıklı Grup	52	9,65	1,58	,21950	3,279	0,003
Sıcaklık Duygulanım EKRÖ/Çocuk Formu	Tanı Var	52	18,40	1,90	,264		
	Sağlıklı Grup	52	17,90	3,36	,467	8,586	0,004
Düşmanlık Saldırganlık EKRÖ/Çocuk Formu	Tanı Var	52	14,33	1,77	,247		
	Sağlıklı Grup	52	13,27	1,89	,262	1,815	,181
Umursamazlık İhmal EKRÖ/Çocuk Formu	Tanı Var	52	16,29	1,87	,260		
	Sağlıklı Grup	52	16,63	1,90	,263	,142	,707
Farklılaşmamış Ret EKRÖ/Çocuk Formu	Tanı Var	52	8,69	1,56	,217		
	Sağlıklı Grup	52	8,54	1,42	,197	4,299	0,003

4.5. Tanı Almayan Sağlıklı Grub ve Tip-1 Diyabet Tanısı Almış Klinik Grubun Ebeveyn Kabul-Red Boyutlarının Korelasyon Analizi

Tanı Almayan Sağlıklı Grub ve Tip-1 Diyabet Tanısı Almış Klinik Grubun Ebeveyn Kabul-Red Boyutlarının Korelasyon Analizi aşağıdaki tablolarda verilmiştir (Tablo 46-47).

Tablo 46’da tanı almayan sağlıklı grubun EKRÖ anne ve çocuk Formu’nun alt boyutları arasındaki korelasyon analizi gösterilmektedir. Korelasyon analizi sonuçlarına göre alt boyutların birbirleri arasında farklı düzeylerde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 46. Tanı Almayan ve Sağlıklı Grubun Ebeveyn Kabul-Red Boyutlarının Korelasyon Analizi

Tanı Almamış Sağlıklı Kontrol Grubu (N=52)	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Sıcaklık Duygulanım EKRÖ/Anne Formu	1							
2. Düşmanlık Saldırganlık EKRÖ/Anne Formu	-,469**	1						
3. Umursamazlık İhmal EKRÖ/Anne Formu	,037	-,235	1					
4. Farklılaşmamış Ret EKRÖ/Anne Formu	-,239	,530**	-,234	1				
5. Sıcaklık Duygulanım EKRÖ/Çocuk Formu	,121	-,122	-,099	-,014	1			
6. Düşmanlık Saldırganlık EKRÖ/Çocuk Formu	-,343**	,045	,012	,038	-,245	1		
7. Umursamazlık İhmal EKRÖ/Çocuk Formu	-,187	,133	,173	-,010	-,174	,257	1	
8. Farklılaşmamış Ret EKRÖ/Çocuk Formu	,139	-,011	-,012	-,012	-,032	,181	,291*	1

Tablo 47’de tanı alan grubun EKRÖ anne ve çocuk Formu’nun alt boyutları arasındaki korelasyon analizi gösterilmektedir. Korelasyon analizi sonuçlarına göre alt boyutların birbirleri arasında farklı düzeylerde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 47. Tip-1 Diyabet Tanısı Almış Klinik Grubun Ebeveyn Kabul-Red Boyutlarının Korelasyon Analizi

Tanı Almış Klinik Grup (N=52)	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Sıcaklık Duygulanım EKRÖ/Anne Formu	1							
2. Düşmanlık Saldırganlık EKRÖ/Anne Formu	,540**	1						
3. Umursamazlık İhmal EKRÖ/Anne Formu	,287*	-,552**	1					
4. Farklılaşmamış Ret EKRÖ/Anne Formu	-,411**	,600**	-,234	1				
5. Sıcaklık Duygulanım EKRÖ/Çocuk Formu	,027	,119	-,152	-,028	1			

6. Düşmanlık Saldırganlık EKRÖ/Çocuk Formu	,343*	,006	-,120	-,352*	,117	1		
7. Umursamazlık İhmal EKRÖ/Çocuk Formu	,183	,043	-,055	-,339*	-,066	,536**	1	
8. Farklılaşmamış Ret EKRÖ/Çocuk Formu	-,267**	,125	-,113	-,078	-,104	,394**	,427**	1

- EKRÖ Anne Formu'ndaki Sıcaklık/Duygulanım alt boyutu ile EKRÖ Anne Formu Düşmanlık/Saldırganlık alt boyutu orta düzey, pozitif ve anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=,540$, $p<.005$).
- EKRÖ Anne Formu'ndaki Sıcaklık/Duygulanım alt boyutu ile EKRÖ Anne Formu Umursamazlık/İhmal alt boyutu zayıf düzey, pozitif ve anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=,287$, $p<.001$).
- EKRÖ Anne Formu'ndaki Sıcaklık/Duygulanım alt boyutu ile EKRÖ Anne Formu Farklılaşmamış Red alt boyutu orta düzey, negatif ve anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=-,411$, $p<.001$).
- EKRÖ Anne Formu'ndaki Sıcaklık/Duygulanım alt boyutu ile EKRÖ Çocuk Formu Farklılaşmamış Red alt boyutu zayıf düzey, negatif ve anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=-,267$, $p<.005$).
- EKRÖ Anne Formu'ndaki Sıcaklık/Duygulanım alt boyutu ile EKRÖ Çocuk Formu Düşmanlık/Saldırganlık alt boyutu orta düzey, pozitif ve anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=,343$, $p<.001$).
- EKRÖ Anne Formu'ndaki Düşmanlık/Saldırganlık alt boyutu ile EKRÖ Anne Formu Umursamazlık/İhmal alt boyutu orta düzey, negatif ve anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=-,552$, $p<.005$).
- EKRÖ Anne Formu'ndaki Düşmanlık/Saldırganlık alt boyutu ile EKRÖ Anne Formu Farklılaşmamış Red alt boyutu güçlü, pozitif ve anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=,600$, $p<.005$).
- EKRÖ Anne Formu'ndaki Farklılaşmamış Red alt boyutu ile EKRÖ Çocuk Formu Düşmanlık/Saldırganlık alt boyutu orta düzey, negatif ve anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=-,352$, $p<.005$).
- EKRÖ Anne Formu'ndaki Farklılaşmamış Red alt boyutu ile EKRÖ Çocuk Formu Umursamazlık/İhmal alt boyutu orta düzey, negatif ve anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=-,352$, $p<.005$).

- EKRÖ Çocuk Formu Düşmanlık/Saldırganlık ve EKRÖ Çocuk Formu Umursamazlık/İhmal alt boyutu orta düzey, pozitif ve anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=,536$, $p<.005$).
- EKRÖ Çocuk Formu Düşmanlık/Saldırganlık alt boyutu ve EKRÖ Çocuk Formu Farklılaşmamış Red alt boyutu zayıf, negatif ve anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=,364$, $p<.005$).
- EKRÖ Çocuk Formu Umursamazlık İhmal alt boyutu ve EKRÖ Çocuk Formu Farklılaşmamış Red alt boyutu orta düzey, negatif ve anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=,427$, $p<.005$).



BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

5.1. Demografik ve Klinik Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Katılımcıların kişisel, demografik ve klinik değişkenler olmak üzere vermiş oldukları yanıtların betimleyici istatistiksel sonuçları Tip I diyabet tanısı alan çocuklar ve anneleri ile tanı almamış çocuklar ve anneleri olmak üzere ayrı ayrı incelenmiştir. Sonuçlar kapsamında klinik grubun kız ve erkek çocuk dağılımı birbirine yakın değerlerde bulunmuştur. 52 çocuk ve 52 anne klinik grupta; 52 anne ve 52 çocuk sağlıklı kontrol grubunda yer almaktadır. Klinik grupta erkek çocukların sayısı az bir farkla kız çocuklarından fazla bulunmuştur. Çocuk sayısı değişkenine göre ağırlıklı olarak 3 çocuklu ailelerin katılımı söz konusudur. Çocukların yaş aralığı klinik grupta 8 ve 15 yaş arasında seyretmektedir. Yüzdesel dağılıma göre en yüksek oran 9 yaşındaki çocuklardır. Anne yaş dağılımı 25 ve 59 yaş arasındadır. Annelerin yaş aralığı olarak en yüksek 36 ile 45 yaş arasında olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan ve diyabet tanısı alan çocuğun ailede kaçınıcı çocuk olduğu değişkenine göre 2. Çocuk oranı diğerlerine göre dağılımda daha fazla olduğu görülmektedir. Annelerin mesleği en yüksek oranda ev hanımıdır. Bu bağlamda, çocukların bakımını üstlenen kişilerin anneleri olduğu düşünülebilir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu şehirde yaşadıklarını bildirmiştir. Eğitim düzeyi değişkenine göre annelerin çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu bulunmuştur. Ayrıca, eş eğitim düzeyinin ise ağırlıklı olarak lise mezunu olduğu görülmüştür. Gelir düzeyi dağılımı en yüksek oranda orta düzey bulunmuştur. Sağlık hizmetleri bakımından önem teşkil eden sosyal güvence değişkeninin dağılımı ise ağırlıklı olarak SGK olduğunu göstermektedir.

Diyabet tanısına ilişkin klinik değişkenler incelendiğinde, çocukların çoğunlukla iki kez hastanede yatarak tedavi olduğu tespit edilmiştir. Çocukların rahatsızlıklarından dolayı devamsızlığı olup olmadığına ilişkin, annelerin yanıtlarına göre 3'te 1 oranında devamsızlık yaptıkları bulunmuştur. Çocukların başarı düzeyi ise anneleri tarafından ağırlıklı olarak iyi ve orta olarak bildirilmiştir. Diyabet tanısının konulduğu yıl değişkenine göre en yüksek oranın 5 yıl ve fazlası olduğu tespit edilmiştir. Klinik gruptaki tüm Tip I Diyabet tanısı alan çocuklar insülin tedavisi görmektedir. İnsülin iğnesini ağırlıklı olarak çocukların kendileri yapmaktadır.

Sağlıklı kontrol grubuna, klinik gruptan farklı olarak diyabet tanısı ile ilgili soruların dışında demografik ve kişisel bilgilere ilişkin sorular yöneltilmiştir. Sağlıklı kontrol grubundaki kız çocuklarının sayısı daha fazla farkla erkek çocuklarından fazladır. Çocuk

sayısı değişkenine göre, klinik grupta olduğu gibi 3 çocuklu ailelerin sayısı daha fazla olarak bulunmuştur. Çocukların yaş dağılımı ise 8 ile 15 arasında değişmekte olup, sağlıklı kontrol grubunda 8 ve 9 yaşında çocuklar yer almamıştır. En yüksek oran ise 12 yaş çocukları olarak bulunmuştur. Kaçınıcı çocuk için ölçüm yapıldığı değişkenine göre ilk çocuk olarak bildirenlerin sayısının diğerlerine göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Anne yaş dağılımının 25 ile 60 arasında değiştiği görülmekte olup, en yüksek oranın 36-45 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte annelerin ağırlıklı olarak ev hanımı olduğu ve ilkokul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Yaşanılan yer değişkenine göre, klinik gruptan farklı olarak sağlıklı kontrol grubundaki ailelerin çoğunlukla ilçelerde yaşadığı görülmüştür. Eş eğitim düzeyi ise sağlıklı grupta çoğu sayıda ilkokul mezunu olarak bulunmuştur. Gelir düzeyi ise katılımcılar tarafından ağırlıklı olarak iyi düzeyde bildirilmiştir. Klinik grupta olduğu gibi sağlıklı kontrol grubundaki sosyal güvence en yüksek oranda SGK olarak bulunmuştur. Çocuğun not ortalaması değişkenine sağlıklı gruptaki katılımcılar ağırlıklı olarak çok iyi ve iyi düzeyde yanıtlarını vermişlerdir. Çocukların 3'te 1 ise düzenli olarak ilaç kullanmamıştır.

Kişisel, demografik ve klinik değişkenler doğrultusunda her iki grupta farklı ve benzer dağılım gösteren değişkenlerin olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, alanda yapılan diğer çalışmalarda da özellikle çocukların yaşı, bakım veren kişi, eğitim düzeyi, medeni durum, anne yaş aralığı, yaşanılan yer, kaçınıcı çocuk diyabetli değişkenleri açısından benzerlik gösteren tez çalışması Üstün (2011) tarafından yapılmış ve İzmir'de Tip I Diyabet tanısı konulmuş çocuklar ve ailelerin kronik rahatsızlığa uyum süreci incelenmiştir. Çalışmada, klinik grubun kişisel ve demografik bilgileri doğrultusunda kızların cinsiyeti erkeklere göre az bir farkla daha fazla ve bakım veren ebeveyn ise anne olarak çoğunlukla bildirilmiştir. Bununla birlikte anne yaş ortalaması 38.1, gelir düzeyi orta, yaşanan yer şehir, ailedeki çocuk sayısı ağırlıklı olarak 2 bulunmuştur. Kaçınıcı çocuğun diyabetli olduğu değişkeni ise bu çalışmadaki ile aynı olarak 2. Çocuk olduğu bildirilmiştir.

Yılmaz ve arkadaşları (2011) Tip I diyabet tanısı almış ergen bireylerin sosyal destek düzeylerini belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada, 156 Tip I diyabet tanısı konulmuş ergen bireyin çok boyutlu sosyal destek algısını ve kişisel verilerini incelemiştir. Kişisel veriler doğrultusunda katılımcıların bu çalışmada da olduğu gibi kız öğrencilerin sayısının erkek öğrencilere göre az bir farkla daha fazla olduğu bulunmuştur. Ayrıca, Tip I diyabet tanısı konulmuş ergen bireylerin sosyal destek puanları ile devamsızlık, gelir düzeyi ve anne eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Diyabet tanısı olan çocukların bakımını üstlenen aile bireyleri genellikle anneler olsa da babalar için de ayrıca algılanan ailevi yükün söz konusu olduğunu öne süren ve bu durumu inceleyen bir çalışma Haugstvedt ve arkadaşları (2010) tarafından yürütülmüştür. Genel manada aileler için psikolojik, ekonomik ve sosyal yük olabilecek düzeydeki çocukluk dönemi diyabet rahatsızlığının anne ve babalarda farklı temsilleri olduğu bu çalışmada öne sürülmektedir. Annelerin algıladığı yükün daha çok tedavi süreci ile ilgili olduğu ve bu durumun duygusal sıkıntıya yol açtığı tespit edilirken, babalar için bu durum özellikle uzun dönem sağlık sorunları ile ilişkilendirilmiştir.

Yaş ortalaması 12 olan 132 Tip I diyabet tanısı almış çocuğun beş yıl boyunca her yıl görüşmeye alındığı bir diğer çalışmada, ebeveynlerden biri anketlere yanıt vermiş ve ailelerin çocuklarının rahatsızlıklarından dolayı stres algısının ne düzeyde olduğu incelenmiştir. Ebeveynlerin yaşadığı stresin hem kendi yaşam kalitesine ve iyilik haline etki ettiği hem de çocuklarının hastalık sürecinde olumsuz etkilenebileceği tespit edilmiştir (Hengelson ve ark, 2011).

5.2. Anne ve Çocuklar Tarafından Algılanan Ebeveyn Kabul Reddi Bulgularının Tartışılması

Tip I diyabet tanısı alan ve tanı almayan sağlıklı grubun çocuk ve ebeveynlerin algıladıkları ebeveyn tutumunu ölçmek için gruplar ayrı ayrı değerlendirilmiştir. İlk olarak kişisel, klinik ve demografik değişkenlerin hem çocuk hem de annenin algıladığı ebeveyn tutumunda anlamlı bir farklılığa yol açıp açmadığı incelenmiştir. Tanı almayan sağlıklı grupta kişisel değişkenler arasında yer alan çocuk sayısı değişkeninin çocukların algıladığı ebeveyn tutumu ile anlamlı düzeyde farklı olduğu görülmüştür. Bununla birlikte annelerin algıladıkları ebeveyn tutumu ile yaşadıkları yer arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüş ve ilçede yaşadıklarını belirten annelerin ebeveyn kabul-red skorları daha yüksek bulunmuştur. Sosyal güvenlik değişkeni de sağlıklı grup içerisinde çocukların algıladıkları ebeveyn tutum ile anlamlı farklılık olduğunu göstermektedir. Bu durumda yeşil kartı olduğunu bildiren annelerin çocuklarının puan ortalamaları daha yüksektir. Puanların yüksek oluşu reddedici tutuma yakın olduğunu göstermektedir.

Tip I diyabet tanısı alan klinik grupta ise çocukların cinsiyeti değişkeni ile annelerin algıladıkları ebeveyn tutumu arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Bu doğrultuda Tip I diyabet tanısı konulmuş kız çocuklarının annelerinin ebeveyn kabul-red skorları erkek çocuk sahibi annelere göre daha yüksektir. Ayrıca, çocuk sayısı değişkeni ile annelerin algıladıkları ebeveyn tutumu anlamlı ilişkili bulunmuş 1 ve 6 çocuk sahibi olan annelerin diğerlerine

oranla daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Çocuk yaşı değişkeni annelerin algıladığı ebeveyn tutumu ile ilişkili bulunmuştur. Puan ortalamalarına bakıldığında ise, 14 yaşındaki çocukların annelerinin puan ortalaması diğerlerine göre daha yüksektir. Bu durumun çocuğun gelişim özellikleri ile ilişkin olabileceği düşünülmektedir. Diyabet tanısı konulan ailede kaçınıcı çocuk değişkeninin annelerin algıladığı ebeveyn tutumu ile anlamlı ilişkili olduğu ve Tip I diyabet tanısı alan çocuğun ailedeki dördüncü çocuk olduğunu bildiren annelerin ebeveyn kabul-red puan ortalamalarının diğerlerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Çocuğun rahatsızlığından dolayı devamsızlık yapma durumuna ilişkin annelerin ebeveyn kabul-red puanlarının anlamlı ölçüde farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu doğrultuda, diyabet rahatsızlığı sebebiyle devamsızlık sorunu olduğunu bildiren annelerin puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın sonucun göre, 25-35 yaş aralığında olan annelerin ebeveyn algısı daha fazla bulunmuştur.

Tip I diyabet tanısı alan ve tanı almayan sağlıklı grup arasında puan ortalamaları karşılaştırıldığında EKRÖ alt boyutları arasında yer alan ve çocukların algıladığı sıcaklık/duygulanım ile farklılaşmamış red boyutlarının tanı alan grupta anlamlı düzeyde daha yüksek ortalaması olduğu görülmüştür. Ayrıca, annelerin algıladığı farklılaşmamış red boyutunun tanı alan grupta, tanı almayan gruba göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Tanı almayan grupta anne ve çocukların puan ortalamasının alt boyutları arasındaki dağılımı ve ilişkisi incelendiğinde, annelerin bildirdiği sıcaklık/duygulanım alt boyutu ile çocukların algıladığı düşmanlık/saldırganlık alt boyutu negatif ilişkili bulunmuştur. Bunun dışında anne ve çocukların alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür. Tip I diyabet tanısı alan gruptaki çocuk ve annelerin EKRÖ alt boyutlarının puan ortalamasının karşılaştırılmasına göre annelerin bildirdiği algılanan sıcaklık/duygulanım ile çocukların bildirdiği algılanan düşmanlık/saldırganlık ve farklılaşmamış red boyutlarının olumsuz ilişkili olduğu görülmüştür. Ayrıca, annelerin bildirdiği algılanan farklılaşmamış red boyutunun çocuklarda umursamazlık/ihmal ve düşmanlık/saldırganlık alt boyutu ile negatif ilişkili olduğu görülmüştür. Tanı alan grupta, puanlar arasındaki negatif yönlü ilişkinin çocuk ve annelerde algılanan ebeveyn tutumunun farklı seyrettiğini göstermektedir.

5.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada elde edilen bulgular özellikle Tip I diyabet tanısı alan çocuk ve ergenler ile ailelerine gereken destek ve eğitimlerin sağlanması anlamında katkı sağlayabilecek bulgular içermektedir. Bununla birlikte, araştırmanın yöntem ve örneklem bakımından

sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak, araştırmanın örnekleme tek bir ilden seçilmiş olup, araştırmanın ülke geneline yönelik yorum yapılabilecek bulguları sağlayamama olasılığı bakımından sınırlı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, araştırmada seçilen ölçekler, araştırma değişkenlerini ölçme anlamında içerisindeki maddeler ile sınırlıdır. Bu durum, örnekleme daha farklı, fakat ölçülemeyen durumların olması olasılığı anlamında kısıtlılık oluşturmaktadır. Bir diğer sınırlılık ise araştırmada elde edilen bulguların araştırmaya katılanların ölçeklere vermiş oldukları yanıtlar ile sınırlı olmasıdır. Tip I diyabet tanısı alan çocukların ve sağlıklı grubun yaş aralığı 8-15 arasında değişmektedir ve velilerinden alınan bilgilendirilmiş onam doğrultusunda sorulara yanıt vermişlerdir. Yaş itibarıyla hassas topluluk olarak kabul edilebilecek çocukların vermiş olduğu yanıtlar araştırma bulgularına sınırlılık oluşturabileceği düşünülmektedir.

5.4. Yeni Çalışmalar için Öneriler

Araştırma bulguları anlamında katkı sağlayabilecek ayrıntılar barındırmakla birlikte, bu alanda yapılabilecek diğer çalışmalara ışık tutması beklenmektedir. Bu alanda yapılacak destekleyici ve koruyucu çalışmaların özellikle aile yaşantısı ve ebeveyn tutumu çerçevesinde yapılandırılması, çocuk ve ergenlerin diyabet gibi yaygınlığı yüksek olan ve hayati koşulların yeniden düzenlenmesi gereken kronik bir rahatsızlığın etkin bir biçimde yönetilmesine olanak sağlayacaktır. Yapılacak diğer çalışmalarda, çocuk ve ergenlerin yanı sıra ailelerin uyum süreci ve iyilik halini ölçebilecek ölçüm araçları ve analiz edilecek araştırma değişkenleri eklenebileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte çocuk ve ergen psikopatolojisini inceleyebilecek diğer araştırma değişkenleri olarak depresyon, anksiyete, olumsuz düşünce biçimleri ve yeme tutumu gibi ve diyabetle ilişkili olabileceği düşünülen kişisel ve klinik değişkenlerin diğer çalışmalara dâhil edilebileceği öngörülmektedir. Böylelikle çocuk ve ergenler ve ebeveynleri için süreçte zorlayıcı olabileceği düşünülen faktörlerin farklı boyutlarda ele alınması sağlanabilir.

5.5. Sonuç

Araştırmanın sonuçları kapsamında,

- Tip I diyabet tanısı alan çocukların algıladıkları sıcaklık/duygulanım boyutu tanı almayan sağlıklı gruba göre daha az bulunmuştur.
- Tip I diyabet tanısı alan çocukların algıladıkları farklılaşmamış red boyutu tanı almayan sağlıklı gruba göre daha fazla bulunmuştur.

- Tip I diyabet tanısı alan çocukların annelerinin algıladıkları farklılaşmamış red boyutu tanı almayan sağlıklı grubun annelerine göre daha fazla olduğu görülmüştür.
- Tip I diyabet tanısı alan çocukların algıladıkları ebeveyn tutumu annelerinin algıladıklarına göre ters yönde olumsuz ilişkili bulunmuştur. Çocukların algıladıkları ebeveyn tutumunun annelerinin bildirdiğine göre reddedici tutuma daha yakın puanlarda olduğu görülmüştür.
- Sağlıklı ve diyabet tanısı almamış çocuklar ve annelerinden oluşan grubun algıladıkları ebeveyn tutumu karşılaştırması farklı alt boyutlar ile klinik gruba göre aynı yönde ilişkili bulunmuştur.



KAYNAKÇA

Ahmed, R. A., Rohner, R. P., Khaleque, A., & Gielen, U. P. (2010). Parental Acceptance and Rejection: Theory, Measures, and Research in the Arab World. *Online Submission*,

American Diabetes Association. (2000). Type 2 diabetes in children and adolescents. *Pediatrics*. 105(3):671-680.

Ansari, B., & Qureshi, S. (2013). Parental acceptance and rejection in relation with self-esteem in adolescents. *Interdisciplinary Journal for Research in Business*, 4(11), 552-557.

Bariola, E., Gullone, E., & Hughes, E. K. (2011). Child and adolescent emotion regulation: The role of parental emotion regulation and expression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(2), 198-212. doi:10.1007/s10567-011-0092-5

Başgöl, S., Çizmecioglu, F., Gönüllü, E., Yapıcı, F., Sargın, M., Gökmen, H., Çoşkun, A., Hatun, Ş. (2002). “Tip 1 Diyabetli Çocuk ve Adolesanlarda Yaz Kampının Psikososyal Etkileri”. VII. Ulusal Pediatrik Endokrinoloji Kongresi, 9-11 Ekim, Trabzon.

Başgöl, S., Çakın-Memik, N., Çizmecioglu, F., Çoşkun, A., Ağaoğlu, B., & Hatun, Ş. (2003). “İzmit ve Elazığ Kamplarında Tip 1 Diabetli Çocukların Ruhsal Durumlarının Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi”. VIII. Ulusal Pediatrik Endokrinoloji Kongresi. 16-21 Aralık, Erzurum

Constanta, U., & Silvia, T. (2015). Study regarding the social difficulties felt by the family of the child with Type I diabetes mellitus. *Ovidius University Annals, Series Physical Education & Sport/Science, Movement & Health*, 15(2), 555-563.

Cousino, M., & Hazen, R. (2013). Parenting Stress Among Caregivers of Children With Chronic Illness: A Systematic Review. *Journal Of Pediatric Psychology*, 38(8), 809-828.

Darcın, Ş. & Gökşen, D. (2003). Diyabetimi Öğreniyorum, Diyabetlilere Yönelik Ev Eğitimi Kitapçığı. İzmir: Ege Üniversitesi Çocuk Endokrinoloji Ana Bilim Dalı.

Dural, G. ve Yalçın, İ. (2014). Üniversite öğrencilerinde ebeveyn kabulü ile psikolojik uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 27,221-232. doi: 10.5350/DAJPN2014270305.

Erickson, K., Freeborn, D., Roper, S., Mandleco, B., Anderson, A., & Dyches, T. (2015). Parent Experiences Raising Young People with Type 1 Diabetes and Celiac Disease. *Journal Of Pediatric Nursing*, 30(2), 353-363. doi:10.1016/j.pedn.2014.09.011

Fagot-Campagna A, Burrows N.R, & Williamson D.F. (1999). The public health epidemiology of type 2 diabetes in children and adolescents:a case study of American Indian adolescents in the Southwestern United States. *Clin Chim Acta*. 286(1-2):81-95.

Hannonen, R., Eklund, K., Tolvanen, A., Komulainen, J., Riikonen, R., Delamater, A. M., & Ahonen, T. (2015). Psychological distress of children with early-onset type 1 diabetes and their mothers' well-being. *Acta Paediatrica*, (11), 1144. doi:10.1111/apa.13144

Haugstvedt, A., Wentzel-Larsen, T., Rokne, B., & Graue, M. (2011). Perceived family burden and emotional distress: similarities and differences between mothers and fathers of children with type 1 diabetes in a population-based study. *Pediatric Diabetes*, (2), 107.

Helgeson, V., Becker, D., Escobar, O., & Siminerio, L. (2012). Families with children with diabetes: Implications of parent stress for parent and child health. *Journal Of Pediatric Psychology*, 37(4), 467-478. doi:10.1093/jpepsy/jsr110

Hilliard, M., Monaghan, M., Cogen, F., & Streisand, R. (2011). Parent stress and child behaviour among young children with type 1 diabetes. *Child: Care, Health And Development*, (2), 224.

Howe, C. J., Ayala, J., Dumser, S., Buzby, M., & Murphy, K. (2012). Parental Expectations in the Care of Their Children and Adolescents With Diabetes. *Journal Of Pediatric Nursing*, (2), 119.

Hullmann, S. E., Wolfe-Christensen, C., Ryan, J. L., Fedele, D. A., Rambo, P. L., Chaney, J. M., & Mullins, L. L. (2010). Parental Overprotection, Perceived Child Vulnerability, and Parenting Stress: A Cross-Illness Comparison. *Journal Of Clinical Psychology In Medical Settings*, (4), 357.

Juvenile Diabetes Research, F. (2016). Long Term Effects of Diabetes of Very Young Children.

Kaufman, F. R., Gallivan, J. M., & Warren-Boulton, E. (2009). Overview of Diabetes in Children and Teens. *American Journal Of Health Education*, 40(5), 259-263.

Khaleque, A. (2012). Perceived Parental Warmth, and Children's Psychological Adjustment, and Personality Dispositions: A Meta-analysis. *Journal Of Child And Family Studies*, 22(2), 297-306.

Khaleque, A., & Rohner, R. P. (2002). Perceived Parental Acceptance-Rejection and Psychological Adjustment: A Meta-Analysis of Cross-Cultural and Intracultural Studies. *Journal of Marriage and Family*, (1), 54.

Khanna, A. K., Prabhakaran, A., Patel, P., Ganjiwale, J. D., & Nimbalkar, S. M. (2015). Social, Psychological and Financial Burden on Caregivers of Children with Chronic Illness: A Cross-sectional Study. *The Indian Journal Of Pediatrics*, (11), 1006. doi:10.1007/s12098-015-1762-y

Monaghan, M., Clary, L., Stern, A., Hilliard, M., & Streisand, R. (2015). Protective Factors in Young Children With Type 1 Diabetes. *Journal Of Pediatric Psychology*, 40(9), 878-887.

Oester, I. B., Kloppenborg, J. T., Olsen, B. S., & Johannesen, J. (2016). Type 2 diabetes mellitus in Danish children and adolescents in 2014. *Pediatric Diabetes*, (5), 368. doi:10.1111/pedi.12291

Öngider, N. (2013). Boşanmış ve Evli Ailelerden Gelen Çocukların Algıladıkları Ebeveyn Kabul-Red Düzeyleri ile Psikolojik Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 16(3), 164-174.

Rohner, R.P. (1999). *Handbook for the study of parental acceptance and rejection*. Rohner Research, Center for the Study of Acceptance and Rejection, University of Connecticut.

Rohner, R. P., Khaleque, A. & Cournoyer, D. E. (2012). *Introduction to Parental Acceptance-Rejection Theory, Methods Evidence and Implications*. 19 Ağustos 2016, <http://csiar.uconn.edu/wpcontent/uploads/sites/494/2014/02/INTRODUCTION-TO-PARENTAL-ACCEPTANCE-3-27-12.pdf>

Rohner, R. P. & Rohner, E. C. (1981). Parental acceptance-rejection and parental control: Cross-cultural codes. *Ethnology*, 20(3), 245-260.

Rohner, R. P., Saavedra, J. M., & Granum, E. O. (1978). Development and validation of the parental acceptance-rejection questionnaire. *Catalog of Selected Documents in Psychology*, 8, 17-48.

Santrock, J. W. (2010). *A Topical Approach to Life Span*, (3rd ed.), Boston:McGraw-Hill.

Shaji Thomas, D., Mohd Wali Shakman, L., Saraswathy, K., & Arulappan, J. (2016). Parenting a child with metabolic diseases: Impact on health related quality of life of parents. *Diabetes And Metabolic Syndrome: Clinical Research And Reviews*, doi:10.1016/j.dsx.2016.07.002

Semenkovich, K., Patel, P. P., Pollock, A. B., Beach, K. A., Nelson, S., Masterson, J. J., & ... Arbelaez, A. M. (2016). Academic abilities and glycaemic control in children and young people with Type 1 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, (5), 668. doi:10.1111/dme.12854

Sparapani, V. C., Jacob, E., & Nascimento, L. C. (2015). What Is It Like to Be a Child with Type 1 Diabetes Mellitus?.*Pediatric Nursing*, 41(1), 17-22.

Streisand, R., Swift, E., Wickmark, T., Chen, R., & Holmes, C. (2005). Pediatric parenting stress among parents of children with type 1 diabetes: The role of self-efficacy, responsibility, and fear. *Journal Of Pediatric Psychology*, 30(6), 513-521.

Tepeli, K., Yılmaz,E. (2012). “Studying Effect of Mothers’ Acceptance-Rejection Levels Towards TheirChildren on Social Problem Solving Skills of 5-6 Years Old Children”, *The International Applied Education Congress*, Orta Doğu Teknik Üniversitesi,Eğitim Fakültesi, Ankara, Türkiye, 13-15 Eylül, Ss:221-222

Tieh, P.,& Dreimane, D. (2013). Type 2 Diabetes Mellitus in Children and Adolescents. *Indian Journal Of Pediatrics*, 81(2), 165-169.

Üstün, S. (2011). *Tip-I Diyabet Tanısı Almış Çocuklar ile Ailelerinin Hastalığa Uyum Süreci ve Hastalığı Kabul Düzeylerinin Karşılaştırılması*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Anabilim Dalı, (Yüksek Lisans Tezi), İzmir.

Varan, A. (2003). *EKAR Kuramı Değerlendirme Araçlarının Türkiye Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması*. (Yayınlanmamış Çalışma) Ege Üniversitesi,/Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir.

World Health Organization, “Diabetes Mellitus”,
http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/en/

Yavuzer, H. (2001). *Çocuk Psikolojisi*.(20. Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi. S.162-

Yavuzer, H. (2005). *Gençleri Anlamak, Ana-Babaların En Çok Sorduğu Sorular Ve Cevaplarıyla*. (2. Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi. S.20-26, 39

Yavuzer, H. (2012). *Okul Çağı Çocuğu* (15. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yılmaz, B. (2007). *Sosyal Kaygıyı, Ergenlerin Algıladıkları Ebeveynler Arası Çatışma ve Ebeveyn Reddi ile Anlamak*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Boğaziçi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı.



EKLER

EK-1. ETİK KURUL ONAYI

T.C
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ETİK KURULU KARARI

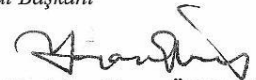
Tarihi: 26.05.2016

No: 06

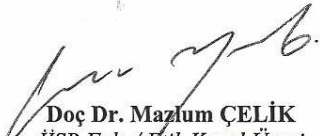
ÇALIŞMANIN TÜRÜ:	Yüksek Lisans
KONU:	Anket Uygulama
BAŞLIK:	Tip I Diyabet Hastalığının Çocuklar ve Annelerinin Algılarındaki Kabul Red Düzeyleri İle Sağlıklı Çocuk Annelerinin Kabul Red Düzeylerini Karşılaştırarak Yordayıcı Etkisinin İncelenmesi
PROJE/TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ:	Doç.Dr. Şaziye Sanem BAŞGÜL
TEZ YAZARI:	Erol KURT
KARAR:	Olumlu

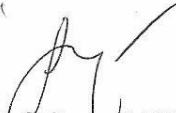

Prof. Dr. Şener BÜYÜKÖZTÜRK
Eğitim Fak./Etik Kurul Başkanı

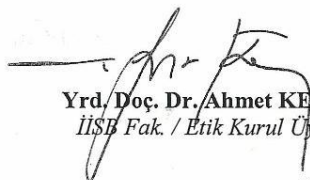

Prof. Dr. Şaban KAYIHAN
Hukuk Fak. /Etik Kurul Üyesi


Prof. Dr. Yaşar ÖZBAY
Eğitim Fak. / Etik Kurul Üyesi


Prof. Dr. Tolga ARICAK
İİSB Fak. / Etik Kurul Üyesi


Doç Dr. Mazlum ÇELİK
İİSB Fak. / Etik Kurul Üyesi


Doç Dr. Ş. Senem BAŞGÜL
İİSB Fak. / Etik Kurul Üyesi


Yrd. Doç. Dr. Ahmet KESER
İİSB Fak. / Etik Kurul Üyesi

ASLIGİBİDİR


Selin KALYONCU
Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

EK-2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

ARAŞTIRMA ADI: Tip 1 Diyabet Hastalığı Olan Çocukların ve Annelerinin Algıladıkları Kabul-Red Düzeyleri ile Sağlıklı Çocuklar ve Annelerinin Kabul-Red Düzeylerinin Karşılaştırılması

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalında Yüksek Lisans Öğrencisi Psikolog Erol Kurt tarafından yüksek lisans tezi olarak yürütülen “Tip 1 Diyabet Hastalığı Olan Çocukların ve Annelerinin Algıladıkları Kabul-Red Düzeyleri ile Sağlıklı Çocuklar ve Annelerinin Kabul-Red Düzeylerinin Karşılaştırılması” isimli çalışmasıyla çocuğumla birlikte dahil olmam konusunda gerekli açıklamalar verildi. Sorularıma psikolog Erol Kurt tarafından beni tatmin eden cevaplar verildi. Ayrıca hakkımda veya çocuğum hakkında öğrenilen bilgilerin onayım olmadan araştırma dışında kullanılmayacağı konusunda aydınlatıldım. Bu çalışmaya kendi rızam ile hiçbir baskı altında kalmadan katılmayı kabul ediyorum. İstediğim anda çalışmadan çıkabileceğim ve çalışmadan kendi isteğimle çıkmam tıbbi ve hukuki haklarımın korunmasını değiştirmeyecektir.

Bu onayı verenin

Adı soyadı :

Tarih :

Adres :

Tel :

İmza :

Açıklama Yapan Araştırmacının

Adı Soyadı : psikolog Erol KURT

İmza :

EK-3. KİŞİSEL VE DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

I. DİYABET TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN TANITICI BİLGİLERİ

1. Yaşınız :
2. Çocuk Sayınız :
3. Diyabet Tanısı Almış Çocuğun cinsiyeti : 1. Kız 2. Erkek
4. Diyabet Tanısı Almış Çocuğun Yaşı :
5. Diyabet Tanısı Almış Çocuğunuz Kaçınıcı:
6. Nerede Oturuyorsunuz : 1. İl 2. ilçe 3. köy
7. Medeni Durumunuz : 1. Evli 2. Bekar/Boşanmış/Eşini Kaybetmiş
8. Mesleğiniz :
 1. Ev Hanımı
 2. Emekli
 3. İşçi
 4. Memur
 5. Esnaf
 6. Diğer
9. Eğitim Düzeyiniz: 1. Okur-yazar değil
 2. İlkokul mezunu
 3. Ortaokul mezunu
 4. Lise mezunu
 5. Üniversite veya Yüksekokul
10. Eşinizin Eğitim Düzeyi: 1. Okur-yazar değil
 2. İlkokul mezunu
 3. Ortaokul mezunu
 4. Lise mezunu
 5. Üniversite veya Yüksekokul
11. Sosyal Güvenceniz :
 1. Yok
 2. SGK
 3. Özel Sağlık Sigortası
 4. Yeşil Kart
12. Algılanan Gelir Düzeyiniz : 1. Yüksek

- 2.İyi
- 3.Orta
- 4.Düşük

- 13. Çocuğunuzun tedavi şekli :**
- 1. İnsülün Tedavisi
 - 2.Oral Anti Diyabetikler
 - 3.İzlem

- 14. Çocuğunuz İnsülün Tedavisi görüyorsa İnsülünü kim yapıyor :**

- 1. Kendim
- 2.Çocuğın Kendisi
- 3.Eşim
- 4.Diğer Çocuklarım

- 15. Çocuğunuz Hastaneye Kaç Defa Yatarak Tedavi Gördü :**

- 16. Çocuğunuzun okul Başarı Durumu Nasıl, Geçen Dönemki Not Ortalaması kaçtı :**

- 1. Çok İyi
- 2. İyi
- 3. Orta
- 4.Düşük
- 5. Çok Düşük

- 17. Hastalığı Nedeniyle Okula Devamsızlık Yapıyor mu ?**

- 1. Evet
- 2. Hayır

- 18. Çocuğunuz Diyabet Tanısını Kaç Yıl Önce Aldı :**

- 19. Sürekli Kullandığınız Bir İlaç Var mı ?**

- 1. Evet
- 2. Hayır

II. SAĞLIKLI ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN TANITICI BİLGİLERİ

1. Yaşınız :
2. Çocuk Sayınız :
3. Çocuğun cinsiyeti : 1. Kız 2. Erkek
4. Çocuğun Yaşı :
5. Çocuğunuz Kaçınıcı:
6. Nerede Oturuyorsunuz : 1. İl 2. ilçe 3. köy
7. Medeni Durumunuz : 1. Evli 2. Bekar/Boşanmış/Eşini Kaybetmiş
8. Mesleğiniz : 1. Ev Hanımı
2. Emekli
3. İşçi
4. Memur
5. Esnaf
6. Diğer
9. Eğitim Düzeyiniz: 1. Okur-yazar değil
2. İlkokul mezunu
3. Ortaokul mezunu
4. Lise mezunu
5. Üniversite veya Yüksekokul
10. Eşinizin Eğitim Düzeyi: 1. Okur-yazar değil
2. İlkokul mezunu
3. Ortaokul mezunu
4. Lise mezunu
5. Üniversite veya Yüksekokul
11. Sosyal Güvenceniz : 1. Yok
2. SGK
3. Özel Sağlık Sigortası
4. Yeşil Kart
12. Algılanan Gelir Düzeyiniz : 1. Yüksek
2. İyi
3. Orta
4. Düşük

13. Çocuğunuzun okul Başarı Durumu Nasıl, Geçen Dönemki Not Ortalaması kaçtı:

1. Çok İyi
2. İyi
3. Orta
4. Düşük
5. Çok Düşük

14. Sürekli Kullandığınız Bir İlaç Var mı?

1. Evet
2. Hayır



EK-4. EBEVEYN KABUL-RED ÖLÇEĞİ (EKRÖ) ÇOCUK FORMU**EBEVEYN KABUL-RED ÖLÇEĞİ (EKRÖ): ANNE – ÇOCUK FORMU (KISA)**

Çocuk/Ergen EKRÖ/Kontrol - Anne (Kısa Form)

Tarih

Yönerge: Bu sayfada anne-çocuk ilişkisini içeren ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadelerin annenizin size olan davranışlarına uygun olup olmadığını düşünün. Her ifadeyi okuduktan sonra o ifade annenizin size karşı davranışları konusunda ne kadar doğruysa, “**hemen hemen doğru**“, “**bazen doğru**“, “**nadiren doğru**“ veya “**hiçbir zaman doğru değil**“ şeklinde işaretleyiniz.

ANNEM		ANNEM İÇİN DOĞRU		ANNEM İÇİN DOĞRU DEĞİL	
		<i>Hemen Hemen Her zaman Doğru</i>	<i>Bazen Doğru</i>	<i>Nadiren Doğru</i>	<i>Hiçbir Zaman Doğru Değil</i>
1.	Benim hakkımda güzel şeyler söyler.	☐	☐	☐	☐
2.	Bana hiç ilgi göstermez.	☐	☐	☐	☐
3.	Benim için önemli olan şeyleri anlatabilmemi kolaylaştırır.	☐	☐	☐	☐
4.	Hak etmediğim zaman bile bana vurur.	☐	☐	☐	☐
5.	Beni büyük bir baş belası olarak görür.	☐	☐	☐	☐
6.	Kızdığı zaman beni cezalandırır.	☐	☐	☐	☐
7.	Sorularımı cevaplayamayacak kadar meşguldür.	☐	☐	☐	☐
8.	Benden hoşlanmıyor gibi.	☐	☐	☐	☐

9.	Yaptığımşeylerle gerçekten ilgilenir.	☐	☐	☐	☐
10.	Bana bir sürü kırııcı şey söyler.	☐	☐	☐	☐
11.	Ondan yardım istediğimde beni duymazlıktangelir.	☐	☐	☐	☐
12.	Bana istenilen ve ihtiyaç duyulan biri olduğumu hissettirir.	☐	☐	☐	☐
13.	Bana çok ilgi gösterir.	☐	☐	☐	☐
14.	Beni kırmak için elinden geleni yapar.	☐	☐	☐	☐
15.	Hatırlaması gerekir diye düşündüğüm önemli şeyleri unuttur.	☐	☐	☐	☐
16.	Eğer kötü davranırsam benden hoşlanmadığını hissettirir.	☐	☐	☐	☐
17.	Bana yaptığımşeylerin önemli olduğunu hissettirir.	☐	☐	☐	☐
18.	Yanlış bir şeyyaptığımda beni korkutur veya tehdit eder.	☐	☐	☐	☐
19.	Benim ne düşündüğüme önem verir ve düşündüklerim hakkında konuşmamdanhoşlanır.	☐	☐	☐	☐
20.	Ne yaparsam yapayım, diğer çocukların benden daha iyi olduğunu hisseder.	☐	☐	☐	☐
21.	Bana istenmediğimi belli eder.	☐	☐	☐	☐
22.	Beni sevdiğini belli eder.	☐	☐	☐	☐

23.	Onu rahatsız etmediğim sürece benimle ilgilenmez	☐	☐	☐	☐
24.	Onu rahatsız etmediğim sürece benimle ilgilenmez.	☐	☐	☐	☐



EK-5. EBEVEYN KABUL-RED ÖLÇEĞİ (EKRÖ) ANNE FORMU**EBEVEYN KABUL-RED ÖLÇEĞİ (EKRÖ): ANNE – ÇOCUK FORMU (KISA)**

Çocuk/Ergen EKRÖ/Kontrol - çocuk (Kısa Form)

Tarih

Yönerge: Bu sayfada anne-çocuk ilişkisini içeren ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadelerin sizin çocuğunuza olan davranışlarınızda uygun olup olmadığını düşünün. Her ifadeyi okuduktan sonra o ifade sizin çocuğunuza karşı davranışlarınız konusunda ne kadar doğruysa, “**hemen hemen doğru**“, “**bazen doğru**“, “**nadiren doğru**“ veya “**hiçbir zaman doğru değil**“ şeklinde işaretleyiniz.

		BENİM İÇİN DOĞRU		BENİM İÇİN DOĞRU DEĞİL	
		<i>HemenHemen HerZaman Doğru</i>	<i>Bazen Doğru</i>	<i>NadirenDoğru</i>	<i>HiçbirZamanDoğruDeğil</i>
1.	Ben çocuğum hakkında güzel şeyler söylerim	☐	☐	☐	☐
2.	Çocuğum kötü davrandığında ona söylenir veya onu cezalandırırım	☐	☐	☐	☐
3.	Çocuğum sanki orada yokmuş gibi davranırım	☐	☐	☐	☐
4.	Çocuğumu gerçekten sevip sevmediğimden şüphe ediyorum	☐	☐	☐	☐
5.	Çocuğumun neleri yapıp neleri yapamayacağını kesin olarak bilmesini sağlarım	☐	☐	☐	☐

6.	Gündelik genel yapılacakları çocuğum ile konuşur ve söyleyeceklerini dinlerim	☐	☐	☐	☐
7.	Çocuğum beni dinlemediği zaman çocuğumu başkalarına şikâyet ederim	☐	☐	☐	☐
8.	Çocuğumla yakından ilgilenirim	☐	☐	☐	☐
9.	Dışarı çıkacağı zaman çocuğuma kesin olarak saat kaçta evde olacağını söylerim	☐	☐	☐	☐
10.	Arkadaşlarını eve getirmesi için çocuğumu cesaretlendiririm ve onların iyi vakit geçirmesi için elimden geleni yaparım	☐	☐	☐	☐
11.	Çocuğumla alay ederim	☐	☐	☐	☐
12.	Beni rahatsız etmediği sürece çocuğumun varlığını bilmezlikten gelirim	☐	☐	☐	☐
13.	Kızgın olduğum zaman çocuğuma bağırırım	☐	☐	☐	☐

14.	Çocuğuma sürekli olarak nasıl davranması gerektiğini söylerim	☐	☐	☐	☐
15.	Çocuğumun bana açılabilmesini kolaylaştırırım	☐	☐	☐	☐
16.	Çocuğuma karşı sertimdir	☐	☐	☐	☐
17.	Çocuğumun etrafımda olmasından hoşlanırım	☐	☐	☐	☐
18.	Birçok kuralın olmasına ve kurallara uyulması gerektiğine inanırım	☐	☐	☐	☐
19.	Çocuğum bir şeyi iyi yaptığında, kendisi ile gurur duymasını sağlarım	☐	☐	☐	☐
20.	Hak etmediği zaman bile çocuğuma vururum	☐	☐	☐	☐
21.	Çocuğum için yapmam gereken şeyleri unuturum	☐	☐	☐	☐
22.	Çocuğum benim için bir yükür	☐	☐	☐	☐
23.	Çocuğuma dilediği kadar özgürlük veririm	☐	☐	☐	☐
24.	Çocuğumu başkalarına överim	☐	☐	☐	☐

25.	Kızgın olduğum zaman çocuğumu cezalandırırım	☐	☐	☐	☐
26.	Çocuğumun, sağlıklı ve doğru yiyecekleri yemesine çok dikkat ederim	☐	☐	☐	☐
27.	Çocuğuma işini tam olarak nasıl yapması gerektiğini söylerim	☐	☐	☐	☐
28.	Çocuğumla şefkat ve ilgi dolu konuşurum	☐	☐	☐	☐
29.	Çocuğuma karşı sabırsızım	☐	☐	☐	☐
30.	Çocuğumun sorularına cevap veremeyecek kadar meşgulüm	☐	☐	☐	☐

