SEREBRAL PALSİLİ ÇOCUK VE ANNELERİ ARASINDAKİ BAĞLANMA İLİŞKİSİ VE BAĞLANMA TEMELLİ EBEVEYN DESTEK PROGRAMININ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Demet Gülaldı
13 11 51 103
Orcid: 0000-0002-8971-9737

DOKTORA TEZİ

Psikoloji Anabilim Dalı
Gelişim Psikolojisi Doktora Programı
Danışman: Prof. Dr. H. Nermin Çelen

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Temmuz 2021



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Doktora çalışmamın başarıyla tamamlanmasında sadece benim değil, değerli hocalarım, çalışma arkadaşlarım, ailem ve çalışmaya katılmayı kabul eden değerli annelerle kıymetli çocuklarının katkısı büyüktür.

Tez danışmanım değerli hocam Prof. Dr. Nermin Çelen; Doktora eğitimim ve araştırmam süresince vermiş olduğunuz eğitimler, destek, yol göstermeleriniz, yeri geldiğinde elimden tutup kaldırmalarınız olmasaydı ne yapardım bilemiyorum. Sonsuz teşekkürler ederim.

Tez izleme komitesinde yer alan değerli hocalarım Prof. Dr. Sibel Kazak Berument ve Prof. Dr. Nebi Sümer; tüm süreç boyunca önerileriniz, katkılarınız ve cesaretlendirici yaklaşımınız benim için çok değerliydi. Doktora çalışmamda sizlerin bilime olan katkılarınızın da önemli yeri var. Çok teşekkür ederim.

Tez savunma jürisinde yer alan değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Handan Doğan ve Doç. Dr. Melis Seray Yıldırım Özden; savunma sırasındaki cesaretlendirici ve değerli önerileriniz ve katkılarınız için çok teşekkür ederim.

Çalışmam süresince desteğini hiç esirgemeyen, her zaman ulaşabildiğim hocam Doç. Dr. Mustafa Otrar'a çok teşekkür ederim.

Çalışmamın uygulamaları için merkezin imkanlarını ve verilerini paylaşan Türkiye Spastik Çocuklar Vakfı'na, Akademik kurulu üyelerine, yönetim kadrosuna, meslektaşlarıma ve uygulamalarımda bana destek veren sevgili Psk. Aysu Karaca Sarıkamış'a çok teşekkür ederim.

Canım oğlum Arcan Bitlis ve canım kardeşim Doç. Dr. Nedim Gülaldı, bu süreci siz de benimle yaşadınız. "Seninle gurur duyuyoruz" dediğinizde yaşadıklarımın her şeye değdiğini hissettim. Hep yanımda olun.

Ve,

Değerli anneler, sizlerin ve kıymetli çocuklarınızın bu çalışmadaki katkıları her şeyden önemli. Katılımınız, katkılarınız ve destekleriniz için çok teşekkür ederim.

Demet Gülaldı

Temmuz, 2021

ÖZ

SEREBRAL PALSİ'Lİ ÇOCUK VE ANNELERİ ARASINDAKİ BAĞLANMA İLİŞKİSİ VE BAĞLANMA TEMELLİ EBEVEYN DESTEK PROGRAMININ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Demet Gülaldı
Doktora Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Psikoloji (Opsiyon: Gelişim Psikolojisi) Doktora Programı
Danışman: Prof. Dr. H. Nermin Çelen
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2021

Bu çalışmada; bağlanma kuramı temelinde geliştirilmiş bir müdahale programının serebral palsili çocuğa sahip annelerinin anne duyarlılık düzeylerine ve anne-çocuk etkileşimi üzerine etkisinin test edilmesi amaçlanmıştır. Araştırma, ön test-son test kontrol gruplu deneysel modeldir. Araştırma grubunu 12 – 48 ay aralığındaki serebral palsili çocuk ve anne (birincil bakım veren kişi) çiftleri oluşturmuştur. Gruplar yansız olarak 20 çalışma ve 20 kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Çalışma grubu annelerine "Video Geri bildirimli Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı VIPP (Video Feedback to Promote Positive Parenting) uygulanmıştır. Kontrol grubu anneleri ile telefon ve yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Programın anne duyarlılığı üzerinde etkisini test etmek için Anne Duyarlılık Ölçeği (ADÖ), anne-çocuk etkileşim davranışlarındaki etkisini test etmek için PİKOLO Anne Çocuk Etkileşimi Gözlem formu kullanılmıştır. Ayrıca anne-çocuk çiftlerine ait demografik verilerin ve ebeveynlik stresi, ebeveyn öz yeterlik düzeyleri, bağlanmanın kaygılı ve kaçınmacı boyutları ile anne duyarlılığı ve anne-çocuk etkileşimi arasındaki ilişki incelenmiştir. Müdahale programının etkililiğini test etmek amacıyla tekrarlı ölçümler için varyans analizleri (repeated measures ANOVA), demografik özellikler ve değişkenler arasındaki ilişkiler için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda VIPP programının anne duyarlılığının ADÖ ile ölçülen cesaretlendirme ve teşvik etme boyutlarında anlamlı etkisi olduğu ve anne-çocuk etkileşiminin ölçülebilen tüm boyutlarında anlamlı düzeyde artış olduğu gözlenmiştir. Bunun yanı sıra anne duyarlılığı ile ebeveynlik stresi, ebeveyn öz yeterlik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, bağlanmanın kaygılı boyutu ile ebeveynlik stresi arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bulgular mevcut literatür kapsamında tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Anne duyarlılığı, Serebral Palsi, Olumlu ebeveynlik, Erken müdahale.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN MOTHERS AND CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY AND INVESTIGATING THE EFFECT OF THE ATTACHMENT BASED INTERVENTION PROGRAM

Demet Gulaldı
PhD Thesis
Department of Psychology
Psychology (Option: Developmental Psychology) Programme
Thesis Advisor: Prof. Dr. H. Nermin Çelen
Maltepe University Graduate School, 2021

The present study aimed to examine the effect of an intervention program developed based on attachment theory on maternal sensitivity and mother-child interaction of mothers of children with cerebral palsy. The research is structured as a pretest-posttest control group model. The research group consisted of children aged between 12 - 48 months and their mothers (as a primary caregiver). The groups were randomly divided into two groups as 20 study and 20 control groups. “Video Feedback to Promote Positive Parenting Intervention Program (VIPP) was given to the mothers of the study group. Phone calls and face-to-face interviews were conducted with the mothers of the control group. Examining the effect of the program on maternal sensitivity and mother-child interaction behaviors, the Mother Sensitivity Scale and the PICCOLO Mother Child Interaction Observation form were used. In addition, the relationship of demographic data of mother-child dyads, parenting stress, parental self-efficacy levels, and the anxious and avoidant dimensions of attachment with maternal sensitivity were examined. In the aim of examining the effectiveness of the intervention program, analysis of variance (repeated measures ANOVA) for repeated measures, Pearson correlation analysis for the relationships between demographic variables were performed. As a result of the study, it was observed that The VIPP had a significant effect on the dimensions of “encouragement the child” of maternal sensitivity measured by the Mother Sensitivity Scale, and there was a significant increase in all measurable dimensions of PICCOLO mother-child interaction behaviors. In addition, there was no significant relationship between maternal sensitivity and parenting stress and parental self-efficacy level, while a significant positive relationship was found between the anxious dimension of attachment and parenting stress. The results were discussed regarding the literature.

Keywords: Cerebral Palsy; Maternal Sensitivity; Positive Parenting; Early Intervention.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZ v
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER vii
TABLOLAR LİSTESİ ix
ŞEKİLLER LİSTESİ x
EKLER LİSTESİ xi
KISALTMALAR xii
ÖZGEÇMİŞ xiii
BÖLÜM 1. GİRİŞ 1
1.1. Bağlanma Kuramı 5
1.1.1 Bağlanma Stilleri 9
1.1.2. Anne Duyarlılığı ve Bağlanma 11
1.2. Serebral Palsi 14
1.2.1. Serebral palsinin sınıflandırması 18
1.2.2. Serebral palsiye eşlik diğer bozukluklar 21
1.2.3. Serebral Palsinin terapi ve rehabilitasyonu 22
1.2.4. Serebral palsi'nin rehabilitasyonuna teorik yaklaşımlar; 23
1.2.5. Serebral Palsi'de erken müdahale ve aile merkezli programlar 24
1.3. Bağlanma Temelli Erken Müdahale Programları 27
1.3.1. Video Geribildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı (Video-Feedback Intervention to Promote Positive Parenting), VIPP. 29
1.3.2. Video Geribildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı –Duyarlı Disiplin (VIPP-SD), ... 33
1.3.3. Video Geribildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı – Zihinsel temsil (VIPP-R) 34
1.3.4. Video Geribildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı – Otizm (VIPP-AUTI). 35
1.3.5. Video Geribildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı – Koruyucu Bakım (VIPP-FC) 36
1.3.6. Video Geribildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı – Görsel ve görsel- zihinsel yetersizlik VIPP-V 36
1.3.7. Video Geribildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı – Türk anneleri (VIPP-TM) 37
1.3.8. Video Geribildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı – Zihinsel Yetersizlik (VIPP-LD) 38

1.3.9. Video Geribildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı-Ortak ebeveynler (VIPP-Co) 39
1.4. Amaç 40
1.5. Önem 41
1.6. Varsayımlar 43
1.7. Sınırlıklar 43
BÖLÜM 2. YÖNTEM 45
2.1. Araştırma Modeli 45
2.2. Araştırma Grubu 45
2.3. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması 48
2.4. İşlem 53
2.5. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 63
BÖLÜM 3: BULGULAR VE YORUMLAR 65
3.1. Bulgular 65
3.1.1. Araştırma sorularının test edilmesi amacıyla Tekrarlı Ölçümler Varyans Analizleri 67
3.1.2. Çalışma ve kontrol grubuna ait değişkenler arası Pearson Korelasyon Analizleri 72
3.2. Yorumlar 74
BÖLÜM 4. SONUÇ 91
4.1. Özet 91
4.2. Öneriler 91
EKLER 95
EK 1. Aile Bilgi Formu 95
EK 2. Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği 98
EK 3. EBEVEYN STRES İNDEKSİ – KISA FORM 100
EK 4. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II 102
EK 5. Pikolo Anne Çocuk Etkileşim Gözlem Formu Maddeleri 104
EK 6. Anne Duyarlılık Ölçeği Maddeleri 106
EK 7. Senaryo (Geri Bildirim Örnek) 108
EK 8. Anne Çocuk Etkileşimi Profili Formu 110
EK 9. Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Kararı 111
EK 10. Türkiye Spastik Çocuklar Vakfı Akademik Kurul Onay Yazısı 112
EK 11. VIPP-SD Kursu Tamamlama Sertifikası 113
EK 12. VIPP-SD Uygulayıcı Sertifikası 114
KAYNAKÇA 115

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1 Video Geri Bildirimli Olumlu Ebeveynliği Desteleme Müdahale Programı temaları. 32
Tablo 2: Çalışma ve kontrol gruplarına ait demografik değişkenlerin annelerin yaşı ve eğitim düzeylerine göre dağılımları. 46
Tablo 3.Çalışma ve kontrol gruplarına ait demografik değişkenlerin çocukların yaş, cinsiyet, tanı aldıkları yaş ve Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi (KMFSS) değerlendirmelerine göre dağılımları 47
Tablo 4. Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi Seviye Tanımlama 49
Tablo 5 Video Geri Bildirimli Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı Video Kayıtları 57
Tablo 6. Demografik Değişkenler ve Ön Testler Gruplar Arası Karşılaştırma 65
Tablo 7. Demografik Değişkenler ve Son Testler Gruplar Arası Karşılaştırma 66
Tablo 8 Video Geri bildirimli Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programının Anne Duyarlılığı ve Ebeveyn-Çocuk Etkileşimine Etkisi 68
Tablo 9. Çalışma Grubu için Değişkenler Arasındaki Korelasyon Katsayıları 70
Tablo 10 Kontrol Grubu için Değişkenler Arasındaki Korelasyon Katsayıları 71

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 Dörtlü Bağlanma Modeli (Bartholomew ve Horowitz (1991) 8

Şekil 2.Bağlanma Temelli bir Müdahale Modeli (IJzendoorn ve ark., 1995). 30

EKLER LİSTESİ

EK 1. Aile Bilgi Formu 95

EK 2. Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği 98

EK 3. EBEVEYN STRES İNDEKSİ – KISA FORM 100

EK 4. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II 102

EK 5. Pikolo Anne Çocuk Etkileşim Gözlem Formu Maddeleri 104

EK 6. Anne Duyarlılık Ölçeği Maddeleri 106

EK 7. Senaryo (Geri Bildirim Örnek) 108

EK 8. Anne Çocuk Etkileşimi Profili Formu 110

EK 9. Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Kararı 111

EK 10. Türkiye Spastik Çocuklar Vakfı Akademik Kurul Onay Yazısı 112

EK 11. VIPP-SD Kursu Tamamlama Sertifikası 113

EK 12. VIPP-SD Uygulayıcı Sertifikası 114

KISALTMALAR

Sp : Serebral Palsi

VIPP : Video- Feedback Intervention to Promote Positive Parenting, Video Geri bildirimli Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı. Araştırmada kısaca VIPP olarak bahsedilecektir.

ADÖ : Anne Duyarlılık Ölçeği

YİYE : Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri

ESİ-KF : Ebeveynlik Stres İndeksi- Kısa Form

EÖYÖ : Ebeveyn Öz yeterlik Ölçeği

KMFSS : Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi

ÖZGEÇMİŞ

Demet Gülaldı

Psikoloji Anabilim Dalı

Eğitim

Derece	Yıl	Üniversite, Enstitü, Anabilim/Ana sanat Dalı
Yüksek lisans	2013	Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı
Lisans	1985	Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk gelişimi ve Eğitimi Bölümü

İş/İstihdam

Yıl	Görev
2015 -2021	Kadıköy Belediyesi
1996- 2015	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Metin Sabancı Spastik Çocuklar Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi.
1985 – 1996	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Erol Sabancı Spastik Çocuklar Merkezi.

Mesleki Birlik/Dernek Üyelikleri

Yıl	Kurum
2018- devam	Sosyal Hizmet Alanında Çalışanlar Derneği- YK Başkanı
2017 – 2019	Council of International Fellowship – YK Genel Sekreter
2019 – 2021	Council of International Fellowship – YK Genel Sekreter
2017 – 2019	Society for Emotion and Attachment Studies- Üye
2021 – 2023	ÇGE-DER YK başkan yardımcısı

Alınan Burs ve Ödüller

Yıl	Burs/Ödül
2007 - 2009	Fulbright Humphrey Fellowship (USA ,

BÖLÜM 1. GİRİŞ

Erken dönemde bebeklerin anneleriyle olan ilişkilerinin tüm yaşam boyunca etkililiği bilinmektedir. Beyin gelişiminin en hızlı büyüme dönemi doğumu izleyen ilk 3 yıldır. Bu dönemde çevre ile olan etkileşimler ve erken uyarımlar beyinin plastisitesini (adaptasyonunu) sağlamanın (Center, 2021), yanı sıra çocuklarda dil gelişimi, bilişsel beceriler ve sos-duygusal yeterlilikleri de desteklemektedir. Çevresel erken uyaranların başında çocuğa birincil bakım veren kişinin (anne) besleyici, karşılık verici ve duyarlı bakımı gelmektedir (Britto ve ark., 2017).

Yaşamın ilk yıllarında anne figürü ile yakın olma ve karşılıklı sevgi alışverişi, dış uyaranların varlığı ve kaliteli- sürekli bakım ihtiyaçların karşılanmasının sonucu olarak anne (bakım veren kişi) ile geliştirilen ilişki çocuğun bilişsel, duygusal, sosyal ve kişilik gelişiminde önemli rol oynamaktadır (Bureau, Deneault, Martin, ve Yurkowski, 2019). Böylelikle bu dönemde yaşam boyu dayanıklılığın da temeli atılmaktadır.

Bağlanma Kuramına göre, bebekler birincil bakım veren kişi (anneleri) ile yakınlık arayışına girer ve annelerini yakında tutmaya çalışırlar. Bu davranış onların hayatta kalmaları için önemli ve evrenseldir. Annenin dikkatini çekmeğe yönelik ağlama, yapışma, tutunma gibi davranışlar ile donanımlı olarak dünyaya gelen bebekler zamanla davranışsal adaptasyonlar geliştirirler ve anneleri ile yakınlığı sürdürmeye çalışırlar. Bebeklerin bu davranışları anneler tarafından sevgi ve sıcak davranışlar ve ihtiyaçlarının karşılanmasıyla karşılık bulur. Bowlby (1958)'ye göre anne ile bebek arasındaki bu karşılıklılık sonucu oluşan güvene dayalı ilişki tüm yaşam boyunca sosyal ve duygusal gelişimi etkilemektedir ve bu ilişki bağlanma güvenliği olarak tanımlanmıştır.

Bağlanma, yaşamın erken dönemlerinden itibaren bebeğin çevreyle olan etkileşimi sonucu gelişen, bebek ile bakım veren kişi arasında ilişki kurma, bebeğin bakım veren kişiyi arama ve yakınlık arayışı ile kendini gösteren bir davranışsal sistemdir. Özellikle stres durumlarında belirginleşen, dayanıklı ve devamlılığı olan duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır (Koch, Bendicsen, ve Palombo, 2009b).

Anne ile bebek arasında gerçekleşmesi beklenen karşılıklı davranışlar fiziksel, zihinsel ve duygusal olarak gelişimsel riskler söz konusu olduğunda beklenildiği gibi gerçekleşmeyebilir. Zihinsel ve fiziksel gelişimlerindeki yetersizlik ve bozukluklar çocukların sosyal etkileşimleri, duygusal tepkilerini olumsuz olarak etkiler ve isteklerini belli etmede, anneyi yakında tutma gibi davranışlarında pasif ve tepkisiz kalmalarına neden olur. Gelişimsel yetersizliğe sahip çocukların ebeveynleri ise çocuklarının yetersizlik ve gerilik içeren durumları ile yaşadıkları duygular sonucunda onların yakınlık arama ve rahatlama amacıyla verdikleri ipuçlarının farkına varmayabilirler. Böylelikle bebeklerinin rahatlamasını sağlayacak rahatlatıcı, yakın ve sıcak fiziksel teması kuramayabilir ve bakım verme davranışları olumsuz etkilenebilir (Marvin ve Pianta, 1996).

"Anne duyarlılığı", çocuğun duygusal işaretlerini fark etme, doğru yorumlama ve zamanında yeterli ve uygun yanıtlama davranışlarıdır (Ainsworth,1969). Annelerin bebeklerine karşı duyarlı davranışları ve bağlanma güvenliği arasındaki ilişkide kritik bir faktör olarak tanımlanmaktadır. Ainsworth ve ark (1969; 1979), anne-çocuk arasındaki ilişkinin önemli bir parametre olarak kaliteli bakım ve anne duyarlılığı 4 alt grupta değerlendirmiştir. Bunlar; duyarlılığa karşı duyarsızlık, kabul etmeye karşı reddetme, iş birliği yapmaya karşı müdahaleci davranışlar, erişebilir olmaya karşı görmezden gelme davranışları olarak sınıflandırılmıştır.

Bağlanma kuramı perspektifinde gelişimsel geriliği olan çocukların normal gelişim gösteren çocuklara oranla daha fazla istismar ve ihmal riski altında olabileceği belirtilmektedir (Giardino , Giardino , ve Reena, 2014). Özellikle erken çocukluk döneminde duygusal ve fiziksel ihmal daha yaygın görülmektedir (Sullivan ve Knutson, 2000). Özel gereksinimi olan bir çocuğa bakım vermenin yorucu ve stresli olması, stresin ise ebeveyn duyarlılığını ve duygusal erişilebilirliğini azaltacağı ve bağlanma güvenliğinin etkileneceği vurgulanmaktadır. Doğuştan tıbbi sorunların ve fiziksel yetersizliğin bağlanma ilişkisinde önemli olan bakım verme ve bakım arama davranışlarında olumsuz etkisi olduğu belirtilmektedir (Mowder, 1997). Bu olumsuz etkiye nörolojik, motor ve zihinsel gecikmeleri olan çocukların yüz ifadeleri, duruş pozisyonları ve çıkardıkları seslerin farklılıkları nedeniyle annelerin çocuklarının işaretlerini, sinyallerini ve ihtiyaçlarını okumada zorlanmaları bir sebep olarak

görülmektedir. Bunun, daha az duyarlı ve daha az karşılayıcı bakım vermeye yol açabileceği ve çocukların kaygı ve sıkıntılarını daha da arttıracağı vurgulanmaktadır (Clements ve Barnett, 2002). Daha az duyarlı ebeveynlik, bebekleri bağlanma güvenliği riskiyle karşı karşıya bırakacağı belirtilmektedir (Howe, 2006).

Bebeklik döneminde motor bozukluklarla karakterize ve fiziksel yetersizliklerle kendini gösteren nöro gelişimsel bir bozukluk olan serebral palsi çocukluk çağının en çok bilinen ve yaşam boyu süren bir durumudur (Freeman Miller, 2005a). Serebral palsi'li çocuklarda motor fonksiyon bozuklukların yansıra gelişimin diğer alanlarında da sorunlar görülmektedir. Epilepsi, spastisite ve diğer tip kas-tonus değişiklikleri, beslenme, sindirim, solunum sistemlerinde bozukluklar, işitme-görme, dil-konuşma problemleri, davranış bozuklukları, bilişsel süreçlerde gecikmeler, gibi sorunlar sıklıkla serebral palsiye eşlik etmektedir (Deniz, 2005).

Çocuklarda görülen motor fonksiyon kaybı, serebral palsinin önemli bir parçasıdır. Motor işlev, konuşma, yutma, üst ekstremite işlevi, yüz ve mimiklerde kontrol dışı hareketler ve tüm hareketlilik dahil olmak üzere neredeyse tüm iletişim ve etkileşim becerilerini etkilemektedir (Freeman Miller, 2005b). Serebral palsili bebeklerin kas tonusundaki kasılmalar veya gevşeklik durumu ve motor fonksiyonlarını kontrol edememeleri nedeniyle kucağa alınmak, anneyi yakında tutmak gibi isteklerini belirtmeleri zorlaşabilir. Anne tarafından kucağa alındığında ise yapışma, sarılma ve tutunma gibi bağlanma davranışlarını kaslarını kontrol edememelerinden dolayı gerçekleştiremeyebilirler. Bu durumda annenin çocuğunun ihtiyaçlarını "okuma", "yorumlama" ve" zamanında ve yeterince uygun yanıt verme" davranışlarını içeren anne duyarlılığı ve bakım verme davranışlarının aktifleşmesi tehlikeye girmektedir (Miller ve Bachrach, 2006).

Anne duyarlılığı ve olumlu ebeveynliğin bağlanma güvenliği üzerindeki belirleyici rolleri dikkate alındığında bu iki belirleyici faktörü geliştirmeye ve artırmaya yönelik bağlanma temelinde müdahale programlarının geliştirildiği ve hem uygulamalarda hem de araştırmalarda kullanıldığı görülmektedir (Berlin, Zeanah ve Lieberman, 2014; Gelfand, Teti, Seiner, ve Jameson, 1996; Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, ve Juffer, 2003; Juffer, F., IJzendoorn, ve Bakermans-Kranenburg, 2008). Bu müdahale programlarının anne duyarlılığına olumlu yönde etkisi gözlenirken, çocukların

bağlanma güvenliğine de etkisi olduğu belirtilmektedir (IJzendoorn, Juffer, ve Duyvesteyn, 1995).

Marvin ve Pianta (1996) annelerin çocuklarının serebral palsi tanısı almalarına karşı hissettikleri ve yaşadıkları durumları belirlemek için yaptıkları çalışmada, durumu kabul eden annelerin davranışlarında da olumlu etkisi olduğu ve bu annelerin % 80 nin çocuklarının güvenli bağlanma gösterdiğini belirtmişleridir. Bu açıdan ele alındığında ve serebral palsi'nin yaşam boyu devam eden bir süreç olduğu da göz önüne alındığında anne duyarlılığı ve annelerin duyarlı davranışlarının desteklenmesinin çocuklarda bağlanma güvenliğini sağlayacağı, anneleri arasındaki duygusal etkileşimin ileriki yıllarda sosyal yaşama katılım, arkadaşlık ilişkileri kurma ve sürdürebilme, akademik alanda başarılı olma , yetişkinlik yaşamında psikolojik iyi oluş ve dayanıklılık gibi etkiler yaratacağı (Barefoot ve ark.,2007) belirtilmektedir.

Bu araştırmada, anne-çocuk arasındaki güvene dayalı ilişkinin çocuğun sosyal duygusal gelişimi üzerindeki öneminden yola çıkarak, bağlanma güvenliğinin önemli bir belirleyicisi olan anne duyarlılığını arttırmaya yönelik "Video Geri Bildirimli Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale programı" 'nın nöro-gelişimsel bir bozukluk olan serebral palsili çocuğa sahip annelerin duyarlı davranışlarına olan etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Müdahale programı sonrasında serebral palsili çocuğu olan annelerin çocuklarının işaretlerinin farkında olma, ipuçlarını doğru okuyabilme, zamanında ve uygun cevap verebilme davranışlarını destekleyerek duyarlılık düzeylerinin arttırılması amaçlanmaktadır. Anne duyarlılığı, karşılık verici bakım ve erken çocuklukta gelişmesi beklenen güvenli bağlanma açısından ele alındığında serebral palsili çocuk ve annelerinin risk grubunda olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada riskli grup olarak tanımlanan serebral palsili bir çocuğa sahip anneleri için bağlanma temelli bir müdahale programının annelerin duyarlı davranışlarına etkisi araştırılmıştır. İlerleyen bölümde bağlanma kuramı, bağlanma stilleri, anne duyarlılığı, serebral palsi ve erken müdahale programları hakkında literatür bilgisi verilmektedir. Sonraki bölümlerde müdahale programı olarak uygulanan VIPP programı detaylandırılmıştır. Programın anne duyarlılığı üzerine etkisinin ve demografik değişkenlerle ilişkisinin istatistiksel analizleri verilerek ve bulgular ilgili literatür ile yorumlanmaya çalışılmaktadır. Son bölümde bağlanma kuramı temelinde serebral palsi

gibi riskli gruplarla çalışmak isteyen araştırmacılara ve alanda çalışan meslek elemanlarına uygulama ve araştırma önerileri sunulmuştur.

1.1. Bağlanma Kuramı

Bağlanma Kuramı, Etholojik Kuram ve Gelişimsel Psikoloji üzerine şekillenmiştir. Doğada hayvan canlı türünün hayatta kalma davranışlarını inceleyen etologların ve insan yavrusunun anne ile olan nesne ilişkilerini inceleyen psikoloji araştırmalarının devamı olarak insanoğlunun da çevreye uyum sağlama ve hayatta kalma becerilerini nasıl geliştirdiğini açıklamaktadır. Kuramın temelini Bowlby (1958; 1960; 1963; Bretherton, 1992) "Anneye bağlılığın doğası", "Ayrılma kaygısı", "Erken Çocukluk ve Bebeklikte yas ve keder" isimli raporlarında açıklamaktadır. İlk rapor olan "Anneye Bağlılığın Doğası"nda canlı türlerinin fizyolojik ihtiyaçlarını karşılamada anne dışındaki objelere yönlenebildiği ancak korku, endişe, tehlike ve güvenli bir alan aradığında ise anne figürünün temel olduğunu belirterek bağımlı olma ile bağlanma arasındaki kavramsal ayrımı açıklamaktadır.

Bowlby (1958), bebeklerin anneye yakın olma çabasının sadece insana özgü değil hayvan türlerinde de görülmesinden dolayı anneye yakınlığın hayatta kalma gibi evrimsel bir işlevi olduğunu belirtmiştir. Etholoji ve evrimsel teorileri temel alan çalışmalarından destekle bağlanmanın beslenme ihtiyacından çok bakım veren kişiye yakın olma çabası olduğunu ve güvenli bir bağ oluşturarak hayatta kalma çabası olduğunu vurgulanmaktadır. Bebeğin bu yakınlığı sağlama çabasını bağlanma davranışları, yetişkinin davranışlarını ise bakım verme davranışları olarak tanımlamıştır.

Bağlanma davranışları, içgüdüsel olan ve hayatta kalma amacıyla etkinleştirilen "türe özgü davranış kalıplarıdır". İçgüdüsel tepkiler ile emme, sarılma, takip etme, ağlama ve gülümseme gibi davranışlar yoluyla çocuğun bağlanma kişisi ile (genellikle anne ile) olan yakınlık arayışıdır. Gülme, seslenme gibi bağlanma davranışları annenin dikkatini çocuğuna vermesini sağlayan sinyallerdir. Ağlama gibi davranışlar ise caydırıcı etkisi vardır ve annenin dikkatini yine çocuğa çeken davranışlardır. Takip etme ve izleme gibi bağlanma davranışları ise çocuğu anneye yaklaştıran davranışlardır (Cassidy 2014). Birincil amaç bakım veren kişiyi yakında tutmak iken nihai amaç bebeğin hayatta kalmasıdır.

Bebekler bağlanma davranışları (emme, yapışma, gülme, ağlama, izleme) ile içgüdüsel tepkilerle donatılmış olarak dünyaya gelirler. Bowlby (1958), emme ve yapışma davranışlarının hayatta kalma ve anneye yakınlık sağlama olduğunu gülme ve ağlama davranışlarının ise annenin karşılık veren duyarlı bakım davranışlarını tetiklediği belirtmiştir. Bağlanma davranışları zaman içerisinde farklılaşarak anneye olan bağın gerçekleşmesini sağlar. Bu farklılaşmayı Bowlby, dönemlere ayırarak açıklamıştır (akt. Koch ve ark., 2009a).

- Doğumdan hemen sonra: Bebek bakım aktivitelerine karşı sarılma, gülme, ağlama gibi tepkiler vererek birincil kaygıyı deneyimler ve bebekler anne ile yeniden birleşme ile kaygı sona erer ve rahatlama gerçekleşir.
- 6. aya kadar: Bu dönemde bebekler annelerinin sağladığı konforu ararlar ve yabancılara karşı tepki verirler. İlk haftalarda emme ile annesinin memesini tanır ve tepkisini annesinin yüzüne gülümseme ile ortaya koyar. Onbeş haftalık bebekler annelerinden ayrıldıklarında ağlar ve yanına çağırmak için seslerini yükseltirler. Altı ay civarında anneyi takip ederler ve diğer kişilerden farklı bir şekilde gülümsemeyle anneye karşılık veriler.
- 8-9 Aylar*:* Bu dönem çocuğun çevreyi keşfetmek için annesini güvenli üs olarak kullandığı dönemdir. Çocuk endişe hissettiğinde annesine yakınlaşır.
- 9-18 Aylar: Bu dönemde emme, sarılma, takip etme, ağlama ve gülümseme gibi bağlanma davranışları gözlenmektedir. Bu davranışlar anneye yakınlığın sağlanması ve korunması için önemlidir. Bir yaşından sonra dilin gelişmesi ile kendileri, anneleri ve çevresi hakkında çalışan modeller oluşturmaya başlarlar. Bu çalışma modelleri, başkalarının çocukla nasıl etkileşime gireceğine, tepkilerine ve bu tepkilere nasıl cevap vereceğine dair planları içerir.
- İki yaşına geldiğinde hareketliliğin artması ile tipik bağlanma davranışları belirginleşir. Bağlanma sistemi üç yaşına kadar düzenini devam ettirir. Bağlanma davranışları ilk yıllardaki kadar yoğundur.
- Üç yaş : Anneye olan yakınlık ikinci plandadır. Anneden geçici ayrılmaları çocuk tarafından tolere edilebilir. Üç yaş, yabancı ortamlarda bile yedek bağlanma figürü ile güvenli ortam yaratabildikleri bir dönemdir. Çocuklar anneleri ile yeniden bir araya geleceklerine emin olduklarında bu sistem sorunsuz çalışmaktadır.

- 4 yaş: Okul öncesi dönemde bağlanma tepkilerinde zayıflama gözlenir.
- 5 ve 6 yaş: Çocuklar başkalarıyla rahatlıkla oyun oynadıklarında annelerinin yokluğu sorun değildir ancak stres durumunda tekrar anne ile yakınlık arayacaklardır.
- Ergenlik ve yetişkinlik dönemi: Bağlanma davranışının yönlendiği kişiler değişmiştir. Anneye olan bağlanma ergenlik döneminde azalır ve bireysel farklılıklar gözlenebilir. Kimi ergenler aileye daha sıkı sıkıya bağlanırken kimileri tamamen kopabilirler. Birçoğu bağlarını tüm yaşam boyunca devam ettirirler.
- Yaşlılık döneminde ise kaybetme korkusu nedeniyle bağlanma davranışları akranlara değil genç nesile yönlendirilir.

Bağlanma davranışları bakım veren kişi (anne) ve bebek arasında karşılıklı etkileşim halinde olan bir davranışlar sistemidir. Bowlby (1958)' nin "*Bağlanma Davranışsal Sistemi*" olarak adlandırdığı bu sistem içerisinde bebeğin çevredeki tehlikelere karşı güvenli bir barınak sağlayan anneye yakınlaşma davranışları vardır. Bu davranışsal sistem birtakım fizyolojik süreçlerle düzenlenmektedir. Bu sisteme yetişkin tarafından karşılık gelen davranışlar "*Yakın Bakım Sistemi*" dir ve bebeğin rahatlamasını, güvende hissetmesini sağlayan davranışlardır. Bebek duyarlı bakıma yakınlığını sürdürür ise çevreyi gözlemeye ve keşfetmeye hazırlanır. Anne ile ayrılık yaşadığında ise tekrar bir araya gelebilmek için bu sistemi devreye alır.

Bağlanma Davranışsal Sistemi ile birlikte hareket eden bir diğer sistem ise "Keşfedici Davranışsal Sistemi'dir. Bu sistem çevreden gelen bilgilerin ayrımlaştırılması için gelişen bir sistemdir (Bowlby, 1958). Bebekler anneleri ile geliştirdikleri güvenli ilişki temelinde çevreyi keşfetmek üzere harekete geçebilirler. Anneden uzun süre ayrılık yaşandığında ise tehlike algısı ile korku ve uyarı sistemleri devreye girerek güvenli üsse yeniden yakın olma çabası başlar (Ainsworth, 1969). Yakınlık arama, ayrılık kaygısı, güvenli sığınak ve güvenli üs kavramları bağlanmanın temel unsurlarıdır ve bakım veren kişinin (genellikle anne) duyarlı davranışları ile ilgilidir (akt. Sümer, Sayıl ve Berument, 2016).

Bowlby (1969), sağlıklı bir gelişimde bebeklerin "İçsel Çalışma Modelleri- İÇM" (Internal working models - IWM) geliştirdiğini belirmektedir (akt. Palombo, 2009b). Bu

modeller zihinsel şemalara benzer bir şekilde dış dünya ile içsel yaşantılar ve ikisini etkileşiminden oluşan zihinsel haritalar olarak tanımlanmaktadır. Nesne ilişkileri ve nesne temsileri kavramını yansıtan bu yapı, dış dünyanın tüm modellerini oluşturmasıyla psikanalitik tanımından daha geniş anlam ifade etmektedir (akt. Koch ve ark., 2009a)

Çocuklar zaman içinde anneleri ile olan deneyimlerini Bowlby (1980), erken bağlanma ilişkilerini aile dışındaki sonraki ilişkiler için bir prototip oluşturacak şekilde içselleştirir. Erken dönemdeki bağlanma deneyimleri kişinin yetişkinlikteki yakın ilişkilerinde bağlanma davranışlarını belirleyen kalıpları oluşturmaktadır. Anne ile gelişen bağlanma davranışları eşe bağlanma, arkadaşa bağlana veya ikincil başka bir kişiye bağlanma şeklinde yaşam boyu devam ettiği belirtilmektedir. (Bartholomew, 1991; Bartholomew ve Horowitz, 1991).

Yetişkin dönemde bağlanma *"içsel benlik modeli*" (olumlu veya olumsuz) ve "*içsel diğerleri modeli"* (olumlu veya olumsuz) olmak üzere iki temel boyutun kullanıldığı yetişkin bağlanması modelinde tanımlanmıştır. İçsel benlik modeli bireyin kendilik değeri ve başkalarıyla olan duygusal bağımlılığı (olumlu yönü: öz saygı ve sevgiye değer hissetme, olumsuz yönü: düşük öz saygı ve başkalarının onayı alma gereksinimi) içsel diğerleri modeli ise başkalarına ihtiyaç duyulduğunda erişilebilir ve ulaşılabilir (olumlu yönü: başkalarının erişilebilir ve güvenilir olması ile ilgili duygular, olumsuz yönü: yakınlık kurmaktan kaçınma, kayıtsızlık, yok sayma, olumsuz beklentiler) olmalarıyla ilişkilendirilmiştir. Şekil 1 de yetişkinlikte tanımlanan dört bağlanma modeli (matriks) görülmektedir (Bartholomew ve ark., 1991).

Şekil 1. Dörtlü Bağlanma Modeli (Bartholomew ve Horowitz (1991)

		İçsel benlik modeli (Kaygı)	
		Olumlu (Düşük)	Olumsuz (Yüksek)
İçsel diğerleri modeli (Kaçınma)	Olumlu (Düşük)	*Güvenli*	*Saplantılı*
	Olumsuz (Yüksek)	*Kaçınan-Kayıtsız*	*Kaygılı- Korkulu*

Bağlamanın kaygı boyutu yakın ilişkilerde reddedilme ve terk edilme korkusunu tanımlamaktadır. Kaçınma boyutu ise başkalarına yakın ve bağımlı olmaktan rahatsızlık hissetme olarak ele alınmaktadır (akt.Sümer 2017). Bartholomew ve Horowitz (1991)'in modellediği matriksde görüldüğü gibi; düşük düzeyde kaygı ve kaçınma güvenli bağlanma stilini ifade ederken yüksek düzeyde kaygı ve kaçınma korkulu bağlama sitemli sergilemektedir. Yüksek düzeyde kaygı ve yüksek düzeyde kaçınma gösterenler korkulu bağlanma sitiline sahiptirler. Yüksek düzeyde kaygı ancak düşük düzeyde kaçınma davranışı gösterenler ise saplantılı ya da kaygılı kararsız ve düşük düzeyde kaygı ve yüksek düzeyde kaçınma gösterenler ise kayıtsız bağlanma olarak değerlendirilmektedir.

1.1.1 Bağlanma Stilleri

Ainsworth (1969; 1979:1993;1995) çocuklukta bağlanma stillerini tanımlamıştır. Bowlby ile yaptığı ortak çalışmalarda anneden ayrılma ve tekrar bir araya gelme durumlarında çocukların tepkilerini sınıflandırmak için standart bir protokol olan "Yabancı Durum Prosedürü"nü geliştirmiştir. Yabancı Durum Prosedürü (Strange-Situation Procedure) kapsamında üç tip bağlanma stili tanımlanmıştır. Yabancı Durum Prosedürü, 30 saniyeden 3 dakikaya kadar süren ve annenin ilk önce bebekle yalnız bırakıldığı sekiz kısa bölümü içermektedir. Anne ile bir odada yalnız başına oynarken 3 dakika sonra bir yabancı odaya girer, anneyle konuşur ve bebeğe yaklaşır, bu noktada anne odadan çıkarken yabancı bebekle yalnız kalır. Yabancı, annesinin dönüşü üzerine odadan çıkar. Anne bebeği selamlar ve ayrılığa vermiş olabileceği tepkilerle ilgilenir. Daha sonra bebek 3 dakika yalnız bırakılırken bir kez daha odadan çıkar. Yabancı daha sonra odaya tekrar girer ve bebekle etkileşime girmeye çalışır. Sonunda yabancı ayrılır ve anne bebekle tekrar bir araya gelir. Bebeğin anneden bu ayrılma ve birleşme anlarında gösterdiği tepkilere bağlanma stilleri tanımlanmaktadır. Ainsworth, bağlanma türlerini "Güvenli bağlanma, Kaygılı- Dirençli ve Kaygılı- Kaçınan" olarak sınıflandırmış, daha sonraları Main (1983) tarafından Dağınık-yönsüz olarak dördüncü bir sınıflandırma eklenerek bağlanma stilleri dört kategoride tanımlanmıştır. Yabancı durum prosedüründe bağlanma stillerinin tanımlanmasında çocukların gözlenen davranışları şu şekilde belirtilmiştir (Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1979).

1. Kaygılı-Kaçınan bağlanma*:* Çocuk anne ile yeniden bir araya geldiğinde (anne odaya döndüğünde) anne ile iletişime girmekten kaçınır, bakışlarını kaçırır ve ayrı kaldığı

için huzursuzluk göstermez. Annenin yakınlaşmasına itiraz etmez ve yabancıya da aynı şekilde davranır.

1.a. Anne ile yeniden bir araya geldiğinde anneden uzaklaşır. Eğer anne kucağına almak isterse çok istekli davranmaz. Dikkatini oyuncaklarına veriyor gibidir.

1.b. Anne ile yeniden bir araya geldiğinde karışık tepkiler gösterir. Anneden uzaklaşırken aynı zamanda yakınlık kurmak isteyebilir. Kucağa alındığında anneye sarılır kısa süre sonra tekrar uzaklaşır.

1. Güvenli Bağlanma: Güvenli bağlanan çocuk odaya dönen annesini gülümseyerek karşılar. Yabancı ile etkileşimde olsa bile aktif olarak anneyi arar, yakınlık kurmak ister ve iletişime geçer. Anne çocuğunu kucağına aldığında bundan hoşlanır, yere bırakıldığında huzursuzlanır ve yakınlığı sürdürmek ister.

2.a. Çocuk annesinin odadan ayrılmasından rahatsızlık göstermez ancak odaya döndüğünde onu gülümseyerek karşılar. Huzursuz davranışlar gösterse de annenin kucağa almasına olumlu tepki verir. Kolayca sakinleşir ve çevreyi keşfetmeye devam eder.

2.b. Çocuk annesi ile daha fazla yakınlık arayışındadır. Annesi odaya girdiğinde onu sıcak bir şekilde karşılar, yaklaşır ve iletişim kurmak ister.

2.c. Odaya dönen annesi ile fiziksel temas kurar ve annenin yakınlığından kaçınma davranışı göstermez hatta yakınlığın sürmesinde ısrar eder. Çocuğun ayrılma bölümlerinde özellikle ikinci ayrılma bölümünde huzursuzluğu artar.

2.d. Yabancı odada iken anne ile meşguldür. Çocuk ağlar, tedirgin ve huzursuz tepkiler verir.

2. Kaygılı- Dirençli Bağlanma: Yabancı Durum prosedürü esnasında anne odaya geldiğinde (yeniden birleşme) anneye karşı davranışlarında kararsızlık gösterir. Annesinin yakınlaşmasına karşı direnirken aynı zamanda kendisi yakınlaşmaya çabalar. Yabancıyla birlikte iken diğer gruptakilere göre daha fazla öfkelidir veya daha pasiftir.

3.a. Çocuk anneden ayrılma ve yeniden birleşmelerde kızgınlık sergiler. Özellikle yabancı ile odada kaldığı zamanlarda aşırı derece de huzursuz ve sinirlidir. Onun sakinleştirme çabalarını reddeder.

3.b. Çocuk çoğunlukla pasif ve az öfkelidir. Çevreyi keşfetme davranışları sınırlıdır. Annesi ile olan iletişimde sessiz ve pasiftir.

3. Dağınık ve Yönsüz Bağlanma: Bu çocuklar yüksek sesle ağlama, kucağa alındığında da sakinleşememe ve anneden uzaklaşmaya çalışarak kararsız davranma gibi davranış özellikleri göstermektedir. Main (1983; 2000)bu çocukları dördüncü bir grup olarak Dağınık-Yönsüz bağlanma olarak adlandırmışlardır. Bu gruptaki çocukların annelerinin davranışları incelendiğinde, kızgınlıklarını kontrol edemedikleri, çocuklarının huzursuzluklarını anlamakta zorluk çektikleri ve kendilerini soyutladıkları gözlemlenmiştir. Bu tür davranışlar sergileyen ebeveynlerin çocukları dağınık bağlanma davranışları göstermişlerdir. Bu çocuklar fobiler, aşırı kaygı, saldırganlık ve disosiyatif kimlik bozukluğu riski taşıdığı belirtilmektedir.

1.1.2. Anne Duyarlılığı ve Bağlanma

Bağlanma değerlendirilirken bağlanmanın oluşması ve bağlanma ilişkisinin niteliği arasındaki ayrım önemlidir. Bağlanma kuramı, bir bağlanma figürünün varlığında bebeğin bağlanma geliştireceğini vurgulamaktadır. Evrim yoluyla insan yavrusunun repertuarına hayatta kalmak ve fizyolojik ihtiyaçlar için bağlanmanın oluşturulması yerleştirilmiştir. Bebekler anne yokluğunda veya istikrarlı bir bakım olmadığında bağlanmadan kopacaklardır. Bakımın kalitesi kötü olsa da bakım verenin varlığı sürdükçe bağlanma mekanizması işlemektedir (Weinfield, Sroufe, Egeland, ve Carlson, 2014).

Çocukların aldıkları bakımın niteliği bağlanma ilişkisindeki bireysel farklılıkları oluşturmaktadır. Bakımın niteliği ise anne ile çocuk arasındaki etkileşimin şekli ve karşılıklı uyaranlar ve uyaranlara verilen cevaplarla belirlenmektedir.

Ainsworth (1969), bağlanma kuramında kavramlaşan "Güvenli üs" tanımını anne duyarlılığı ile genişleterek anne duyarlılığını çocuğun duygusal işaretlerinin farkına varabilme, doğru yorumlama ve zamanında ve sevgi dolu olarak cevap verme olarak tanımlamıştır. 1969 yılında Baltimore projesi boylamsal çalışmasında geliştirdiği ölçeğinde anne duyarlılığını dört alt kategoride değerlendirmektedir: 1. Bebeğin işaretlerine duyarlılığa karşı duyarsızlık, 2. Bebeğin davranışlarına yönelikı iş birliğine karşı müdahale, 3. Psikolojik ve fizyolojik ulaşılabilirliğe karşı inkâr ve ihmal etme, 4. Bebeğin ihtiyaçlarını kabul etmeye karşı reddetme. Aşağıda bu kategoriler kısaca açıklanmaktadır.

Bebeğin duygusal işaretlerine duyarlılığa karşı duyarsızlık; Bu değişken annenin bebeğinden gelen sinyalleri algılama, doğru yorumlama anında ve uygun cevap vermesidir. Buna göre anne duyarlılığının dört alt davranışı göstermesi gerekmektedir; a) sinyalleri fark etme, b) doğru yorumlama, c) uygun yanıt verme ve d) hızlı yanıt verme.

Annenin bebeğin işaretlerine ve iletişimine karşı farkındalığının iki önemli yönü vardır. Birincisi, Annenin öncelikle bebek tarafından gelen iletişim çabalarına karşı fiziksel ve duygusal yönden erişilebilir olması gereklidir. Annenin duyarlı farkındalığı için erişilebilirlik gerekli ön koşuldur. İkinci olarak, "Eşik" tanımlanabilir. Düşük eşiğe sahip aşırı duyarlı anneler bebeklerinin en ufak seslerine, mırıldanmalarına karşı bile hassastırlar. Eşikleri yüksek anneler ise bebeklerinin yüksek sesle ağlama gibi daha belirgin işaretlerine yanıt verirler. Bu anneler çoğu zaman kayıtsız görünür ve ulaşılmazlardır. Eşik düzeyi düşük annelerin en ufak işareti fark etmeleri her zaman bu sinyalleri doğru yorumlayacaklar anlamına gelmemelidir. Bebeğin en ufak huzursuzluk veya gerginliği algılanır ancak yanlış bir şekilde yorgunluk veya hastalık olarak da yorumlanabilir.

Bebeğin işaretlerinin anne tarafından doğru yorumlanabilmesi için, annenin farkındalığı, empati yeteneği ve çarpıtma- bozulma gibi üç bileşeni ortaya çıkmaktadır. Dikkatsiz ve görmezden gelen bir anne bebeğin sinyallerini doğru yorumlamayabilir ancak dikkatli bir anne de kendi algısal bozulmaları nedeniyle işaretleri kendi ruh hallerine ve isteklerine göre okuyabilir. Annenin duyarlılıkla bebeğini karşılamadan önce bebeğinin ihtiyaçlarına ve duygularına karşı empati kurması beklenmektedir.

Bebeğin davranışlarına yönelik iş birliğine karşı müdahale; Annenin bebeği ile iş birliği halinde olması onu aktif özerk bir insan olarak istekleri ve yapmak istediği faaliyetleri göz önünde bulundurmaktır. Bebeğinin – çocuğunun yapmakta olduğu aktiviteyi kesintiye uğratmayan, değiştirmek istese bile bebeğini yönlendirerek iş birliği halinde bunu gerçekleştiren anneler için işbirlikçi olarak değerlendirilmektedir. Bebekleri ile iş birliğinde olan anneler ani ve fiziksel müdahalelerde bulunmaz ve sözel yönlendirmelerle bebeklerine keşfetme ve öğrenme fırsatını sunarlar. Örneğin; bebeğinin uzanıp almak istediği bir oyuncağı hemen uzanıp eline vermek yerine ona fırsat tanıyarak kendisinin almasına izin verebilirler.

Müdahaleci anneler, bebeklerini kendi istekleri olan bağımsız ve özerk bir insan görmezler. Bebekler onlara aittir ve kendi istekleri doğrultusunda onları şekillendirmek ve yönlendirmek eğilimde olarak tanımlanmaktadır. Bu annelerin bebeklerinin-çocuklarının aktivitelerine, oyunlarına sözel ve fiziksel olarak sürekli müdahale ettikleri ve kesintiye uğrattıkları gözlenmektedir. Bebeklerinin ve çocuklarının özerkliğine saygı duymadıkları gibi kendi davranışlarını haklı görmekte ısrarcıdırlar.

Psikolojik ve fizyolojik ulaşılabilirliğe karşı inkâr ve ihmal etme; Ulaşılabilirlik annenin bebeğine karşı duyarlılığı ve bebeği tarafından erişilebilir olmasıdır. Psikolojik erişilebilirlik annenin farkındalığını içermesine rağmen bebeğini kabul etmediği ve ona cevap vermediği sürece erişilebilir değildir.

Yüksek düzeyde erişilebilir olarak tanımlanan anneler bebeğinin işaretlerinin farkındalardır ve hızlı bir şekilde cevap verebilirler. Erişilebilirlik algısal olarak uyanık olmak ve çoğu zaman bebeğine ve işaretlerine uygun cevap vermeyi gerektirmektedir.

Erişilmez olarak tanımlanan anneler genellikle bebeğini görmezden gelir ve bir anlamda onu ihmal eder. Burada sözü edilen ihmal fiziksel değil duygusal ihmaldir. Kimi anneler bebeklerinin davranışlarının farkında değildir. Bebeğinden gelen sinyalleri algılayamaz ve bu nedenle karşılık vermeyebilirler. Kimi anneler ise bebeklerinin sinyallerini çok iyi algılar ancak karşılık vermezler.

Bebeğin ihtiyaçlarını kabul etmeye karşı reddetme; bu ölçek bölümü annelerin bebek sahibi olmaları ile ilgili olumlu ve olumsuz duyguları arasındaki denge ve yaşadığı çelişkili duyguları ile ne kadar başa çıkabildiği ile ilgilidir. Olumlu duygusal durumda, hayal kırıklıkları, sınırlamalar ve korkuların üstesinden gelerek bebeği sevgi ile kabul etme davranışlarını görülmektedir. Olumsuz duygusal durumda ise annenin öfke, kızgınlık ve kapana kısılmış gibi duygularla bebeği reddetmesi durumudur.

Bebeğini kabul düzeyi yüksek olan anneler bebeklerini sadece sevmekle kalmaz aynı zamanda onun bireyselliğine saygı duyarlar. Çocuğunun çevresini keşfetmesini izlemekten büyük haz duyar. Böylece bebeğin keşif davranışlarına izin verirler. Bebeklerini kabul etmekte zorlanan ve reddeden anneler ise kendi hayatlarının kısıtlanmasından bebeklerini suçlayarak kızgınlık ve öfke duyguları yaşayabilirler. Bebek

sahibi olmakla istediklerini yapamadıklarını düşünerek bir bebeğe sahip olduğu için üzgün olduğunu bile dile getirebilirler.

Ainsworth ve ark. (1995), Baltimore boylamsal projesinde yukarıda açıklanan dört anne davranışı boyutu ile Anne Duyarlılığı Ölçeğini geliştirmişlerdir. Ainsworth Marvin (1995) ile yaptığı bir röportajında;

"*Anne sıcaklığı ile Anne duyarlılığını ayırt etmek gerekir. Anne sıcaklığı genel annelik davranışıdır ancak Anne duyarlılığı bebeğinin işaretlerine karşı vermiş olduğu tepkilerdir ve bu tepkiler bağlanma da bireysel farklılıkları meydana getirir.*" diye belirtmiştir. Bağlanma güvenliğinin belirleyicisinin anne duyarlılığı ve bebeğin işaretlerine annelerin tepkiselliği olduğunu vurgulamaktadır.

Batı ülkelerde yapılan çalışmaların meta analizinde (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, ve Juffer, 2003; Wolff ve IJzendoorn, 1997) ve ülkemizde yapılan çalışmalarda da anne duyarlılığı, bağlanma güvenliği ve duyarlı davranışların desteklenmesini içeren çalışmalar görülmektedir(Alsancak-Akbulut, Sahin-Acar, ve Sumer, 2020; Orta ve Sümer, 2016; Sengul-Inal, Kirimer-Aydinli, ve Sumer, 2018; Nebi Sümer ve Yetkili, 2018)

Anne duyarlılığının bağlanma güvenliği açısından önemi görüldüğü gibi literatürde belirtilmektedir. Ancak bebeğin mizacı ve bebekten kaynaklı durumlarında bağlanma ve bakım davranış sistemini etkilediğinden bağlanma güvenliğinin tehlikeye gireceği belirtilmektedir. Kagan (1995), tarafından çekingen ve tepkisel çocukların stres durumlarında kolaylıkla yatıştırılamayıp güvensiz olarak değerlendirilebileceği belirtilmiştir (akt. Sümer ve ark., 2016). Ayrıca bebeğin/çocuğun gelişimsel bozuklukları olduğu durumlarda (Marvin ve Pianta, 1996) bağlanma için gerekli olan karşılılık görülmemesi olasıdır ve bu çocuklar diğer yaşıtlarına göre risk altında görülmektedir.

1.2. Serebral Palsi

Tarihsel süreçte arkeolojik kanıtlar, antropolojik çalışmalar ve soyağacı araştırmaları engelliliğin insanlığın doğuşundan beri var olduğunu göstermektedir. Özellikle fiziksel deformasyonların daha görünür olduğu Serebral Palsi'nin çocuklarda ve yetişkinlerde görüldüğü birtakım sanatsal çalışmalar ve yazılı belgeler sayesinde

bilinmektedir (Berkson, 2004). Engelliler eski toplumlarda ve kültürlerde dışlanmış, ayrımlaştırılmış ve hor görülmüşlerdir. Diğer bozukluk ve hastalıklara göre günah keçisi olmaktan çıkarak nedenlerinin araştırılması ve tedavileri için bilimsel araştırmalarda yerini alması daha uzun zaman almıştır. Hamile kadınlar ve ebeler suçlanmış, tanrının gazabı ve büyücülerin laneti olarak görülmüştür (Brown, Radford, ve Wehmeyer, 2017).

Antik çağlarda insan vücudundaki deformasyonlar olağanüstü olaylarla ilişkilendirilmiştir. Dört bin yıllık Sümer, Babil ve Keldani çivi yazılarında hamile kadınlara ve yeni doğan bebeklerine nazar değeceği düşüncesiyle muskalar yaparak kendilerini korumaya çalıştıkları görülmektedir. Yunanistan'da demirci ustası Heptaistos'un topal (Perinatal Spastik Hemipleji) doğmasından dolayı annesi tarafından suya atıldığı, sonraları mitolojide flüt çalan Pan (keçi ayaklı) karakterine dönüştüğü bilinmektedir. Yunan toplumunda bu tür deformiteleri olanlar günah keçisi sayılmış ve aptal ve çirkin bulunarak alay konusu olmuş, toplum dışına atılmış hatta infaz edilmişlerdir. Serebral Palsi ve kol bacak el-ayak gibi uzuvları tutan bozukluklar (çarpık ayak, romatizma, yarık dudak) anne karnından gelen günah olarak ifade edilmiş tanrının insanlara verdiği bir ceza olarak görülerek dini alanlara dahi alınmamışlardır (Obladen, 2011). İlk ve en eski serebral palsi vakasının MÖ 16. Ve 11. Yüzyılları arasında yapılan mezar kazılarında bulunan ve 20 yaşında öldüğü tahmin edilen ekinovarus ayağı (yani çarpık ayak) deformitesi olan Siptah adlı Mısır'lı firavun olduğu da bilinmektedir (Stang, 2019).

Plato (M.Ö 4), vücut bozukluklarının önlenebilmesi amacıyla bebeklerin iki yaşına kadar sıkıca kundaklanması gerektiğini önermiş, bu görüşü Paris'te bazı akademisyenler tarafından da desteklenerek "İnsan için en uygun olan pozisyonu verebilmek için kollar ve bacakların bebeklikte vücudun iki yanına sıkıca bağlanması gerekir" ifadesi kullanılmıştır. Bu inanış günümüzde de bazı toplumlarda halen kabul görmektedir (akt.Obladen, 2011).

19. Yüzyıla gelindiğinde serebral palsi ilk olarak ortopedi cerrahı olan Dr. William Little tarafından tanımlanmıştır. 1844-1853 yılları arasındaki çalışmalarında ekstremlerinde spastisite ve tetanoz spazmlarına benzer kasılmaları olan çocukları felç veya parezi olarak tanımlamıştır. Klinik deneyimlerine dayanarak, çocukların klinik tabloları ile perinatal bozukluklar arasında gördüğü bağlantıyla felçlerin nedeni olarak

bebeklik dönemindeki beyin hasarı ve doğum asfiksisine işaret etmiştir. Uzun yıllar "Little hastalığı" olarak tanımlanan serebral palsi, 1889 yılında William Osler tarafından Cerebral Palsy- CP (serebral palsi) olarak adlandırılmıştır. Osler'in çalışmaları da serebral palsi'nin etiolojisine ve sınıflandırmasına odaklanmıştır (akt. Stang, King, ve Gaebler-Spira, 2019).

Serebral palsi'nin sınıflandırmasına katkıda bulunan Sigmund Freud ise vakaların asfiksi, zor doğum ve anormal doğumdan kaynaklanan beyin hasarı sonucu olduğu konusunda meslektaşları ile aynı fikirde olmasına rağmen anormal bir doğumun her zaman anormal etkiler yaratmayacağına dikkat çekmiştir. Osler'in serebral palsi'nin "spinal patolojisi" hipotezine karşıt olarak serebral palsi'yi serebral orijinli olarak kategorize ederek sınıflandırmada patolojik bulgular yerine klinik bulguları değerlendirilmeyi tercih etmiştir (akt. Stang ve ark., 2019).

20. yüzyılın ortalarında Amerikalı beyin cerrahı ve nörolog olan Temple Fay, merkezi sinir sisteminin omuriliğin üst ucundan serebral kortekse kadar evrimsel katmanlardan oluştuğuna dair bir teori geliştirmiştir. Kondüktif eğitimin kurucusu olarak bilinen doktor ve nöropsikolog olan Andreas Petö (1893–1967) Freud'un izinden giderek serebral palsi'li çocukları okula entegre edebilmek için yürütmeyi hedeflemiş, Tıp doktoru olan Vaclav Vojta ise anormal postüral refleksleri, özellikle yaşamın çok erken döneminde tedavi ile düzeltmek ve normal terapiden etkilenen refleks hareketlerin beyinde depolanmasını sağlayacak tetik bölgelerine basınç uygulama yöntemiyle yeni bir tedavi yöntemi geliştirmiştir (akt.Panteliadis, Panteliadis, ve Vassilyadi, 2013).

Crothers ve Paine (1959), kas tonusu ve nörolojik sendromların sınıflandırılmasına dayanan serebral palsinin değerlendirilmesi için multidisipliner bir yaklaşıma öncülük ettiler. Serebral palsinin rehabilitasyonunda, nörogelişimsel terapi (NDT) ve kısıtlamaya bağlı hareket terapisi (CIMT) gibi programları serebral palsinin'nin şiddetine uygun olarak önermişlerdir. (akt. Panteliadis ve ark., 2013).

Serebral Palisli çocukların yürüme yeteneğindeki değişiklikleri ölçmek için kullanılan bir sistem olan Fonksiyonel Hareketlilik Ölçeği (FMS) tanımlamıştır (Graham, Harvey, Rodda, Nattrass, ve Pirpiris, 2004). Palisano ve ark. (2000) ise Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi – KMFSS (Gross Motor Functional Classification

System-GMFCS), ile Serebral palsili çocuklarda hareket yetersizliğinin şiddetini, bozukluğun derecesine göre beş seviyede sınıflandırmış ve Eliasson ve ark. (2007), GMFCS'ye benzeyen yeni bir yöntem olan "Manuel Yetenek Sınıflandırma Sistemi (MACS)" ni yayınlamıştır.

Yeni görüntüleme tekniklerinin ortaya çıkışı serebral palsi tanısında önemli rol oynamaya başlamıştır. Beyin patolojisini değerlendirmek için olası görüntüleme teknikleri, ilk bilgisayarlı tomografi (BT) taramasından bu yana manyetik rezonansın (MRI) eklenmesine kadar gelişme göstermiştir. Doğum öncesi tanılar için, fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI), fetal MRI ve ayrıca pozitron emisyon tomografisi (PET) ve tek foton emisyonlu bilgisayarlı tomografi (SPECT) gibi teknolojilerin yanı sıra sonografi, amniyosentez ve fetoskopi gibi tanılama yöntemleri kullanılmaya başlanmıştır (Panteliadis, 2018).

Serebral palsi "Olgunlaşmamış beyinde meydana gelen ve çocuklarda kalıcı motor bozukluğa neden olan statik bir lezyondur" olarak tanımlanmaktadır. Lezyon lisensefali (düz beyin, beyin oluklarının oluşmaması) gibi gelişimsel bir kusur olarak, yeni doğanda orta serebral arter tıkanıklığı gibi veya doğum sırasında veya sonrasında travmaya bağlı olarak ortaya çıkabilir. Tüm bu etiyolojilerde beyin patolojisi statik olduğundan, beyin felci (serebral palsi) olarak kabul edilir (Freeman Miller, 2005a).

Serebral palsi klinik belirtiler, etiyoloji ve patoloji açısından heterojen olduğu için çoğul olarak serebral palsi'lere atıfta bulunmanın daha uygun olduğu sıklıkla öne sürülmüştür. Tanımlar dört ortak noktada birleşmektedir: Motor kayıpların neden olduğu hareket ve postür bozuklukları, yaşamın çok erken dönemlerinde gelişmesi, serebral anormallikler ve gelişimle birlikte klinik belirtiler değişse bile beyindeki hasarın ilerleyici nitelikte olmaması özellikleridir (Bevans ve Tucker, 2020).

Motor fonksiyon kayıplarının ve bozukluklarının çeşitliliği serebral palsi terimini bir şemsiye terim olarak ele almayı gündeme getirmiştir. Serebral palsi'nin etiyoloji, görünüm, fonksiyonellik, rehabilitasyon ve tedavi açısından her çocukta farklılık göstermesinden dolayı terminolojisinin "Serebral Palsi Spektrum Bozukluğu" olarak kullanılması önerilmektedir (Shevell, 2019).

Tanım gereği sorumlu serebral patoloji ilerleyici değildir, ancak gelişim ve motor bozukluğunun kas-iskelet sistemi üzerindeki uzun vadeli zararlı etkileri ile klinik belirtileri zamanla değiştirmektedir. Motor bozukluklara ek olarak, biliş, görme, işitme, iletişim, propriyosepsiyon, davranış ve / veya epilepsi bozuklukları da görülmektedir. (Blair ve Cans, 2018).

Ülkemizde Serebral Palsi görülme sıklığı 2007 yılındaki bir çalışma ile ilk kez her 1000 doğumda 4,4 olarak rapor edilmiştir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki görülme oranları (Finlandiya'da 1000'de 2,5, İngiltere'de 1,9, İsveç'te 2,4, Norveç'te 10 2,1, Malta'da 2,4, Çin'de ve 1,6) ile karşılaştırıldığında oldukça yüksektir. Gelişmiş bir ülkede bildirilen en yüksek yaygınlık oranı 1000'de 4,9' ile Danimarka'dır (Serdaroglu, Cansu, ve Tezcan, 2007).

1.2.1. Serebral palsi'nin sınıflandırması

Sınıflandırma sistemleri, benzer klinik belirtileri bir arada gruplandırarak heterojen koşulların karmaşıklığını azaltmayı, klinik ve bilimsel çalışmalarda ortak bir dil oluşturmayı amaçlamaktadır. Klinik tanılama, prognoz, tedavi ve hizmetlerin belirlenmesine de rehberlik etmektedir (Bevans ve Tucker, 2020).

Serebral palsi'nin günümüze kadar pek çok sınıflandırması yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü 2001 yılında kabul ettiği Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırma (International Classification of Functioning, Disability, and Health -ICF) sistemine göre; bireyin sağlık durumunu vücut yapısı ve fonksiyonları (anatomik), aktivite kapasitesini, yaşama katılımı, çevresel faktörleri ve kişisel faktörleri temel alarak değerlendirmektedir. Bu sınıflandırma 2007 yılında çocuk ve gençler için genişletilerek "Çocuk ve Gençler için Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması (ICF-CY)" olarak kabul edilmiştir (Ustun, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek, ve Schneider, 2003). Rehabilitasyon alanında yaygın kullanılan Sınıflandırma sistemleri serebral palsiyi nöromotor bozukluğun tipi ve topografyası, nöroanatomik bozukluklar, motor fonksiyonlar, yürüyüş şekillerine göre sınıflandırma, aktivite kapasitelerinin değerlendirilmesi ve işleyişin türünü temel alarak sınıflandırmaktadır (Bevans ve Tucker, 2020).

Nöromotor belirtiler ve motor bozukluğunun topografyasına göre sınıflandırma

Klinisyenlerin sıklıkla kullandığı sınıflandırmada genel terim olarak spastik terimi ve alt gruplamalarda dipleji, kuadripleji, çift hemipleji, tripleji, distonik, diskinetik, ataksik ve mikst gibi terimler kullanılmaktadır. Avrupa Serebral Palsi İzleme Ağı (SCPE The Surveillance of Cerebral Palsy in Europe) ise özellikle epidemiyolojik çalışmalar için klinik bulgular üzerinden sınıflandırma sağlayan basit bir sistem önerilmiştir; bu sınıflandırma sisteminde bilateral spastik, tek taraflı spastik, diskinezi ve ataksik terimleri kullanılmıştır. Birden fazla tip mevcut olduğunda, yani ataksi ve / veya diskinezi ile spastisite olduğunda ise, baskın klinik özelliğe göre sınıflandırılmaktadır (Blair, Cans, ve Sellier, 2018).

Ancak günümüzde en yaygın bilinen tanımlamalar Spastik tip (Kas tonusunda artış), atetoid tip (kas kontrolünün olmaması), ataksik tip (denge ve koordinasyon problemleri), ve mixt tip (farklı kas durumlarının bir arada görülmesi) şeklindedir (Bevans ve Tucker, 2020). Geleneksel sınıflandırmalar, serebral palsiyi ton veya hareket anormalliğinin tipine ve etkilenen uzuvların dağılım modeline göre gruplandırır. Spastisitenin, Serebral palsili insanların % 70-75'inde baskın olduğu, diskinezi (% 10-15), ataksi (<% 5) ve hipotoni (% 2) olarak belirtilmektedir (Bevans veTucker,2020).

Nöromotor tipler, pozitif veya negatif motor belirtilerin baskın olmasına göre farklılaşmaktadır. Pozitif işaretler, kas aktivitesi, hareket veya hareket modellerinin sıklığı veya büyüklüğünü içerirken negatif işaretler ise yetersiz kas aktivitesi veya kontrolünden kaynaklanmaktadır (Bevans ve Tucker,2020).

- Spastisite: Gerilme refleksinin aşırı uyarılmasından kaynaklanan, abartılı tendon uyarılmasıı ile tonik gerilme reflekslerinde (kas tonusu) hıza bağlı artış olarak tanımlanır Spastisitenin alt tipleri, etkilenen uzuvların sayısına ve konumuna göre farklılaşır. Ekstremitelerin spastisiteden nasıl etkilendiğini belirtmek için aşağıdaki önekler "plegia" (felçli) kök kelimesiyle birleştirilir: Monopleji, vücutta bir ekstremitenin etkilenmesidir. Kimi zaman bir uzvun diğerinden daha önemli ölçüde bozulmuş olduğu bir hemipleji şekli olarak kabul edilir. Dipleji, Genellikle iki ektermitenin etkilendiği ve bacakların kollardan daha fazla etkilendiği durumlardır. Hemipleji, Vücudun bir

tarafındaki kol ve bacağın etkilenmesidir. Tripleji, vücutta üç ekstremitenin etkilenmesidir. (Örneğin, her iki kol ve bir bacak, her iki bacak ve kol) veya bir üst ve bir alt ekstremite ve yüz anlamına gelebilir. Kuadripleji ise vücutta dört ekstremitenin tutulduğu durumlardır. Belki ayrıca tetrapleji (dört uzuvun tamamı eşit şekilde etkilenir) veya çift hemipleji (dört uzuvun tamamı tutulur, ancak vücudun bir tarafı diğerinden daha fazla etkilenir) olarak belirtilebilir.

- Diskinezi : Spastisitede olduğu gibi artmış kas aktivasyonu ve hareketinin bir semptomudur. Diskinezide anormal postür ve hareket kalıpları ve / veya istemsiz, kontrolsüz, tekrarlayan ve bazen stereotipik hareketler hakimdir. Anormal duruşlar, vücut parçalarının yavaş dönmesi, ekstansiyonu ve fleksiyonu gibi sürekli kas kasılmalarından kaynaklanır. Çoğu Avrupa ülkesinde kullanılan sınıflandırma sistemi (Avrupa'da Serebral Palsi İzlemi [SCPE]) distoni ve koreoatetoz olmak üzere iki diskinezi alt tipini tanımlamıştır (Sanger ve ark., 2010).
- Ataksi: Hareketlerin normal kuvvet, ritim ve doğrulukla gerçekleştirilmesi gibi istemli bir hareket modelinin üretilememesidir. Gövde ve yürüyüş ataksisi dengede bozulmaya neden olur. Ataksik Serebral palsili kişilerde öne çıkan özellikler arasında yavaş titreme ve düşük ton bulunmaktadır (Cans ve ark., 2007).
- Hipotoni: Hipotonik SP, uzuvlarda, gövdede veya kraniyofasiyal (baş ve yüz) iskeletteki kasların pasif gerilmeye karşı azalmış direnci ve azalması ile karakterizedir (Bevans ve Tucker,2020).

Motor fonksiyon ve işlevselliğe göre sınıflandırma

İşlevselliğe göre sınıflandırma bireylerin günlük yaşamını anlamlı şekilde etkileyen işlev performansına göre değerlendirir. İşlevsel sınıflandırma sistemleri, işlevin nasıl gerçekleştirildiğine bakılmaksızın insanların neler yapabileceğine odaklanır.

Serebral palsi'de alt ve üst ekstremitelerdeki motor fonksiyon ve işlevselliği geliştirilen özel ölçekler ile değerlendirmekte ve sınıflandırılmaktadır. Gövde ve alt ekstremite motor fonksiyonunun değerlendirilmesinde beş puanlık bir ölçek olan Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi- KMFSS (Gross Motor Function Classification System -GMFCS) kullanılmaktadır. El Becerileri Yetenek Sınıflandırma Sistemi (The Manual Ability Classification System -MACS) ve İki El İnce Motor Fonksiyonu (The

Bimanual Fine Motor Function -BFMF) ölçekleri ise üst extremite ince motor becerilerin fonksiyonlarını sınıflandırmak için kullanılmaktır (Eliasson ve ark., 2007; Palisano ve ark., 1997).

Yürüyüş şekillerine göre sınıflandırma

Yürüyüş bozukluklarına dayalı sınıflandırma sistemleri, serebral palsiyi bireylerin kinematik, kinetik, zamansal-uzamsal ve / veya elektromiyografik (EMG) verilere göre sınıflandırmayı esas almıştır. Ancak günümüzde bu sınıflandırma sistemi yeterli güvenirlik ve geçerliliğe sahip olmadıklarından kullanılmamaktadır (Bevans ve Tucker,2020).

Nöroanatomik bozukluklara göre sınıflandırma

Gelişmiş görüntüleme metotları serebral palsi ’nin beyin görüntüleri yoluyla sınıflandırılmasına imkân tanımıştır. İkinci yaştan önce yapılan MRI ve yeni doğan ultrason görüntüleri ile yapılan sınıflandırma beyindeki gelişimler, baskın beyaz cevher yaralanması ve baskın gri cevher yaralanması gibi temel kategorileri oluşturmaktadır (Hagel, 2018). Nöroanatomik sınıflandırma sistemi serebral palsi 'ye neden olan etkilerin zamanlaması, etiyolojisi ve patolojisi üzerinde araştırmalar yapma ve beyin yapısı-fonksiyon ilişkisini anlamak açısında önemli bilgiler sağlamaktadır (Bevans ve Tucker, 2020).

1.2.2. Serebral palsiye eşlik diğer bozukluklar

Serebral palsili çocuklar arasında en sık karşılaşılan ilişkili bozukluklar; zihinsel yetersizlikler, yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkabilen veya okul çağına kadar görünmeyen epilepsi (Deniz, 2005) , görme alanı, görme keskinliği, stereopsis, alan algısı ve görsel tanıma bozuklukları, kırma kusurları, bozulmuş akomodasyon, şaşılık ve anormal sakkadik göz hareketleri olarak belirtilmektedir (Zihl ve Dutton, 2015).Tüm bunlara ek olarak işitme bozukluğu, beyin lezyonunun doğrudan bir sonucu olarak veya aktivite sınırlamaları ve katılım kısıtlamalarının bir sonucu olarak davranış bozukluğu ve otizm gibi ağır psikiyatrik durumların da eşlik ettiği görülmektedir (Dammann, 2018).

1.2.3. Serebral Palsinin terapi ve rehabilitasyonu

Serebral palsi ve diğer nörogelişimsel bozuklukların rehabilitasyon ve tedavileri yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Tedavi kavramı genel olarak tıbbi müdahaleleri ifade ederken, terapi kavramları, fizyoterapi, iş ve meşguliyet terapileri, konuşma terapileri ve alternatif terapileri (atla terapi, su terapisi, duyu-motor bütünleştirme terapileri vs.) ifade etmektedir (Miller, 2005).

Rehabilitasyon kavramı ise serebral palsi'li bireyin aile ve çevresini de içine alan sosyal, duygusal, eğitsel ve yaşam becerilerini içeren yaşam boyu devam eden müdahaleleri içerir. Rehabilitasyon ve tedavi programları fiziksel bozuklukların etkisini en aza indirgemek, günlük yaşamda ve toplum yaşamında bağımsızlaşmasını sağlamak ve hem çocukların hem de ailelerinin yaşam kalitelerini iyileştirmektir.

Rehabilitasyon programları klinik Tablonun tipine ve ciddiyetine, eşlik eden diğer klinik Tablolara, çocukların fizyolojik yaşına, aile işlevlerine ve sosyo ekonomik faktörlere bağlı olarak farklılık gösterebilir. Ayrıca görsel, işitsel, bilişsel bozukluklar, nöbetler, öğrenme güçlükleri ve duyusal problemler müdahale sonuçlarını etkileyebilir (Günel, 2011). Serebral palsi'nin tedavi ve rehabilitasyonu motor fonksiyon yetersizlikleri ve bozuklukların ön planda olması nedeniyle özellikle okul öncesi dönemde tıbbi tedaviler ve terapi protokollerine ağırlık verilmektedir.

Serebral palsiye eşlik eden birçok klinik belirti ve yaşam boyu süren rehabilitasyon, tıbbi müdahaleler, psikolojik destek ve eğitsel programlar, aile programları, sosyal-duygusal destek ve ekonomik destekler gibi birçok müdahaleleri içermesi nedeniyle multidisipliner ve transdisipliner çalışmayı gerektirmektedir. Bu nedenle "Serebral Palsi'nin Yönetimi" ifadesi daha kabul görmektedir (Deniz, 2005).

Rosenbaum ve Gorter (2011), çocukluk çağı nörogelişimsel bozukluklarını ve rehabilitasyon yaklaşımlarını değerlendirirken ICF 'in tanımlamalarını genişleterek olarak "F-words" (function= fonksiyon, family= aile, fitness=egzersiz, fun= eğlence ve friends= arkadaşlar.) olarak tanımladıkları değerlendirme kriterlerini önermişlerdir.(Rosenbaum ve Gorter, 2012). Buna göre; çocuklarının vücut fonksiyonlarının normal olarak tanımlanan kriterler içerisinde değil, kendi gelişimleri

içerisinde değerlendirilmesi, ailelerin desteklenmesi, terapi seansları yerine egzersiz ve rekreasyonal aktivitelerin olması, çocukların eğlenerek yapabileceği ve aktif katılımının sağlanacağı programlar oluşturulması, grup aktiviteleri ve destekleyici akran ilişkilerinin desteklenmesi gerektiğini vurgulamışlardır.

1.2.4. Serebral palsi'nin rehabilitasyonuna teorik yaklaşımlar;

Nöro-Olgunlaşma Teorisine dayanan yaklaşımlar vücudun anormal hareketlerini engellemek ve duruş bozukluklarını gidermek için duyu motor egzersizler yoluyla hareketi normalleştirmeye odaklanır. En yaygın kullanılan metotlar; Bobath tekniği, Vojta tekniği, Duyu bütünleme, modelleme tekniği ve kas kuvvetlendirme egzersizlerini içeren Nörogelişimsel Tedavi Yaklaşımı (NGT), Rood, Brunnstrom, proprioseptif nöromüsküler kolaylaştırma (PNF) ve Carr ve Shepherd gibi fizyoterapi uygulamalarıdır (akt. Aydın ve Nur,2012).

Dinamik Sistemler Teorisine (DST) göre, motor hareketler fonksiyonel bir hedefe ulaşmak için çevresel etkiler, çocuğun özellikleri, hedefler gibi birçok alt sistemlerin etkileşimi ile organize edilmektedir. Çocuğun özellikleri kas tonusu, denge ve hareket kabiliyeti gibi fiziksel becerileri ve bilişsel, duygu, mizaç, motivasyon ve dikkat gibi gelişimsel özellikleri içermektedir. Çevresel etkiler ise, hedefe ulaşmayı etkileyen fiziksel, sosyal ve davranışsal faktörleri ifade eder. DST, hareketin öğretilmesinde tüm sistemlerin dikkate alınmasını ve her bir sistemin aynı derecede önemli oluğunu vurgulamaktadır (Aydın ve Nur, 2012).

Ekolojik Sistemler Teorilerine göre çocuğun içinde bulunduğu çevresel sistemler çocuğun gelişimini etkilemektedir. Brofenbrenner'in Ekolojik Sistem teorisi, çocuğun kendi gelişiminde aktif rol oynadığını, çocuğun ilgi alanları, beğenileri ve hoşlanmadıkları şeyler de dahil olmak üzere tercihlerinin dikkate alınması gerektiğini belirtmektedir (Fiss ve Jeffries, 2020). Ekolojik teoriye (Gibson ve Pick, 2003) göre, çocuklar çevreleri ile olan etkileşimlerini algısal motor keşifleri yoluyla gerçekleştirmektedir. Bu etkileşimler içinde çocuklar, istenen hedeflere ulaşmak için farklı çözümler keşfederler. Bu yaklaşım, rehabilitasyon programlarının motor öğrenme için bireysel özellikler, hedefler ve çevresel özellikler arasında ilişkiler kurması gerektiğini vurgulamaktadır.

Nöronal Grup Seçim Teorisi (NGST)'ne göre; insan beyni seçici bir sistem olarak çalışmaktadır ve gerek doğum öncesi gerekse doğumdan sonraki dönemde çevreden gelen sinyallerden güçlü bir şekilde etkilenir. Beyin yapısındaki nöronlar ve sinaptik bağlantılar, deneyim ve tekrarlarla zayıflatılır veya güçlendirilir. Çocuk eğer birincil hareket repertuarına sahipse, deneyimle sinapslar artar ve güçlenir. İkincil hareket repertuarı deneyim, tekrar ve keşif yoluyla seçilir ve öğrenme gerçekleşmektedir. Böylelikle çeşitli iç ve dış baskılara yanıt olarak yapısal ve işlevsel organizasyon ve yeniden organizasyon yeteneğine sahip oldukça dinamik bir organ olan beynin nöral plastisite özelliği sayesinde duyu motor bozukluklar ve motor bozuklukların azaltılması hedeflenebilmektedir (akt. Aydın ve Nur, 2012).

Aile Merkezli Yaklaşım; Ailelerin çocuklarının yaşamında ve gelişiminde oynadıkları rolun önemi rehabilitasyon alanınında aile katılımını da önemli kılmaktadır. Aile merkezli yaklaşım çocuk hekimliği alanında yaygın olarak kullanılırken serebral palsi'li çocukların bakım ve rehabilitasyon sürecini kolaylaştırmak ve sürekliliğini sağlamak amacıyla da çocuk rehabilitasyonu alanında benimsenmeye başlanmıştır. Anne babaların katılımı Serebral palsili çocukların psiko-sosyal ihtiyaçlarının karşılanması, gelişimlerinin desteklenmesi , çocuklarının kendi durumlarıyla başa çıkabilme ve rehabilitasyon programlarını kabullenme süreclerini kolaylaştırmaktadır(Aydın ve Nur, 2012; Karadag Saygi, Giray, Peynirci Cersit, Ulutatar, ve Aydin, 2015; LaForme Fiss ve ark., 2014).

1.2.5. Serebral Palsi'de erken müdahale ve aile merkezli programlar

CanChild Çocukluk Çağı Gelişimsel Bozukluklar Araştırma merkezinin tanımına göre (Can Child, t.y.), Aile merkezli yaklaşım, özel gereksinimi olan çocuklara ve ailelerine yönelik hizmetlere yönelik bir dizi değer, tutum ve yaklaşımdan oluşmaktadır. Bu yaklaşım her ailenin benzersiz olduğunu; ailenin çocuğun hayatında değişmez olduğunu, çocuğun yetenekleri ve ihtiyaçları konusunda uzman olduklarını kabul etmektedir. Anne babalar, çocuğun ve ailenin aldığı hizmetler ve destekler hakkında bilinçli kararlar vermek için hizmet sağlayıcılarla birlikte çalışır ve tüm aile üyelerinin güçlü yönleri ve ihtiyaçları göz önünde bulundurulur.

Aile Merkezli yaklaşımda aileler, çocuklar ve sistem açısından kanıta dayalı olumlu etkiler bulunmuştur (King, Teplicky, King, ve Rosenbaum, 2004). Çocuklar açısından gelişimsel kazanımlar ve psikososyal uyumun daha fazla olduğu, aileler açısından , özellikle annelerin psikolojik iyi oluşlarına olumlu etkisi, ana babalık öz yeterlik düzeyinde artış ve ankiseyete ve depresyon düzeylerinde artış olduğu, sistem açısından ise, ailerle kurulan olumlu ilişkiler, ihtiyaçların tespitinde ve karar alma süreçlerine ailenin aktif katılımı sonucunda programlarının devamlılığını sağladığı gibi yararları gözlenmektedir (Fritz ve Sewell-Roberts, 2020; King ve ark., 2004).

İnsan yaşamında gelişimin en hızlı olduğu dönemin doğum öncesi dönemden sonra doğumu izleyen ilk üç yıl olduğu bilinmektedir. Özellikle nöronların artması, nöronlar arası bağlantıların kurulması ve miyelinizasyon (nöronların miyelin kılıfı ile kaplanması) beynin olgunlaşmasında önemlidir (Semrud-Clikeman ve Ellison, 2007). Miyelinizasyon, görsel, motor, sosyal ve bilişsel davranışların gelişimi ilişkilidir. Yetersiz beslenme, hastalık, yaralanma ve uyaran eksikliği gibi faktörler miyelinleşme sürecini ve dolayısıyla bireyin öğrenme kapasitesini etkilemektedir ((Özcan, 2005).

Özellikle beyin gelişimi ve öğrenmenin kritik ve hızlı olduğu erken çocukluk döneminde ve ilerleyen dönemlerde gelişimi olumlu etkilemesi beklenen her türlü tıbbi, eğitsel, psikolojik, terapi ve rehabilatasyon girişimleri erken müdahale olarak ele alınmaktadır. Erken müdahale programlarının (Spiker, Hebbeler, ve Mallik, 2005) özel gereksinimi olan veya gelişimsel risk grubunda bulunan çocuklar ve aileleri için optimal gelişimin sağlanması ve olası risklerin önlenmesi yönünden fayda sağlamaktadır.

Gelişimsel risk altında ve özel gereksinimi olan çocuklar ve aileleri için geliştirilen ve uygulanan erken müdahale programları (Doğan, 2012; Dilsiz, 2020)) bireyselleştirilmiş, disiplinler arası ve aile merkezli olması birincil hedefler arasındadır (Fiss ve Jeffries, 2020; Hadders-Algra, 2014).

Erken müdahalenin üç yaşından önce başlaması önleme ve gelişme açısından önem taşımaktadır. Serebral palsi doğumu izleyen ilk günlerde de tanılanabilmesi (Özcan, 2005) nedeniyle en erken dönemde aile desteği ve müdahale edilebilmektedir. Erken müdahale sayesinde ebeveynlerin yaşayacağı şok, hayal kırıklığı, kızgınlık ve üzüntü gibi duygularla başa çıkmalarına yardımcı olabilir, bakım veren kişiye duyarlı ve

kapsayıcı bakım konusunda destek olabilir, aileye gelecekle ilgili ve ihtiyaçlar konusunda rehberlik edebilir ve çocuğun potansiyelini geliştirmesini destekleyebilir (Doğan, 2014). Ayrıca annenin çocuğunun durumu ile ilgili bilgi sahibi olması, çocuğunun fiziksel ihtiyaçlarının yanı sıra duygusal ihtiyaçlarının ve öneminin farkına varabilmesi ve anne ile bebek arasındaki sosyal duygusal etkileşimin desteklenmesi açısından da önem kazanmaktadır (Able-Boone, 1997). Erken müdahale ve aile destek programları ebeveynlerin, çocuklarının kendi yetersizliğinden kaynaklı sosyal ve duygusal, gelişimsel ve davranışsal ve etkileşimsel sonuçları anlama becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmaktadır (Howe,2006).

Aile odaklı erken müdahale programlarının anne – bebek arasındaki karşılıklı ve olumlu duygusal etkileşim ve annenin bakım verme davranışlarını ve serebral palsili çocuklarda sosyal duygusal gelişimi olumlu etkileyeceği, özellikle anne-bebek arasında oluşması beklenen bağlanma güvenliği için önemli olduğu düşünülmektedir (Howe, 2006).

Türkiye'de son yıllarda serebral palsi'nin rehabilitasyonunda aile işlevlerinin önemi ve aile katılımı ile aile odaklı bakım yaklaşımları benimsenmeye başlamıştır. Bu amaçla geliştirilen ve uygulanan programlar henüz yeterli olmasa da ailelere yönelik bilgilendirmeler , rehber kitapçıklar , proje ve bilimsel araştırmalar kapsamında çalışmalar olduğu görülmektedir. Avrupa ve Amerika'da ülke politakalarında ele alınan erken müdahale programları (Bayhan ve Taştekin, 2015) Türkiye'de yeni yeni gereken önem kazandığı ve kanıta dayalı geliştirilmiş ve uygulanan bir erken müdahale programlarının geliştirilmeye ihtiyaç duyulduğu ifade edilmektedir.

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Pediatrik Rehabilitasyon Birimi bünyesinde Aydın ve ark (2010) tarafından serebral palsili çocuk ailelerinin ihtiyaçlarından yola çıkılarak geliştirilmiştir. AOTP'nin amacı "Serebral palsi veya nöro-gelişimsel açıdan risk altında olan bebek ve ailelerinin yaşam kalitesini arttırmak, serebral palsi'li bebeklerin beyininde oluşan birincil hasardan kaynaklanan sorunlarla başa çıkmasını sağlamak, ikincil hasarlar oluşumunu en aza indirmek, çocukların toplumsal hayata katılımlarını sağlamak " olarak belirlenmiştir. Programın yoğun (8 saat), kısa (4 saat) ve uzun (18 saat) versiyonları 5 yaşından küçük Serebral palsili çocuğu olan annelere uygulanmıştır. Program özetle, ailenin

ihtiyaçlarının belirlenmesi, aile işlevlerinin desteklenmesi, serebral palsi konusunda bilgilendirme, evde uygulanacak egzersizlerin anneye öğretilmesi, günlük yaşam aktiviteleri ve yasal haklar konularını içermektedir. AOTP daha yaygın kullanılması ve araştırmalarla olumlu sonuçların desteklenmesine ihtiyaç olduğu belirtilmektedir.

Diğer bir çalışma ise; Dilsiz (2020) tarafından yapılan çalışmasında serebral palsi'li çocuk aileleri için Aile Eğitim Programı geliştirilmesidir. Serebral Palsi Aile Eğitim Programının özellikle aile işlevleri, yılmazlık ve umutsuzluk düzeylerini olumlu yönde ve kalıcı bir şekilde etkilediği belirtilmektedir. Çalışma henüz yayınlanmamıştır.

Serebral Palsi konusunda ailelere ve alanda çalışanlara rehberlik etmesi amacıyla çeşitli resmi kurum ve kuruluşlar, uzman helkimler ve sivil toplum örgütleri tarafından bilgilendirci yayınlar da mevcuttur (İnan, 2016; Ocakçı , Kocakulak, Yıldırım, ve Duygu, 1995; Özcan, 2005). Türkiye Spastik Çocuklar Vakfı Aile Danışmanlık Merkezi(TCSV, ty.) bünyesinde "Riskli Bebek ve Erken Müdahale" çalışmaları , 0-3 yaş arası gelişimsel risk altında olan bebek ve çocuklar için yoğun fizyoterapi, özel eğitim, psikolojik danışmanlık ve tanılama çalışmaları yapılmaktadır. Serebral palsi tanılı bebeklerin gelişimsel değerlendirmeleri multidisipliner bir yaklaşımla yapılmakta ve Prectl Analiz, gelişim testleri ve gözlemsel değerlendirmeler yapılarak müdahale programının hedefleri belirlenmektedir. Prechtl Analiz, risk taşıyan bebeklerde ilk 6 ay içinde motor gelişim problemi olup olmadığı saptamak için yapılmaktadır. Bebeğin hareket özelliklerinde, Prechtl Analiz ile belirlenen farklılıkların doğru pozisyonlama, fizyoterapi ve aile eğitimi ile düzeltilmesi hedeflenmektedir (TSCV, ty.)

1.3. Bağlanma Temelli Erken Müdahale Programları

Bağlanma temelli müdahale programlarının temel bileşeni çocuğun ihtiyaçlarının ve işaretlerinin doğru okunabilmesi ve uygun cevabın zamanında verilmesi doğrultusunda olumlu ebeveynliği destekleyerek anne (birincil bakım veren kişi) duyarlılığını arttırmak ve güvenli bağlanmanın gelişmesini sağlamaktır (Juffer ve Steele, 2014) IJzendoorn, ve Bakermans-Kranenburg, 2008). Çalışmalar güvenli bağlanma gelişimini etkileyen faktörler arasında anne duyarlılığının ana faktör olarak görülmesi gerektiğini göstermiştir.

Ainsworth (1979) anne duyarlılığını, bebeklerin bağlanma işaretlerini doğru bir şekilde algılamak yorumlamak ve bunlara hızlı ve yeterli bir şekilde yanıt vermek için bir yetenek olarak tanımlamıştır. Duyarsız davranışlar ve tutarsız bir duyarlılık bebek ve anne arasında güvensiz bir ilişkinin dolayısıyla bağlanma güvenliğinin tehlikeye gireceği belirtilmektedir. Ayrıca diğer bir etkenin ise, nesiller arası bağlanma güvenliği üzerine yapılan son çalışmalarda hem ebeveyn duyarlılığının hem de bağlanmanın, ebeveynlerin bağlanma zihinsel temsilleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir (IJzendoorn, Juffer, ve Duyvesteyn, 1995).

Bağlanma temelli müdahale programları güvensiz bağlanmayı önleme veya düzeltme amacıyla iki hedefe yönelmektedir. Birincisi, annelerin duyarlı davranışlarını arttırmak , İkincisi ise ebeveynlerin kendi bağlanma zihinsel temsillerini değiştirmeye yönelik davranış değişikliklerini sağlamaktır (IJzendoorn ve ark., 1995).

Günümüzde bağlanma temelli müdahale programlarında bağlanma sürecindeki bireysel farklılıklara ve bunların nedenlerine yönelik programlar olduğu görülmektedir. Bu programlar önleme ve müdahale amaçlı uygulanırken yetişkinlerin içsel çalışma modellerine müdahale etmeyi ve içgörü-empati yeteneklerinin genişletilmesini hedeflemektedir. Yansıtıcı işlevler "ebeveynin kendisi ve çocuğunun içsel zihinsel deneyimini yansıtma kapasitesi" üzerine odaklanır. İçgörü-empati, "çocuğun bakış açısından bir şeyleri görme kapasitesi" olarak tanımlanır ve "çocuğun davranışının altında yatan duygusal ihtiyaçların" değerlendirilmesini içerir (Berlin ve ark., 2014).

1980 yıların sonlarından itibaren erken dönemde bağlanma güvenliğini destekleyen önleme ve müdahale programlarının hızla arttığı görülmektedir. Egeland ve arkadaşları (2000) 15 bağlanma temelli programı inceleyerek içsel çalışma modelleri ve ebeveynlik davranışlarının "daha fazla daha iyidir (More is better) uzun süreli, yoğun ve iyi planlanmış programlar olması gerektiğini önermişlerdir (akt: Berlin ve ark. 2014). Buna karşılık Bakermans- Kranenburg ve arkadaşları (2003), 29 araştırmayı inceledikleri çalışmalarında anne duyarlılığına odaklanan "az ama öz" (Less is More) programların güvensiz bağlanmanın önlenmesi, iyileştirilmesi ve annelerin duyarlı davranışların desteklenmesi açısından daha etkili olduğunu belirtmişlerdir. "

Bağlanma temelli müdahale programlarının gelişmesi ve uygulanması açısından programların yoğunluğu ve süresi birbirinden farklı olmakla beraber temel hedef ebeveynlerin içsel çalışma modelleri ve olumlu ebeveynlik davranışlarına odaklanmalarıdır. Erken çocukluk döneminde(0-3 yaş) bağlanma temelli programlara örnek olarak; Bağlanma ve Biyo-davranışsal Yakalama- ABC (Attachment and Biobehavioral Catch-Up), Güvenlik Çemberi Müdahale COS (The Circle of Security Intervention), Aile-hemşire ortaklığı (The Nurse--Family Partnership), Etkili ve keyifli ebeveynliğe doğru adımlar (Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting), UCLA Aile Gelişim Programı Projesi (The UCLA Family Development Project), Bebeğe dikkat etme (Minding the Baby), Yeni Başlangıçlar (New Beginnings), Anneden Annneye (Mom2Mom) Bebeği izleme (B.A.S.E.---Babywatching), Çocuk- Ebeveyn Psikoterapisi (CPP) programları görülmektedir (Steele ve Steele, 2018).

Ayrıca bu araştırmada etkinliği test edilmek istenen Leiden üniversitesi aile çocuk araştırmaları merkezi tarafından geliştirilen ve yürütülen Video Geribildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı (VIPP) araştırmalarda ve alanda uygulanmaktadır (Berlin ve ark., 2014; Juffer, Bakermans-Kranenburg ve Van IJzendoom, 2008).

1.3.1. Video Geribildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı (Video-Feedback Intervention to Promote Positive Parenting), VIPP.

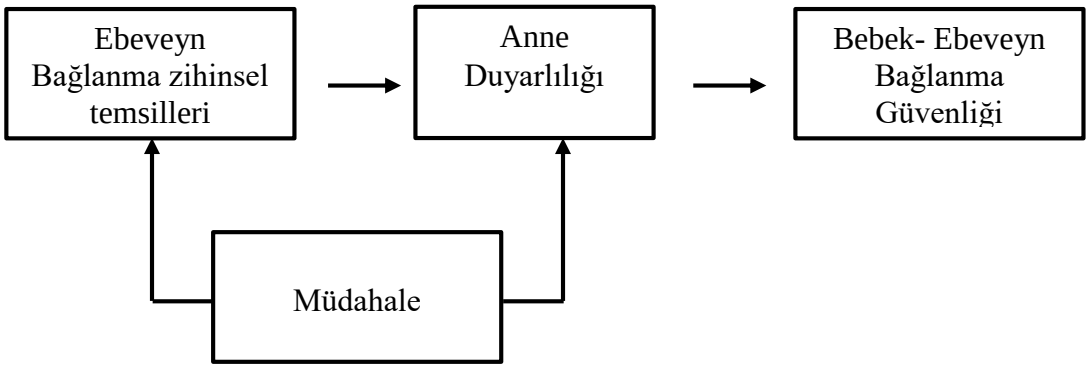
Video Geribildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı (VIPP), bağlanma kuramı temelinde bağlanma güvenliği riski altındaki çocuklar için geliştirilmiş, (Juffer ve ark., 2008) kanıta dayalı bir müdahale protokolüdür. Son 20 yılda VIPP, çeşitli (klinik olmayan ve klinik) ailelerle, ortamlarda ve kültürlerde kullanılmak üzere uyarlanmış ve kanıtlanmıştır (Juffer, Bakermans-Kranenburg ve Van IJzendoom, 2009).

Programın genel yapısını bağlanma kuramı ve bağlanmanın belirleyicisi olarak anne duyarlılığı oluşturmaktadır. Bağlanma kuramının açıkladığı gibi, bebeklerin stres altındayken rahatlamak ve korunmak için anneleriyle yakınlık arayışına girmesini açıklamaktadır. Güvenli bağlanan çocuklar ihtiyaç duydukları güven ve korunmanın anne baba tarafından sağlanacağından emin olarak keşif davranışlarını sergiler ve kendilerini ifade etme becerisi kazanırlar (Bowlby, 1958, 1960). Ancak bireysel farlılıkların nedeni

olarak; Ainsworth (1979), bağlanma stillerini tanımlayarak bağlanma güvenliğinde annelerin duyarlı davranışlarının etkisini açıklanmıştır.

Annelerin duyarlı davranışlarının yanı sıra, kendilerinin bağlanma zihinsel temsillerinin anne duyarlılığı ve bebeklerin bağlanma güvenliği ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Erken dönemde bağlanma temelli müdahale programlarının (Juffer ve ark., 2008a) ebeveynlerin zihinsel temsillerini ele alarak temsil düzeyinde ve anne duyarlılığını hedef alan davranışlar düzeyinde yönlendirilebileceği belirtilmektedir. Bu kuramsal geri plana dayanarak "Video Geribildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı (Video-Feedback Intervention to Promote Positive Parenting), VIPP bağlanma temelli bir müdahale Modeli (Şekil 2) olarak klinik veya klinik olmayan ve riskli gruplara uygulanmaktadır.

Şekil 2. Bağlanma Temelli bir Müdahale Modeli (IJzendoorn ve ark., 1995).



VIPP programları bireyselleştirilmiş video geri bildirimler sağlayarak annelerin duyarlı davranışlarını geliştirmeyi amaçlamaktadır (Juffer ve ark. 2008). Müdahale programları çocuklardan ziyade annelere yöneliktir ancak dolaylı etki olarak çocuklarda bağlanma güvenliğinin sağlanması, dışa vurum davranış problemlerine olumlu etkileri nedeniyle küçük çocuklar ve okul öncesi çocuklarla başarıyla kullanılmaktadır.

VIPP müdahale programında video kayıtlarının kullanılmasının etkili olduğu belirtilmektedir. Bunun nedenleri arasında; video kayıtlarını izlemenin annelerin kendisinin ve çocuğunun davranışlarını kesin olarak gözlemleyebilmesini sağlamak, uygulayıcı çocuğun davranışlarına, duygularına ve ifadelerine "çocuk adına konuşma

“tekniğini kullanarak annelerin çocuklarını gözlemleyebilme ve izleme yetenekleri geliştirilmesi sağlamak ve anne-çocuk etkileşiminin olumlu olduğu zaman dilimleri gösterilerek davranışın pekiştirilmesi sağlamaktır (Juffer ve ark. 2008). Böylelikle anne duyarlılığının belirleyicisi olan “annenin çocuğun davranışlarını doğru gözlemleme ve çocuğun işaretlerine hızlı ve yeterli bir şekilde tepki verme” davranışlarını pekiştirmesine destek vermektedir (Juffer ve ark. , 2017).

Video Geribildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı ‘nda anne ve çocuğun günlük yaşamlarında (ör: birlikte oyun oynarken, yemek zamanında veya banyo yaparken) 10 ile 30 dakikalık sürelerle video kayıtları yapılmaktadır. Kayıtlar yapılırken anne ile çocuğun oyunlarına müdahale edilmemekte mümkün olduğunca doğal etkileşimde olmaları istenmektedir. Anne ile çalışmaya başlamadan önce anne-çocuk etkileşimini değerlendiren ve 15 maddeden oluşan bir etkileşim profili ile desteklenmesi ve pekiştirilmesi gereken davranışlar belirlenmektedir. Bu on beş maddeden olumsuz iki davranış ve olumlu iki davranış belirlenerek programın hedefi oluşturulmaktadır.

İlk video kayıtların alınmasından sonra kayıtlar uygulayıcı tarafından izlenerek çocuğun davranışları ve annenin tepkileri üzerine programın protokolüne uygun olarak geri bildirim mesajları hazırlamaktadır. Uygulayıcı yorumlarını müdahale protokolü yönergesine doğrultusunda yazılı hale getirerek sonraki oturumda anne ile video kayıtları izleme sırasında kullanmaktadır. Örneğin; Protokole göre “Bağlanma davranışları ve keşfetme” teması vurgulanacak ise uygulayıcı kayıtlarda bu etkileşim anlarını tespit etmektedir. Çocuğun anne ile göz kontağı kurması ve yakınlık arayışı bağlanma davranışı olarak, oyuncaklarla dikkatli ve meraklı bir şekilde oynaması keşfetme olarak tanımlanmaktadır. Çocuğun bağlanma davranışları anında ve uygun tepkilerle karşılık bulması gerekirken keşfetme davranışları anne tarafından kesintiye uğratılmamalıdır. Uygulayıcı çocukların oyuncaklarla serbestçe oynamalarının onların keşfetme davranışları için önemini vurgulamayı hedeflemektedir.

Müdahalede özellikle anne/çocuk arasındaki olumlu ve başarılı ilişki anlarına odaklanılmaktadır. Anneye verilen geribildirimlerde annenin kendisini gözlemlemesi, çocuğu ile empati kurabilmesi ve duyarlı davranışlarını fark ederek desteklenmesi amaçlanmaktadır (Juffer ve ark., 2008’a;2008 b). Annenin daha az duyarlı davranışı gözlendiğinde video kayıtları belirli aralıklarla durdurularak annenin olumlu ve sıcaklık

içeren etkileşimine odaklanması, duyarlı davranışlara vurgu yapılarak daha duyarlı davranabileceği konusunda cesaretlendirilmesi gerekmektedir. Video geribildirimi müdahale programı, uygulayıcının Ainsworth'un duyarlılık tanımı ile çocuğun işaretlerini anlama ve annenin uygun tepkiler verebilme davranışlarına odaklanmayı sağlamaktadır. Video Geribildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı VIPP seansları dört ana temadan oluşmaktadır. Tablo 1' de duyarlılık, duyarlı disiplin ve zihinsel temsiller odak noktasında VIPP nin temaları gösterilmiştir.

Tablo 1. Video Geri bildirimli olumlu ebeveynliği desteleme müdahale programı temaları.

Seans	Duyarlılık	Disiplin	Zihinsel temsiller
1	Bağlanma davranışları / keşfetme davranışları	Disiplin ve dikkat dağıtma	Ayrılma: Geçmiş ve şu anda
2	Çocuk adına konuşma	Olumlu pekiştirme	Ebeveynlik: Geçmiş ve şu anda
3	Duyarlı zincir	Duyarlı mola	Yetişkin ilişkilerinin tanımlama
4	Duyguların paylaşımı	Empati	Annemin çocuğu, çocuğumun annesi

1. Bağlanma davranışları ve çocuğun keşfetme davranışları: Çocuğun göz kontağı kurması ve kendi başına oyun oynarken annenin çocuğa olan tepkileri arasındaki farklılıkların gösterilmesi

2. Çocuk adına konuşma: Çocuğun yüz ifadelerini ve sözel olmayan ipuçlarını sözle ifade ederek çocuğun isteklerinin doğru algılanmasının teşvik edilmesi.

3. Duyarlı Zincir: Çocuğun işaretlerine annenin anında ve yeterli bir şekilde cevap vermesinin öneminin vurgulanması.

Çocuğun işareti ⟶ *annenin hızlı cevabı* ⟶ *çocuğun tepkisi*

4. Duyguların Paylaşımı: Annelerin çocuklarının olumlu ve olumsuz duygularına duygusal uyum gösterebilmelerinin teşvik edilmesi.

Bağlanma temelli müdahale programlarında yazılı bilgilendirme yapılmasının etkili olduğu belirtilmektedir (Juffer ve ark., 2008a). Bu nedenle VIPP programlarında ailelere çocuk gelişimi, ebeveynlik önerileri, özel gereksinimi olan çocuklar için bilgilerin olduğu kitap, broşür gibi yazılı materyallerin verilmesi de önerilmektedir.

Juffer ve ark. (2008) tarafından VIPP müdahale programına farklı modüller eklenerek program geliştirilmiştir. Güvenli bağlanmanın zihinsel temsilini destelemek amacıyla temsili bir model olarak Video Geribildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı – Zihinsel temsiller VIPP -R, (Video-Feedback Intervention to Promote Positive Parenting- Represantional) anne duyarlılığını destekleyerek çocuklarının davranış zorluklarıyla başa çıkabilmelerini desteleme amacıyla programa duyarlı disiplin modülü eklenerek VIPP-SD (Video-Feedback Intervention to Promote Positive Parenting- Senisitive Discipline) programları geliştirilmiştir. VIPP'nin farklı gruplar için uygulanmış modüllerin geliştirildiği çalışmalardan örnekler aşağıda görülmektedir.

1.3.2. Video Geribildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı - Duyarlı Disiplin (VIPP-SD),

Bağlanma teorisi ve coercion teorinin bileşimi esas alınarak duyarlı disiplin bölümlerinin eklenmesiyle geliştirilmiştir. Çocuklar bir yaşına geldiklerinde yürüme ile yavaş yavaş bağımsızlıklarını kazanmaya ve ebeveynlerin isteklerine karşı bağımsız olarak hareket etmeye başlamaktadır. Güvenli bağlanma da çocuklar katılımcı ve uyumlu davranışlar sergilerken güvensiz bağlanma ve duyarsız anne babaların çocuklarında ise davranış problemleri görülmektedir (Juffer ve ark., 2008'a) Coercion kuramı etkisiz ebeveyn disiplinin zor ve zorlayıcı çocuk davranışlarını nasıl arttırdığını açıklamaktadır. VIPP-SD, ebeveyn duyarlılığını artırmanın yansıra ebeveyn-çocuk etkileşimindeki disiplin stratejilerini de destekleyen video geri bildirimini kullanan davranış odaklı bir müdahale olarak da tanımlanabilir (Juffer ve ark., 2008b). VIPP programının temalarına 4 duyarlı disiplin modülü eklenmiştir;

1) Disiplin ve dikkat dağıtma — zor çocuk davranışlarına veya potansiyel olarak çatışma yaratan durumlara zorlayıcı olmayan tepkiler olarak dikkat dağıtmayı önermek,

2. Olumlu pekiştirme — çocuğu olumlu davranışları için övmek ve olumsuz ilgi arayışını görmezden gelmek,

3. Duyarlı mola: öfke nöbetlerini hassas bir şekilde azaltmak için mola vermek.

4. Çocuk için empati, özellikle tutarlı disiplin ve net sınır belirleyebilmek

VIPP-SD uygulanırken ilk seansta anne, çocuğunun zorlayıcı davranışlarda bulunması durumunda dikkatini dağıtması ve dikkatini ilgisini çekecek nesnelere veya durumlara yönlendirmesi, böylece olumlu davranış ve etkileşimler için fırsat yaratmasına cesaretlendirilir. Aynı zamanda anne açıklamalar yaparak bir yasağın nedenlerini açıklaması teşvik edilir (Juffer ve ark.,2008).

VIPP-SD müdahale programında, ilk dört seansından elde edilen tüm geri bildirimleri ve bilgileri gözden geçirmek için iki ekstra "güçlendirici" seanslar (5 ve 6. müdahale oturumları) programa dahil edilmiştir.

1.3.3. Video Geribildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı – Zihinsel temsil (VIPP-R)

Ebeveynlerin bağlanma zihinsel temsillerine odaklanarak geliştirilen bir müdahale programıdır. Ebeveynlerin kendi bağlanma stilleri, zihinsel temsilleri, anne duyarlılığı ve güvenli/güvensiz ebeveyn-çocuk bağlanma stilleri ile ilişkilidir. Programın odak noktası ebeveynlerin bağlanma temelinde geçmiş yaşantıları ile şimdiki ebeveynlik deneyimleri arasındaki duygularıdır. Çocuklukta yaşanılan zor deneyimler hatırlanarak ebeveynlik davranışları üzerindeki etkilerinin farkına varılması ve çocuğunun ihtiyaçlarına karşı duyarlı tepkiler verebileceği yeni davranışlar geliştirmesini sağlamaktadır (Bakermans-Kranenburg ve ark. 2008c).

VIPP-R programını geçmiş ve şimdiki bağlanma ilişkileri hakkında annenin kendini ifade etmesi desteklenmektedir. Anne, kısa anketler veya projektif testler aracılığıyla kendi çocukluk deneyimlerini yansıtması ve ardından belirli bir tema hakkında tartışma yapması istenmektedir. Örneğin, anneye okuması için üç kurgusal bağlanma biyografisini verilir ve bu hikayeleri ebeveynleriyle olan kendi deneyimlerini düşünerek açıklaması istenmektedir. Programın odak noktası, ebeveynin bağlanma biyografisini, yani bağlanmayla ilgili çocukluk ve kendi ebeveynlik deneyimleri hakkındaki düşünce ve hislerini temsil etmesidir. Ebeveyn temsillerini gerçek ebeveynlik davranışına bağlamaya ve ebeveynle birlikte geçmiş deneyimlerin çocuğuyla olan mevcut etkileşimlerini nasıl etkileyebileceği konusunda farkındalık yaratmaya çalışılmaktadır.

VIPP-R programı duyarlı disiplin modülünde olduğu gibi ana programa; 1. Geçmişte yaşanan, ayrılıklar ve şimdide bebekle yaşanan ayrılıklar, 2. Geçmişte çocuk olarak deneyimlenen ebeveynlik ve şimdiki anne olarak deneyimlenen ebeveynlik, 3. Yetişkin ilişkilerinin tanımlanması — Ergenlik döneminde ayrılma ve annenin ebeveynleriyle olan kendi deneyimleri ve çocuğuyla gelecekteki ilişkisine yönelik beklentileri de dahil olmak üzere yetişkinlerin ebeveynlerle olan ilişkilerini tanımlanması,4. Annemin çocuğu, çocuğumun annesi — "annemin çocuğu olmak" ile "çocuğumun annesi olmak" arasındaki bağlantının belirtilmesi ve annenin hangi çocukluk deneyimlerini çocuğuna iletmek isteyip istemediğini keşfedilmesi modülleri eklenmiştir

1.3.4. Video Geribildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı-Otizm (VIPP-AUTI).

Poslawsky ve ark. (2015;2014) tarafından otizmli çocuklar ve anneleri için uyarlanmıştır. Otizmli çocukların karşılıklı iletişim başlatmakta ve sürdürmekte yaşadıkları zorluklardan dolayı anne ile olan etkileşimlerinin zayıf olduğu belirtilmektedir. Otizmli çocuğu olan annelerin duyarlı davranışlarını arttırmak, ebeveyn-çocuk etkileşimlerinde otizm semptomlarını anlamak ve bunlara uygun şekilde yanıt vermek için VIPP ve VIPP-Duyarlı disiplin (SD) modülleri otizmli bir çocuğa sahip ailelerinin özel ihtiyaçlarına göre uyarlanmıştır. Klinik ve bağlanma temelli müdahaleler bilgisi ile birlikte otizmin belirgin temel semptomları (tekrarlayan davranışlar ve rutinlere bağlılık, erken iletişim ve oyun gelişimindeki eksiklikler) göz önüne alınmıştır. VIPP-AUTI'nin amacı, çocukların otistik özelliklerine karşı ebeveyn duyarlılığını artırarak çocukta görülen semptomları azaltmaktır.

Orijinal programın temalarına otizm için eklenen temalar (motivasyon ve oyun, ortak dikkat, günlük sorunlar ve rutinler ve duygular ve tekrarlayan davranışlar) otizmli çocuklarda farklı gelişim gösteren temel becerilere (oyun ve ortak dikkat), genel gelişimi engelleyebilecek davranışlara (kalıplara özgü davranış) ve ebeveynlerin tanımladığı zorlayıcı davranışlara (günlük problemler ve rutin) odaklanmaktadır (Poslawsky ve ark.,2014). VIPP AUTI nin, annelerde özellikle müdahaleci davranışları azaltmada etkili olduğu ve çocuk yetiştirme konusunda öz yeterlilik düzeylerinde artış olduğu

belirtilmektedir. Ebeveyn-çocuk etkileşiminin diğer yönlerinde veya çocuk oyun davranışında önemli bir fark bulunmamıştır.

1.3.5. Video Geribildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı – Koruyucu Bakım (VIPP-FC)

Schoemaker ve ark. (2018) tarafından koruyucu ailelerle yapılan çalışmaya müdahale grubu 30 kontrol grubu 30 olacak şekilde 60 anne -çocuk çifti katılmıştır. Koruyucu aileleriyle birlikte olan çocukların davranış ve duygusal problemlerle bağlı olarak güvensiz bağlanmanın gelişme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu grupta duyarlı ebeveynlik ve duyarlı davranışların desteklenmesinin çocuklardaki duygusal sorunların olumsuz etkilerini aza indirebileceği düşünülmektedir.

Çalışmanın amacı anne duyarlılığı, ebeveynlere yönelik anne baba tutumları ve duyarlı disiplin olarak belirlenmiştir. Programın orijinal protokolüne, stresin düzenlenebilmesi ve belirsiz davranış sinyallerine karşı duyarlı olabilme ve duyarlı yanıt verebilme becerisinin kazandırılması temaları eklenmiştir. VIPP-FC (VIPP- Foster Care) programının ebeveyn duyarlılığın artmasında ve duyarlı disiplin alanında etkisi olduğu belirtilmiştir.

1.3.6. Video Geribildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı – Görsel ve görsel- zihinsel yetersizlik VIPP-V

Overbeek ve ark., (2015), tarafından yapılan çalışmada VIPP protokolü görsel ve zihinsel yetersizliği olan çocuklar ve anneleri için uyarlanmıştır. Görsel ve zihinsel yetersizliği olan çocukların ebeveynleri ile iletişim kurma girişimleri farklı ve çoğu zaman anlaşılması güç olmaktadır. Örneğin; ebeveynle göz teması kuramaması, karşılıklı gülümsememin ve göz takibinin olmaması nedeniyle ebeveynler iletişim kurmakta zorlanabilirler. Ayrıca çocukların yüz ifadelerinin ve duygusal tepkilerini mimik ve jestlerle ifade edememeleri anneler çocuklarının işaretlerini anlayamaz veya doğru yorumlayamazlar. Çocuğunun davranışını ve etkileşimini anlama ve yorumlamadaki bu zorluklar, ebeveynlerin artan ebeveynlik stresi yaşamasına neden olabilir, bu da ebeveynin duygusal erişilebilirliğini azaltarak ebeveynleri çocuklarına karşı daha az duyarlı hale getirebilir.

VIPP-V protokolü, görsel ve zihinsel yetersizlik yaşayan çocukların annelerinde duyarlı davranışları desteklemek, ebeveyn öz yeterliğini artırmak ve ebeveynlik stresini azaltmayı amaçlamaktadır. Çalışma 50 anne -çocuk çifti müdahale ve 50 çocuk anne çifti kontrol grubu ile yapılmıştır. Müdahale grubuna VIPP protokolüne ek olarak öngörebilme ve güvenlik, bağımsızlık, çocuktan talepte bulunma ve değişim ve hayal kırıklığı ile başa çıkma, dikkatin paylaşılması ve ortak dikkat, duyguları adlandırma ve empati temaları uyarlanmıştır. Araştırmanın bulgusu olarak, programın özellikle ebeveyn öz yeterlilik düzeylerinde pozitif etki bulunmuştur.

VIPP-V protokolü daha sonra Platje ve ark (2018) tarafından 77 anne-çocuk çifti ile çalışılmıştır. Çalışmada görsel ve zihinsel yetersizliğe sahip çocukların annelerinde ebeveyn duyarlı davranışlarını arttırmak ve ebeveyn-çocuk etkileşimini desteklemek amaçlanmıştır. 37 kontrol ve 40 müdahale grubu olarak planlanan çalışmada programın anne duyarlılığı ve ebeveyn çocuk ilişkisinde pozitif yönlü bir etki görülmez iken ebeveyn öz yeterliliğinde artış olduğu belirtilmiştir. Ebeveyn öz yeterliğindeki artışın, ebeveyn-çocuk etkileşimindeki artışı yordadığı ifade edilmiştir. Sonuç olarak VIPP-V, ebeveyn ve çocuk arasındaki temasın kalitesini doğrudan etkilememekle birlikte öz yeterliliğine arttırdığı ve sonuçta yüksek duyarlı tepkilere ve daha olumlu ebeveyn-çocuk etkileşimlerine yol açabileceği şekilde yorumlanmıştır.

1.3.7. Video Geribildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı-Türk anneleri (VIPP-TM)

Yagmur, Mesman, Malda,.Bakermans-Kranenburg, Ekmekci (2014) tarafından Hollanda'da yaşayan 76 (30 müdahale grubu anneleri – 40 kontrol grubu anneleri) Türk azınlık ailesinden oluşan bir örneklemde Olumlu Ebeveynlik ve Duyarlı Disiplin (VIPP-SD) Müdahale programının kültürel açıdan uyarlaması yapılmıştır. VIPP-TM (VIPP-Türk Azınlıkları) çalışmasına yüksek düzeyde dışa yönelim davranış sorunları olan 20-47 aylık çocuğu olan aileler katılmışlardır.

VIPP-TM, anne duyarlılığını ve müdahaleci olmamayı artırmada etkili, ancak disiplin stratejilerini geliştirmede etkili olmadığı ifade edilmiştir. Yeni öğrenilen duyarlılık becerilerini disiplin durumlarında uygulamak, özellikle daha otoriter stratejileri destekleyen kültürel bir bağlamda daha fazla zaman alabileceği belirtilmiştir. VIPP-SD

programı ve video-geri bildirim yaklaşımının, ebeveynlik duyarlılığı arttırdığını ve müdahaleci davranışlarda kanıtlanmış azalan etkileriyle, batılı olmayan kültürel bir geçmişe sahip göçmen ailelerde başarıyla uygulanabileceği göstermektedir. Birçok (Avrupa) ülkesinde çok sayıda Türk azınlık ailesi göz önüne alındığında, bu çalışmanın sonuçları VIPP-SD programının yurtdışında yaşayan, farklı kültürlerdeki azınlık gruplara uygulanabilirliği sonucunu vermektedir.

1.3.8. Video Geribildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı-Zihinsel Yetersizlik (VIPP-LD)

Hodes, Mepperder, Schuengel ve Kef, (2014) tarafından VIPP-SD modülü öğrenme güçlüğü ve zihinsel yetersizliği olan anneler ve çocukları için uyarlanmıştır. Zihinsel yetersizlik, Amerikan Entelektüel ve Gelişimsel Engelliler Derneği, (2010), 18 yaşından önce başlayan kavramsal, sosyal ve zihinsel işlevsellikte ve uyumsal davranışta önemli sınırlamalarla tanımlanır (akt. Hodes ve ark.,2014). Zihinsel yetersizliği olan ebeveynlerin yüksek düzeyde ebeveynlik stresi yaşamakla birlikte zihinsel ve fiziksel sağlık sorunları, düşük sosyal destek algısı ve ebeveyn-çocuk ilişkisi açısından risk altında oldukları belirtilmektedir (van IJzendoom, Goldberg, Kroonenberg ve Frenkel, 1992).

VIPP-LD, orijinal VIPP-SD programından daha geniş bir yaş aralığına (1 ila 6,5 yaş arası çocuklar) odaklanmıştır. Zihinsel yetersizlik ve öğrenme güçlüğü olan ebeveynlerin öğrenme kapasiteleri ve hızlarının düşük olabileceği göz önünde bulundurularak VIPP programının uyarlaması yapıldığı belirtilmektedir. Programda yapılan uyarlamalar; video kayıtlarının ve geri bildirim verme uygulamasının ayrı ayrı ev ziyaretlerinde yapılması, "çocuk adına konuşma "geri bildirimlerinin her ziyarette yapılması, duyarlı disiplin geribildirimlerinin annelerin belirttiği gerçek yaşantılarla verilmesi, duyarlı mola taktiğinin verilmemesi, daha fazla görsel materyalin kullanılması ve çok tekrarların yapılması şeklinde olduğu belirtilmektedir.

Çalışmaya 36 zihinsel yetersizliği olan anne ve çocuk çiftleri katılmış ve 17 uygulayıcı programı yürütmüştür. Annelerin zihinsel yetersizlik puanları ortalaması 70.8 olarak belirtilmişyir. 17 uygulayıcı müdahale sürecini değerlendirmiştir. Çalışmanın sonucu olarak zihinsel yetersizliği olan annelerde ebeveynlik stresinin azalmasına etkisi

olduğu, anneler ve uygulayıcılar arasında olumlu bir iş birliği kurulduğu ve tüm bunların uzantısı olarak ebeveyn stresinin azaltarak ebeveyn-çocuk ilişkisi üzerinde bir olumlu etkisi olabileceği belirtilmiştir (Hodes, Meppelder, de Moor, Kef, & Schuengel, 2017, 2018).

1.3.9. Video Geribildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı-Ortak ebeveynler (VIPP-Co)

Iles ve ark., (2017), tarafından VIPP müdahale programını babaları da dahil ederek dışa vurum davranış sorunları yaşayan çocuk ve anne-baba çiftleri ile uygulanmıştır. Çocukların yaşları 10 – 24 ay arasında olan 6 ebeveyn ile yapılan çalışmada babalarında terapi sürecine dahil edilerek çocukla etkileşim konusunda duyarlılıklarını arttırmak ve anne ile çalışarak aile içi dinamiklere olumlu katkılar sağlanması amaçlanmıştır. Genellikle çocukların bakımı ile annelerin sorumluluk almaktadır. Ancak anne-bebek ilişkisinin ötesine bakmak ve aile ortamındaki diğer önemli ilişki ve etkileşimlerin etkisini göz önünde bulundurmak önemlidir. Çocuklar, birden fazla bakıcıyla veya diğer önemli kişilerle bağlanma ilişkileri kurar ve hem anne hem de babalarda duyarlı davranışların arttırılması, her iki ebeveynle de daha yüksek oranlarda güvenli bağlanma ilişkilerine yol açabileceği belirtilmektedir.

Müdahale süresince çocukların davranışı, ebeveyn ilişkisi, ebeveyn duyarlılığı ve duyarlı disiplin alanlarında genel bir iyileşme olduğu ve ebeveyn tarafından bildirilen çocukların dışa vurum davranış sorunları üzerindeki olumlu etkisi çalışmanın önemli bulgusu olarak belirtilmiştir. Ebeveynlerin çocukları ve çocuk gelişimi hakkında daha fazla bilgiye sahip olmalarının davranışı anlama açısından önemli görülmektedir.

Lawrence, Davies, & Ramchandani, (2013), tarafından yapılan benzer çalışmada da babaların müdahale programa katılmaları çocukları ile olan etkileşimlerinde olumlu etkiler yaptığı belirtilmiştir. Müdahalenin video kayıtlarının izlenmesi ve çocuk hakkındaki geri bildirimler sonucunda bebeklerini ve gelişimlerini daha iyi anladıklarını ifade ettikleri vurgulanmıştır.

Çalışmada babaların çocuklarıyla olan etkileşimlerinde belirgin olarak daha fazla bilişsel uyarım, sıcaklık ve yemek yedirmeyi tercih ettiklerini buna karşın daha az bakım

verme ve gözlemleme davranışlarını sergiledikleri tespit edilmiştir. Böylelikle müdahalenin baba duyarlılığını ve tepki verme yeteneğini geliştirmek amacının hedefe ulaştığı belirtilmektedir. Çocukla olan etkileşimlerde anneler ve babalar arasındaki farklı etkileşim tarzlarının nörobiyolojik temellerinin de olabileceği de ifade edilmiştir.

Wirtberg ve ark., 2013) Video geribildirimli müdahele yönteminin destekleyici geribildirimler sağlayarak annelerin ebeveynlik rollerinde güven ve öz yeterliği arttırdığını belirtmektedirler (akt: Baldin ve ark.,2016). Literatürde bağlanma temelli müdahale programlarında video geri bildirimli yöntemin kullanılması yaygınlaştığı görülmektedir (örn: Bakermans-Kranenburg ve ark.,2003; Barone, Barone, Dellagiulia, ve Lionetti, 2018; Lawrence ve ark.,, 2013; Meade, Dozier, ve Bernard, 2014; O'Farrelly ve ark.,, 2021; van Ijzendoorn, Goldberg, Kroonenberg, ve Frenkel, 1992; van Ijzendoorn ve ark., 2007).

1.4. Amaç

Bu araştırmanın temel amacı, serebral palsili çocuğu olan annelerin anne duyarlılığı ve çocukları ile olan etkileşimlerinde "Video Geri Bildirimli Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı' nın etkisini incelemektir. Bu amaçla yapılan çalışmanın hipotezleri şunlardır:

H1. Video Geri Bildirimli Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programının anne duyarlılığı üzerinde çalışma grubu lehine fark beklenmektedir.

H2. Video Geri Bildirimli Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programının çalışma grubu annelerinin anne- çocuk etkileşimi davranışlarından duygusal yakınlık, duyarlılık, cesaretlendirme ve öğretme davranışları üzerinde olumlu etkisi olması beklenmektedir.

Müdahale programının annelerin duyarlı davranışları ve ebeveyn çocuk etkileşimine etkisinin yanı sıra, annelerin yaşı, eğitim düzeyleri gibi demografik değişkenlerin bağlanmanın kaçınmacı ve kaygılı boyutları, deneyimledikleri ebeveynlik stresi, ebeveyn öz yeterlik düzeyleri ve çocukların kaba motor gelişim seviyeleri arasında ilişki olduğu düşünülmektedir. Çeşitli araştırmalarda ebeveyn stresinin, ebeveyn özyeterlik düzeylerinin ve annelerin bağlanma ile ilgili zihinsel temsillerinin anne

duyarlılığını etkilediği belirtilmektedir (Aksoy ve Diken, 2009; Glenn, Cunningham, Poole, Reeves ve Weindling, 2009; Selçuk ve ark., 2010; Cohn, Cowan, Cowan ve Pearson, 2000; Berlin, Brady-Smith, ve Brooks-Gunn, 2002). Bu nedenle araştırmanın temel amacının yanı sıra aşağıdaki sorulara da cevap aranmıştır.

1. Serebral palsili çocuğa sahip annelerin yaşı ve eğitim düzeyleri ile anne duyarlılığı ve anne/çocuk etkileşimi arasında ilişki var mıdır?
2. Serebral palsili çocuğa sahip annelerin, bağlanmanın kaygılı ve kaçınmacı boyutları ile anne duyarlılığı ve anne/çocuk etkileşimi arasında ilişki var mıdır?
3. Annelerin deneyimlediği ebeveynlik stresi (ebeveyn sıkıntısı, zor çocuk ve ebeveyn - çocuk ilişkisinde bozulma alt boyutları) ile anne duyarlılığı ve anne/çocuk etkileşimi arasında ilişki var mıdır?
4. Annelerin ebeveyn öz yeterlik düzeyleri ile anne duyarlılığı arasında bir ilişki var mıdır?
5. Serebral palsili çocuklarının kaba motor gelişim seviyeleri ile annelerin deneyimlediği ebeveynlik stresi arasında bir ilişki var mıdır?

1.5. Önem

Erken çocukluk dönemi yaşam boyu sağlık, psikolojik iyi oluş ve dayanıklılığın temellerinin atıldığı bir dönemdir. Bu dönemde birincil bakım veren kişinin (annenin) duyarlı, karşılayıcı ve kapsayıcı bakım verme davranışları çocukların gelişimleri için önemli olduğu kadar temel güven duygusunun oluşmasında etkili olduğu bilinmektedir. Bu dönemde anne ile çocuk arasındaki temel güvene dayalı ilişkinin kurulması sağlıklı gelişen çocuklarda olduğu gibi gelişimsel risk altında ve gelişimsel gerilikleri olan çocuklar için de önem taşımaktadır.

Çocukluk çağının en sık görülen nörogelişimsel bozukluklarından serebral palsi, yaşam boyu süren bir gelişimsel bozukluktur. Serebral palsili bebek ve çocuklarda da duyarlı bakım ve olumlu anne-çocuk etkileşimi sayesinde güvene dayalı bağlanma ilişkisinin kurabilmesi beklenmektedir. Böylece erken çocukluktaki gelişimin desteklenmesi, orta çocukluk yıllarındaki okul başarısı (Wolke, Jaekel, Hall, ve Baumann, 2013) , yetişkin yaşamda serebral palsi ile yaşamayı başarabilme ve psikolojik

dayanıklılık için temel oluşturulacaktır. Ancak erken çocukluk yıllarında serebral palsi gibi yüksek nöromotor bozukluk riski (Guzzetta, ve ark., 2019) olan durumlarda erken anne-çocuk etkileşimlerinde hem annenin hem de çocukların bağlanma davranışları sistemindeki davranışları tehlikeye atmaktadır. Bağlanma sistemi anne-bebek arasında karşılıklılığı gerektirmektedir. Bebeğin/çocuğun bağlanma davranışları (gülme, ağlama, yapışma gibi) annenin bakım verme davranışlarını harekete geçirmektedir. Bu açıdan serebral palsili çocuklar motor kas bozuklukları nedeniyle bağlanma davranışlarını sergilemekte zorlanabilir veya hiç gösteremeyebilirler. Bu durumun annelerin bakım verme davranışlarında olumsuz etkiye neden olabileceği düşüncesiyle, serebral palsili çocuğu olan annelerin duyarlı bakım verme davranışları ve olumlu ebeveynlik becerilerinin desteklenmesi önemlidir.

Duyarlı bakım ve olumlu ebeveynlik, bu çocukların yetersizlikleri ile duygusal ve sosyal olarak baş etmeleri için gereken yardımı sağlayabilir. Olumlu ebeveynlik kabul etme, duygusal sıcaklık, empati, karşılayıcılık ve duyarlı olma gibi bakım verme davranışlarını içermektedir. Böylelikle anneler (birincil bakım veren kişi) serebral palsili çocukları için iletişimi, kendini ifade edebilmeyi, bağımsızlığı ve sosyalleşmeyi teşvik etmede kilit bir rol oynayabilir.

Bu çalışmada Anne-çocuk etkileşiminin çocuğun gelişimindeki öneminden yola çıkarak, serebral palsili çocuk annelerinin olumlu ebeveynlik davranışlarını ve anne duyarlılığını desteklemek amacıyla "Video Geri Bildirimli Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı (VIPP)"nın serebral palsili çocuk annelerine uygulanması planlanmıştır. VIPP, Türkiye'de tipik gelişen çocuk ve anneleri ile çalışılmış (Alsancak-Akbulut, Sahin-Acar, ve Sumer, 2020; Sümer ve ark., 2019), yurtdışında ise dezavantajlı gruplarla (down sendromu, otizm, zihinsel gelişme geriliği vb.) etkililiği denenmiştir (Barone, ve ark., 2018; Iles, Rosan, Wilkinson, ve Ramchandani, 2017; Overbeek, Sterkenburg, Kef, ve Schuengel, 2015; Platje, Sterkenburg, Overbeek, Kef, ve Schuengel, 2018; Poslawsky ve ark., 2015; Schoemaker ve ark., 2018; van den Broek ve ark., 2017).

Türkiye'de serebral palsi ve ebeveynlik alanında; ebeveynlik stres düzeyleri, öz yeterlik düzeyleri, stresle başa çıkma stratejileri, yaşam doyumu ile ilgili bir çok çalışmada (Ceran, 2020; Demircioğlu, Atılgan, ve Tarakcı, 2018; Üneri ve Karadavut,

2011; Yılmaz, Erkin, ve İzki, 2013) annelerin deneyimleri ve çocukları ile arasındaki duygusal bağ irdelenmiştir. Ancak serebral palsili çocuğa sahip annelere verilecek olan bağlanma temelli bir müdahale programı olarak bu program Türkiye'de serebral palsi alanında ilk kez uygulanacaktır. Bu nedenle;

- Bağlanma temelli ve etkililiği birçok çalışmada kanıtlanmış, kanıta dayalı bir program olarak VIPP nin alana kazandırılması,
- Serebral palsi alanında erken müdahale programında video geribildirim yönteminin etkililiğinin denenmesi,
- Çalışmadan elde edilecek sonuçların annelerin serebral palsili çocuklarıyla olan duygusal- sosyal etkileşimi ve anne duyarlılığını destekleyecek olması,
- Özel gereksinimi olan çocukların rehabilitasyonu alanında bağlanmanın ve anne duyarlılığının önemini vurgulayarak farkındalığın arttırılması,
- Özel gereksinimi olan çocukların bağlanma güvenliği ve anne duyarlılığının çalışılması açısından ileriki bilimsel çalışmalara, araştırmacılara kaynak olması,
- Dezavantajlı gruplar için müdahale veya önleme programlarını planlayan ve uygulayan sağlık, eğitim ve politika sağlayıcıları açısından önemlidir.

1.6. Varsayımlar

Bu araştırmada; annelerin sözel ve yazılı olarak beyan ettikleri kendilerine ait bilgileri (çocuklarına birincil bakın veren kişi oldukları, daha önce bağlanma temelli bir müdahale programına katılmadıkları) form ve ölçeklerdeki soruları doğru ve yansız olarak yanıtladıkları varsayılmaktadır.

1.7. Sınırlıklar

Bu araştırma;

- Türkiye Spastik Çocuklar Vakfı Özel Aile Danışma merkezine kayıtlı 40 (20 çalışma- 20 kontrol grubu) anne/çocuk çiftleri ile,
- Sağlık Kurulu raporlarında serebral palsi teşhisi almış ve/veya risk grubunda olan 12 - 48 ay yaş aralığındaki çocuklarla,

- Araştırmada uygulanan video geri bildirime dayalı olumlu ebeveynliği desteklemeyi amaçlayan VIPP Müdahale programı ile,
- Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının ölçtüğü özellikler ile,
- Müdahale programının yapısı olarak annelerle yapılan 5 görüşme ve video çekim seansları ile,
- Gözlemci değerlendirmesine dayanan PİKOLO anne çocuk etkileşimi davranışları formunun gözlemcilerin yaptığı değerlendirmeler ile,
- Gözlemci değerlendirmesine dayanan Anne Duyarlılığı Ölçeği formunun gözlemcilerin yaptığı değerlendirmeler ile sınırlıdır.

BÖLÜM 2. YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın modeli, araştırmaya grubu ve grubun sosyo-demografik özellikleri, veri toplama araçları, verilerin toplanması, müdahale programının uygulanması ve verilerin analizi ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

2.1. Araştırma Modeli

Araştırma deneysel çalışma modeli olup, müdahale ve kontrol grupları yansız atama yöntemi (Karasar, 2012) ile belirlenmiştir. Çalışmanın başlangıcında her iki gruba ölçekler uygulanmış, anne duyarlılığı üzerine etkisi incelenmek istenen VIPP programı çalışma grubuna verildikten sonra gruplara son testler verilmiş ve gruplar arası farklılıklar incelenmiştir.

2.2. Araştırma Grubu

Araştırmanın grubunu İstanbul Ataşehir ilçesinde bulunan Türkiye Spastik Çocuklar Vakfı (TSÇV) Özel Aile Danışma Merkezi'nde (ADM) Riskli Bebek ve Erken Müdahale Programına kayıtlı çocuk ve anneleri oluşturmuştur. Riskli Bebek ve Erken Müdahale Programı 0-3 yaş arasındaki çocukların gelişimsel olarak değerlendirildiği" bir program olup, bebek ve çocukların gelişim düzeylerinden beklenen becerileri kazandırmak hedeflenmiştir. Program fizyoterapist, psikolog, pedagog ve çocuk gelişim uzmanından oluşan multidisipliner bir ekip ile yürütülmektedir. Program kapsamında annelere yönelik bağlanma temelinde herhangi bir müdahale uygulanmamaktadır (Türkiye Spastik Çocuklar Vakfı, (ty.).

Anne/çocuk çiftlerinin çalışmaya dahil edilme kriterleri şu şekilde belirlenmiştir:

- Çocukların 12- 48 ay yaş aralığında olmaları,
- Sağlık Kurulu Raporu'nda; serebral palsi, fiziksel-motor gelişim geriliği ve/veya riskli bebek tanısı almış olması,
- Annelerin birincil bakım veren kişi olması,
- Annelerin anne duyarlılığına yönelik bir eğitim programına katılmamış olması.
- Çocukların Aile Danışma Merkezindeki programlarına düzenli devam ediyor olmaları.

2.2.1. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri:

Araştırma grubundaki anne ve çocuk çiftlerine ait sosyo demografik özellikler için frekans ve yüzdeler Tablo 2 ve Tablo 3' de gösterilmiştir.

Tablo 2. Çalışma ve Kontrol gruplarına ait demografik değişkenlerin annelerin yaşı ve eğitim düzeylerine göre dağılımları.

		Çalışma Grubu (N=20)		Kontrol Grubu (N=20)	
Annelere ait değişkenler		N	%	N	%
Yaş	18 – 30 yaş	4	20.0	6	30.0
	31 – 40 yaş	13	65.0	13	65.0
	41 Yaş ve yukarısı	3	15.0	1	5.0
Toplam		20	100	20	100
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	3	15.0	0	0.0
	Lise	9	45.0	15	75.0
	Lisans / üstü	8	40.0	5	25.0
Toplam		20	100	20	100

Çalışma grubu annelerinin yaşları dağılımları; 4 'ü (%20.0) 18-30 yaş arasında, 13'ü (%65.0) 31-40 yaş arasında, 3'ü (% 15.0) 41 yaş ve yukarısı; Kontrol grubu annelerinin ise, 6'sı (%13.0) 18-30 yaş arasında, 13'ü (%65.0) 31-40 yaş arasında,1'i (%5.0) 41 Yaş ve yukarısı yaş aralığında olduğu görülmektedir.

Annelerin eğitim düzeyleri dağılımları ise; Çalışma grubu annelerinin 3'ü (%15.0) İlköğretim, 9'u (%15.0) Lise, 8'i (%40) lisans ve lisans üstü eğitim düzeyinde; kontrol grubu annelerinin 15'i (% 45) lise, 5'i (%25.0) lisan ve lisansüstü eğitim düzeyindedirler.

Tablo 3. Çalışma ve Kontrol gruplarına ait demografik değişkenlerin çocukların yaş, cinsiyet, tanı aldıkları yaş ve Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi (KMFSS) değerlendirmelerine göre dağılımları

		Çalışma Grubu (N=20)		Kontrol Grubu (N=20)	
Yaş grupları (Ay)	12 – 24	5	25.0	1	5.0
	25– 36	9	45.0	10	50.0
	37 – 48	6	30.0	9	45.0
Toplam		20	100	20	100
Cinsiyet	Kız	12	60.0	9	45.0
	Erkek	8	40.0	11	55.0
Toplam		20		20	
Tanı aldıkları Yaş	0 – 1 Yaş	8	40.0	12	60.0
	1 – 2 Yaş	11	55.0	8	40.0
	2 Yaşından sonra	1	5.0	0.0	0.0
Toplam		20	100	20	100
KMFSS	I. Seviye	4	20.0	3	15.0
	II. Seviye	0	0	1	5.0
	III. Seviye	4	20.0	1	5.0
	IV. Seviye	8	40.0	10	50.0
	V. Seviye	4	20.0	5	25.0
Toplam		20	100.0	20	100.0

Araştırma grubundaki çocukların yaş ve cinsiyet dağılımları Tablo 3 de görülmektedir. Çalışma grubu çocuklarının 5'i (%25.0) 12 – 24 ay arasında, 9'u (45.0) 25 – 36 ay arasında, 6'sı (%30.0) 37 – 48 ay arasında yaş grubundandır. Kontrol grubunda yer alan çocukların ise 1'i (% 5.0) 12 – 24 ay arasında, 10'u (% 50.0) 25 – 36 ay arasında ve 9'u (%45.0) 37 – 48 ay yaş grubundadır. Çalışmaya katılan çocukların cinsiyet dağılımları ise; Çalışma grubu çocuklarından 12'si(%60.0) kız, 8'i(%40.0) erkek; kontrol grubu ise 9'u(%45.5) kız, 11'i (%55.0) erkektir.

Çocukların serebral palsi tanısı veya riskli olarak tanı aldıkları yaşları ise; çalışma grubundaki çocuklardan 8'i(%40.0) 0-1 yaş arasında ,11'i(%55.0) 1-2 yaş arasında ve 1'i (%5.0) 2 yaşından sonra tanı alırken, kontrol grubundaki çocuklardan 12'si(%60.0) 1-2 yaş arasında, 8'i (%40.0) 1-2 yaş aralığında tanı almışlardır.

Tablo 3'te araştırma grubu çocukların serebral palsi için kaba motor fonksiyon sınıflandırma sistemi (KMFSS) ne göre kaba motor gelişim seviyeleri görülmektedir. Buna göre; çalışma grubu çocuklarının 4'ü (%20.0) I. seviye, 4'ü (%20.0) III. seviye, 8'i (%40.0) IV. Seviye ve 4'ü (%20.0) V. seviye kaba motor gelişim düzeyindedir. Kontrol

grubu çocuklarından ise; 3'ü (15.0) I seviye, 1'i (%5.0) II. Seviye, 1'i (%5.0) III. -Seviye, 10'u (50.0) IV. seviye ve 5'i (25.0) V. seviyede kaba motor gelişim düzeyindedir.

2.3. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, İstanbul ili Ataşehir ilçesinde bulunan Özel Türkiye Spastik Çocuklar Vakfı (TSÇV) Özel Aile Danışma Merkezi'ne kayıtlı aileler arasından seçilen anne/çocuk çiftleri ile yapılan çalışma sonucu elde edilmiştir.

2.3.1. Veri toplama araçları:

Araştırmada veri toplama araçları olarak; Aile Bilgi Formu, Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II., Ebeveynlik Stres Ölçeği-Kısa formu, Video Geri Bildirimli Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı ve programın etkililiğini ölçmek amacıyla, Anne Duyarlılık Ölçeği ve PİKOLO Anne/çocuk Etkileşim Formu kullanılmıştır. Veri toplama araçlarının tümü uygulama öncesi ve sonrasında öntest - sontest olarak iki kez uygulanmıştır. Çocukların kaba motor fonksiyon düzeylerini belirlemek amacıyla, serebral Palsi için" Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi" (KMFSS) çalışmanın başlangıcında bir kez kullanılmıştır.

2.3.1.1. Aile Bilgi Formu

Aileye ait demografik bilgiler**,** annenin yaşı, eğitim düzeyi, gelir durumu, sosyal güvence bilgisi gibi anneye ait bilgiler, çocuğun yaşı, teşhisi, gelişim düzeyini içeren çocuk hakkında bilgiler ve anne/çocuk oyun etkinlikleri ve birlikte geçirdikleri oyun zamanı ile ilgili sorulardan oluşan bilgi formu anneler tarafından cevaplandırılmıştır. Bilgi formu araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

2.3.1.2. Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi

Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi (KMFSS) Gross Motor Function Classification System GMFCS), 12 yaş ve daha küçük serebral palsili çocukları fonksiyonel yeteneklerine ve işlevselliğe dayalı olarak sınıflandırmak için basit bir yöntem sağlamak üzere geliştirilmiştir. Genişleti1miş ve yeniden düzenlenmiş şekli ile. 0-2 yaş, 2-4 yaş, 4-6 yaş, 6-12 yaş ve 12 – 18 yaş grupları için 5 seviyede 18 yaşına kadar olan Serebral palsili çocukların işlevsellik durumlarını değerlendirmektedir.

Seviyeler arasındaki farklar, serebral palsili çocukların günlük yaşamlarında anlamlı olduğu düşünülen kaba motor fonksiyondaki farklılıkları temsil eder (Özel, Çulha, Ünsal-Delialioğlu, Sarı, ve Köklü, 2016).

Tablo 4. Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi Seviye Tanımlama

Seviye I	Kısıtlama olmaksızın yürür, daha ileri kaba motor becerilerde kısıtlıdır.
Seviye II	Yardımcı cihaz olmadan yürürler, ev dışında ve toplumda yürüme kısıtlıdır.
Seviye III	Yardımcı cihazlarla yürürler, ev dışı ve toplumda yürüme kısıtlıdır.
Seviye IV	Kendi kendine hareket sınırlıdır, genellikle taşınırlar ve ev içi ve dışında hareket için cihazlar gereklidir.
Seviye V	Bağımsız hareketler yardımcı teknoloji kullanımıyla bile ileri derecede sınırlıdır.

KMFSS ne göre; İki yaşından önce seviye I'de emekler, oturma pozisyonuna gelebilir, ayağa kalkarlar, ayakta durur ve araç yardımı olmadan yürüyebilirler. Seviye II' de çocuklar yerde otururlar, karın üstü emekleme vardır, emekleme pozisyonunda hareket ederler, eşyalara tutunarak yürürler. Seviye III'de çocuklar desteklendiğinde oturabilirler, dönme yapabilirler, karın üstü sürünme vardır. Seviye IV'de ise baş kontrolü vardır, sırtüstü ve yüzüstü dönebilirler. Seviye V'de ise fiziksel olarak bağımlıdır, yüz sütü ve oturma pozisyonunda baş ve gövde kontrolü yoktur. Yer değiştirmek için yetişkin desteğine ihtiyaç duyarlar (Wood ve Rosenbaum, 2000).

2-4 yaş arası sınıflandırma ise; Seviye I'de oturup kalkabilirler, bağımsız yürürler. Seviye II' de yerde oturma vardır ancak ellerden destek almadıklarında dengeleri bozulabilir, resiprokal (karşılıklı) emekleme yapabilirler, ayakta durur ve tutunarak yürüyebilir. Seviye III'de oturma pozisyonuna geçmek için yetişkin yardımı gerekir, "W" pozisyonunda oturabilirler, yürüteç ile ev içerisinde yürüyebilirler. Seviye IV'de otururken desteklenmeye ihtiyaçları vardır. Karın üzerinde sürünebilirler, resiprokal bacak hareketleri olmadan emekleyebilirler. Seviye V'de ise bağımsız olarak hareket edemezler, yetişkin tarafından taşınması gerekir ve araç ile taşınırlar şeklinde tanımlanmıştır (Palisano ve ark., 1997).

2.3.1.3. Ebeveyn Öz yeterlik Ölçeği (EÖYÖ)

Annelerin deneyimlediği öz yeterlik düzeyini belirlemek amacıyla Ebeveyn Öz yeterlik Ölçeği (EÖYÖ) kullanılmıştır. EÖYÖ, Yetersizliği Olan Çocukların Ebeveynleri İçin Öz Yeterlik Ölçeği" nin (Parental Self-Efficacy Instrument for Children with Disabilities-PSICD) Cavkaytar ve ark. (2014) tarafından yapılmış olan Türkçe uyarlamasıdır. Ölçeğin uyarlama çalışmaları 17 maddeden oluşan orijinal ölçekteki ters puanlı maddelerin olumlu ifadelere dönüştürülmesi ile yapılmıştır. Orijinali gibi 17 maddeden oluşan ölçek, 1 (kesinlikle katılmıyorum) ve 7 (kesinlikle katılıyorum) aralığında likert tipi bir ölçektir. Cronbach's Alfa katsayısı .95, faktör analizi için Kaiser-MayerOlkin (KMO) değeri .95 bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test uygulaması sonucu Pearson korelasyon katsayısı ise r:.79, p dir. Ölçeğin bu çalışma için Cronbach's Alfa değeri .79 dur.

2.3.1.4. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II (YİYE II)

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE-II), (Experiences in Close Relatioships-Revised; ECR-R) Fraley, Waller ve Brennan (2000) tarafından geliştirilmiş, Türk örneklemi üzerinde çalışması ve psikometrik özelliklerinin sınanması ise Selçuk, Günaydın, Sümer ve Uysal (2005) tarafından yapılmıştır. YİYE II, 'yi oluşturan 36 maddenin 18'i kaçınma boyutunu (ör: Romantik ilişkide olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim), 18'i kaygı boyutunu (ör: Romantik ilişkide olduğum kişi kendimden şüphe etmeme neden olur) ölçmektedir. Katılımcıların 1 -7 derecelendirmeli likert tipi ölçeği (1= hiç katılmıyorum, 7= tamamen katılıyorum)şeklinde doldurmaları istenmektedir. Tek sayılı maddelerin toplamı kaygılı bağlanma, çift sayılı maddelerin toplamı ise kaçınmacı bağlanma boyutunu göstermektedir. Ölçekte 14 madde ters kodlanmıştır.

Sümer (2006) ise YİYE'nin faktör yapısını incelediği çalışmasında yetişkin bağlanma ölçeklerini (İlişkiler anket (İA), İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA), ve YİYE) karşılaştırmış ve YİYE'nin bağlanmayı boyut düzeyinde ölçen en iyi psikometrik özelliğe sahip olduğunu belirtmiştir. Ölçeğin kaygı ve kaçınmacı boyutlarının Cronbach's Alfa değerleri sırasıyla .90 ve .86 olarak bulunmuştur. Bu çalışma için Cronbach's Alfa değerleri kaygı boyutunda .74 ve kaçınmacı boyutunda .89 olarak bulunmuştur.

2.3.1.5. Ebeveynlik Stres İndeksi-Kısa form (ESİ-KF)

Annelerin deneyimlediği ebeveynlik stresini ölçmek için Ebeveynlik Stres İndeksi- Kısa Form- ESİ/KF) kullanılmıştır. Ölçeğin orjinali, Parenting Stress Index-Short Form- PSI/SF, Abidin (1983) tarafından geliştirilmiştir (Loyd ve Abidin, 1985). Türkçe uyarlanması ise Mert ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır. ESİ-KF gelişimsel bozukluğu olan çocuklara sahip anne-babaların yaşadıkları ebeveynlik stresini değerlendirmektedir ve 1 – 5 arasında derecelendirişmiş 36 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Ebeveynlik stresini Ebeveyn Sıkıntısı, Ebeveyn-Çocuk İlişkisinde Bozulma ve Zor Çocuk alt boyutlarında ölçmektedir. Toplam puan 3 alt grupta elde edilen puanların toplanması ile bulunur. Her alt gruptaki 12 madde 1'den (kesinlikle katılmıyorum) 5'e (kesinlikle katılıyorum) kadar puanlanmaktadır ve 12–60 arası puan almaktadır. Toplam da ise 36–180 arası puan alınmakta ve puanın yüksekliği ebeveynlik stres düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Toplam puanın %90'nı klinik olarak önemli olarak değerlendirilir.

Ölçeğin Cronbach's Alfa değerleri; Ebeveyn Sıkıntısı .81, Ebeveyn-Çocuk Etkileşiminde Bozulma.76, Zor Çocuk.78 ve Toplam Stres Puanı .71 olarak bulunmuştur. Bu çalışma için Cronbach's Alfa değerleri sırasıyla .85, .71, .71 ve toplam Stres .85 olarak bulunmuştur (Mert, Hallıoğlu, ve Ankaralı Çamdeviren, 2008) Ülkemizde ölçeğin revize edilmiş versiyonu, Çekiç, Akbaş ve Hamamcı (2015) tarafından Türk kültürüne tekrar uyarlanmıştır (Çekiç ve Hamamcı, 2017)

2.3.1.6. Anne Duyarlılık Ölçeği

Çalışmada Anne duyarlılığını değerlendirmek için Berument ve ark. (2018) tarafından geliştirilen Anne Duyarlılık Ölçeği (ADÖ) kullanılmıştır ADÖ 3 dereceli likert tipi (0=Anneyi tanımlamıyor, 1= anneyi biraz tanımlıyor, 2= anneyi kesinlikle tanımlıyor, gözlemlenemeyen maddeler ise "uygulanabilir değil") bir değerlendirme aracı olup 27 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, Pederson ve Moran tarafından 1995 yılında geliştirilmiş olan Maternal Behaviour Q-Sort (MBQS) un Sümer ve arkadaşları tarafından Türkçe 'ye uyarlanan versiyonu olan Anne Davranışları Sınıflandırma Seti (ADSS) temel alınarak geliştirilmiştir.

Ölçeğin amacı 18-36 (40 aya kadar genişletilebilir) aylık çocukların anneleri ile olan etkileşimlerinde annelerin duyarlılığını değerlendirmektir. Anne/çocuk arasındaki ilişkinin yaklaşık 45 dakikalık ev ortamında veya ev ortamına yakın laboratuvar ortamında gözlemlenmesine dayalı olan ADÖ, "çocuğu destekleme/ teşvik etme, çocuğun ihtiyacını karşılama ve duygusal sıcaklık alt boyutlarını içermektedir. Bu üç alt faktörün puanlarının toplamı genel duyarlılık puanını oluşturmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılığı .92, alt faktörlerin iç tutarlılıkları ise .78 ile 91 aralığındadır (Berument ve ark., 2018). Bu çalışma için Cronbach's Alfa değerleri ön test – son testler sırasıyla .90 ve .83 olarak bulunmuştur. Ölçeğin değerlendirilmesinde ön test -son testlerde iki gözlemci arası istatistiksel olarak önemli düzeyde .73 uyum bulunmuştur (Cohen,1960; Landis ve Koch, 1977)).

2.3.1.7. PİKOLO Ebeveyn- Çocuk Etkileşimi Gözlem Formu (PICCOLO)

PICCOLO (The Parenting Interactions with Children: Checklist of Observations Linked to Outcomes), Ebeveyn-çocuk etkileşimini gözleme dayalı olarak değerlendirmektedir (Innocenti, Roggman, ve Cook, 2013; Roggman, Cook, Innocenti, Jump Norman, ve Christiansen, 2013). Çocukların gelişimini destekleyen ebeveynlik davranışlarının; Duygusal sıcaklık (sıcaklık, fiziksel yakınlık ve çocuğa karşı olumlu ifadeler) , Duyarlılık (çocuğun ipuçlarına, duygularına, kelimelerine, ilgi alanlarına ve davranışlarına cevap verme), Cesaretlendirme (oyuna aktif destek, keşfetme, merak, inisiyatif, beceriler ve yaratıcılık) ve Öğretme (paylaşılan konuşma ve oyun, bilişsel uyarım, açıklamalar, ve sorular) gibi dört önemli boyutuna odaklanmaktadır: Türk aileleri ile çalışılması ve Türkçe 'ye uyarlaması Bayoğlu ve arkadaşları (2013) tarafından yapılmıştır.

PİKOLO, ebeveyn-çocuk etkileşimini dört alanda: (Duygusal sıcaklık, duyarlılık, cesaretlendirme ve öğretme) değerlendirmek için gözlemlenebilir 29 davranıştan oluşan bir kontrol listesidir. Ev veya merkez ortamında anne-çocuk oyun etkinliği veya etkileşim halinde iken 10 dakikalık video kayıtları yapılmakta ve bu kayıtlar üzerinden her bir davranış gözlemci tarafından 0= hiç gözlenmedi, 1= nadiren gözlendi, 2= sıklıkla gözlendi şeklinde puanlanır. Her bir alada belirli bir puanın altındaki aileler klinik olarak "müdahale gerektirir" diye tanımlanmaktadır. Ölçeğin alt boyutları için Cronbach's Alfa değerleri: Duygusal Sıcaklık .78, Duyarlılık .77, Cesaretlendirme .77 ve Öğretme .78

şeklindedir. Bu çalışma için Cronbach's Alfa değerleri öntest (sontest) Duygusal Sıcaklık .83 (.79), Duyarlılık .75 (.82), Cesaretlendirme .76 (.79), Öğretme .79 (.75) olarak bulunmuştur. Cronbach's Alpha değerleri 0,70"den büyük olan ölçeklerin, yeterli güvenilirliğe sahip olduğu kabul edilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde iki gözlemci arası ön test -son testlerde istatistiksel olarak önemli düzeyde .72uyum bulunmuştur Cohen,1960; McHugh, 2012; Landis ve Koch, 1977).

2.3.1.8. Video Geri Bildirimli Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı (VIPP).

Video-Feedback Intervention to Promote Positive Parenting (VIPP), Video Geri bildirimi Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Program, Leiden Üniversitesi'nde Çocuk ve Aile Çalışmaları Merkezi'nde geliştirilmiştir. Program günümüzde bağlanma temelli ve kanıta dayalı müdahale programlarından birisidir ve annelerin çocuklarıyla olan ilişkilerinde ve bakım verme davranışlarında anne duyarlılığını arttırmayı ve olumlu anne/çocuk ilişkisini desteklemeyi amaçlamaktadır.

İlerleyen çalışmalarla VIPP programına duyarlı disiplin bölümü eklenerek VIPP-SD (Video Feedback Intervention to Promote Positive Parenting - Sensitive Discipline) ve annelerin güvenli bağlanma zihinsel temsillerini değiştirmeye yönelik müdahaleleri içeren VIPP-R (Video Feedback Intervention to Promote Positive Parenting - Representional) modülleri eklenerek genişletilmiştir. Marian J. Bakermans-Kranenburg, Marinus H. van IJzendoorn, ve Femmie Juffer tarafından geliştirilen program, Bağlanma Kuramı, Sosyal Öğrenme Kuramını ve Zorlama (Coersion) Kuramlarını temel almaktadır (F. Juffer ve ark., 2017).

2.4. İşlem

Araştırmanın veri toplanması ve uygulama öncesinde Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurallara uygun olduğuna ilişkin onay alınmıştır. Ayrıca uygulamanın Türkiye Spastik Çocuklar Vakfı (TSÇV) Özel Aile Danışma Merkezi'nde yapılabilmesi için TSÇV Akademik Kurul'una da sunulmuş ve Kurul tarafından uygulama onayı verilmiştir. Araştırma Mayıs 2019 ve Haziran 2020 tarihleri arasında İstanbul'da gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya katılacak ailelere ulaşmak için öncelikle Özel TSÇV ADM kayıtlarından serebral palsi tanısı veya risk grubunda izlenen toplam 236 kayıt listelenmiştir. Kayıtlar arasından 12 ay – 48 ay yaş aralığında olan 102 çocuk ve anne çifti belirlenmiştir. Annelerin daha önce anne duyarlılığına yönelik bir eğitim programına katılmamış olmalarına dikkat edilmiştir. Çocukların ise merkezde fizyoterapi, özel eğitim, duyu eğitimi, konuşma terapisi gibi rehabilitasyon programlarına düzenli devam ediyor olmaları özellikle araştırmanın kesintiye uğramaması nedeniyle tercih edilmiştir.

Anneler ile telefonla veya yüz yüze görüşmeler yapılarak çalışma amacı, süresi ve uygulamalar hakkında bilgi verilmiştir. Gönüllülük esasına dayalı olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 40 aile ile yeni bir liste oluşturulmuştur. Daha sonra sözel olarak verilen bilgiler ayrıca yazılı olarak da verilmiş ve ailelerden onam formunu imzalamaları istenmiştir. Çalışmaya katılacak her anne-çocuk çiftine liste üzerinde birer numara verilerek dijital ortamda random yöntemiyle çalışma ve kontrol gruplarına atama yapılarak anne-çocuk çiftleri 20 şerli iki gruba ayrılmıştır. Çalışma ve kontrol gruplarına dahil olan anne/çocuk çiftlerine hangi grupta oldukları bilgisi verilmemiştir.

Kontrol grubu ile iki kez yüz yüze görüşme yapılmış olup diğer görüşmeler ailelerle telefon ile veya merkezde kısa toplantılar halinde yapılmıştır Her iki grup için ilk ve son görüşmede merkez ortamında video kayıtları alınarak Anne Duyarlılık Ölçeği ve PİKOLO anne/çocuk etkileşim gözlem formları doldurulmuştur Video kayıtları araştırmacı ve diğer bir gözlemci tarafından izlenmiş ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Araştırmacı PİKOLO Anne-Çocuk Etkileşim Gözlem Formu değerlendirici eğitimini almıştır. Diğer gözlemci ile PİKOLO ve ADÖ formlarının değerlendirilmesi ve gözlemde nelere dikkat edileceği konusunda uygulama öncesi birlikte çalışılmıştır. Anne-çocuk çiftlerinin izlenmesinin ardından iki gözlemci bağımsız olarak formları doldurmuştur. Daha sonra sonuçlar karşılaştırılarak farklı değerlendirilen maddeler hakkında tartışılmış fikir birliğine varılmıştır.

Her iki gruba ön test uygulanmasından sonra çalışma grubuna Video Geri bildirimli Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı verilmiş, kontrol grubu ile sadece haftada bir kez yüz yüze veya telefonla görüşme yapılmıştır. Kontrol grubu ile yapılan görüşmelerin içeriği çocuklarının gelişimleri ve rehabilitasyon programlarının değerlendirilmesi gibi genel konuları içermiştir.

Kontrol grubunda bulunan İki anne ilk video kaydı yapıldıktan sonra ikinci kez çekim yaptırmak istememiştir. Bu aileler için son test Anne Duyarlılık Ölçeği ve PİKOLO Gözlem formu görüşmenin hemen ardından doldurulmuştur. Kontrol grubu ailelerine araştırma sonrasında verilecek olan VIPP eğitimi, çalışma sonrasında beşli gruplar halinde toplantılar yapılarak serebral palsli bir çocuğun gelişimi, çocukların oyun aktiviteleri, çocukların keşfetme davranışları, annelerin çocuklarının tepkilerini fark etme ve uygun zamanında cevap verebilmeleri konularında bilgiler verilerek tek oturum şeklinde yapılmıştır. Bu toplantılarda çalışmaya katılan ve onay veren bir anne-çocuk çiftinin" birlikte oyun" temalı video çekimi kullanılmıştır. Kontrol grubu annelerinden dört tanesi şehir dışında ve hastanede olmalarından dolayı bu toplantılara kendi istekleri ile katılamamıştır. Çalışmanın bitiminde ailelere video çekimlerini içeren CD ve TSCV tarafından basılmış olan "Serebral Palsi Aile Rehberi "ve "Riskli Bebek İzlemi "kitapları hediye edilmiştir.

Çalışmada serebral palsili çocuğa sahip annelerin anne duyarlılığı ve anne-çocuk etkileşimi üzerindeki etkiliği test edilmek istenen "Video Geri Bildirimli Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı'nın bu çalışmadaki uygulanma aşamaları aşağıda açıklanacaktır. Araştırmanın bundan sonraki bölümlerinde literatürde kullanıldığı gibi müdahale programı kısaca "VIPP" programı olarak anılacaktır.

VIPP programının uygulanması

VIPP programının uygulanabilmesi için uygulayıcı sertifikasının alınması gereklidir. Bu nedenle araştırmacı 2017 yılında Leiden Üniversitesi Çocuk ve Aile Çalışmaları Merkezi ve Universty College London iş birliğinde Birleşik Krallık Londra'da açılan yoğun uygulayıcı eğitimine (EK: 11) katılmıştır. Eğitim sonrasında tipik gelişim gösteren çocuk ve anne çifti ile 6 ay süren vaka uygulaması yapmıştır. Uygulama Leiden Üniversitesinden VIPP uzmanından tarafından süpervize edilmiştir. Seçilen vaka ile 6 kez ev ziyareti gerçekleştirilmiş ve her ziyarette VIPP-SD protokolü uygulanmıştır. Müdahale ve aile ile yapılan görüşmeler kaydedilerek 3 seansta VIPP uzmanı ile uzaktan görüntülü değerlendirmeler yapılmıştır. Uygulama sonucunda öz değerlendirme ve uzman değerlendirmesi ile araştırmacı "VIPP-SD Uygulayıcı Sertifikası" (EK 12) almaya hak kazanmıştır.

Araştırma öncesinde çalışmaya dahil edilmeyen iki aile ile pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulamaya alınan anne/çocuk çiftlerine bir kez ev ziyareti yapılmış, diğer çekimler ve görüşmeler merkezde tamamlanmıştır. Pilot uygulama sonucunda çocukların hareket kısıtlılıklarından, yer değiştirmek için yetişkin desteğine ihtiyaç duymalarından ve aşırı kasılma veya gevşeklik gibi kas kontrolü zorluklarından dolayı duyarlı disiplini içeren VIPP-SD programın dokunma, oyuncakları toplama gibi duyarlı disipline yönelik temaları içeren çekimlerin uygulanmamasına, sadece VIPP programının uygulanmasına karar verilmiştir. Ayrıca çocukların yutma, ısırma ve çiğneme kaslarındaki yetersiz kontrolden ve yeme zorluklarından dolayı "yemek zamanı" temalı video çekimi çocukların seviyelerine göre meyve saati, hafif atıştırmalar ve öğün yemeği olarak düzenlenmiştir.

Çalışma grubuna katılan anne ve çocuk çiftleri ile uygulamalar merkezde ve ev ziyaretleri şeklinde gerçekleşmiştir. Her bir anne / çocuk çifti için 6 görüşme ve 4 tematik video kaydı yapılmış ve bu kayıtlar üzerinden çalışma öncesi belirlenen "Anne çocuk Etkileşim Profili"ne (EK 8) göre duyarlılık, çocuğun işaretlerinin farkında olma, çocuğun gelişimi hakkında bilgiler, çocuğun bağlanma ve keşif davranışlarını fark etme, çocuğun duygularını ve ihtiyaçlarını anlayabilme ve serebral palsili çocukların gelişimleri ve eğitimleri konularında geribildirimler verilmiştir.

Video kayıtları programın içeriğine uygun olarak kendi başına oyun, birlikte oyun, yemek zamanı, birlikte kitap okuma ve birlikte şarkı söyleme senaryoları ile yapılmıştır. Video kayıtlarının izlenmesi sırasında annenin tam dahil olabilmesi için stajyer bir üniversite öğrencisi çocuk ile ilgilenmiştir. Annenin çocuklarıyla oynayacakları oyuncaklar çocukların fiziksel gelişim ve yaş seviyesine göre araştırmacı tarafından belirlenmiştir. Küçük yaşlardaki çocuklar için sesli müzikli oyuncaklar, bultak, yap-boz, araba seti, oyuncak telefon, pelüş bebek ve hayvan figürleri seçilmiş, daha büyük yaşlardaki çocuklar için mutfak oyun seti, ahşap bloklar, müzik aletleri gibi oyuncaklar verilmiştir. Kitap okuma temasında ise kitaplar yine çocukların ilgisi ve gelişim düzeylerine göre resimli kitaplar, hareketli kitaplar, bez kitaplar ve/veya resimli hikâye kartları şeklinde seçilmiştir.

Tablo 5. Video Geri Bildirimli Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı Video Kayıtları

Oturum	Senaryo	Süre(dk)	Oyuncak
1	Tek başına oyun	3	Müzikli oyuncak, Bul tak, oyuncak telefon vs.
	Birlikte oyun	5	Müzikli oyuncak, Çay ve yemek seti, Bul tak
2	Tek başına oyun	2-3	Bul-Tak, hayvan figürleri, sesli oyuncaklar
	Birlikte oyun	4	Evcilik seti, çiftlik seti
	Kitap okuma	5-6	Resimli hikâye kitabı
3	Yemek zamanı	10-20	Atıştırmalıklar, yemek
4	Tek başına oyun Anne çocuğun onu davet etmesini bekler	4	Müzikli oyuncak, Bul tak, oyuncak telefon vs
	Birlikte şarkı söyleme	2-3	Müzik aletleri
	Amaçlı oyun oynama	5	Yap boz, tahta bloklar

Merkezdeki uygulamalar araştırmacıya tahsis edilmiş oyun odasında gerçekleştirilmiştir. Uygulama öncesinde odanın fiziksel şartları gözden geçirilmiş, anne-çocuk çiftlerinin yerde ve masada oyun oynayabilecekleri şekilde düzenlemeler yapılmıştır. Çocukların karşılıklı iletişimde ve oyun oynarken rahat ve güvenli hissetmeleri için uygun pozisyonlamalar merkezdeki fizyoterapistlerden destek alınmıştır. Her çocuk için rahat ve güvenilir bir oturma pozisyonun sağlanmasına dikkat edilmiştir. Karşılıklı oyun aktiviteleri masa başında veya zeminde oturur şeklide anne ile karşılıklı oturma pozisyonunda yapılmıştır.

Çekimler esnasında odada anne, çocuk ve araştırmacı bulunmuştur. Çekim öncesinde program senaryosuna uygun olarak anneye yönlendirmeler verilmiştir. Anne çocuğu ile oyun oynarken araştırmacı odanın bir köşesinde hiç müdahale etmeden çekim yapmıştır.

Ev ziyaretlerinin ise bir kez yapılması planlanmış ve araştırmacı ailenin evine giderek video kaydını çekimin temasına uygun olarak ev ortamında gerçekleştirmiştir. Ev ziyareti öncesinde aile ile randevu oluşturulmuş çocuğun beslenme, uyku, terapi ve

banyo saatlerinin dışında ve evde sadece aile bireylerinin olacağı bir zaman dilimi planlanmıştır. Çocuk ve annenin dikkatinin dağılmaması için mümkünse sadece anne ve çocuğun olması önerilmiştir. Ailelerin kaynaklı nedenler ve diğer sebeplerden dolayı 11 ailenin ev ziyareti yapılamamış, 9 ailenin evine ziyaret yapılabilmiştir. Ev ziyareti yapılamayan ailelerin yemek videosu çekimleri ve/veya ev çekimleri aileden istenmiş ve ailenin çektiği kayıtlar kullanılmıştır.

Birinci Görüşme: Merkezde yapılan bu görüşmede anneler ile yaklaşık 30 ile 45 dakika arasında değişen sürelerle ilk görüşme yapılmıştır. Görüşmeler araştırmacı tarafından yapılmış odada ayrıca gözlemci olarak bir psikolog bulunmuştur. Bu görüşmede anneye (bazen baba da katılmıştır) yapılacak çalışmanın amacı ve süreç hakkında detaylı bilgilendirme yapılmıştır. Annelerden çocukları ile yaşadıkları süreç hakkında bilgi alınmıştır. Aile bilgi formunu doldurmaları istenmiş ve ailelerle randevu takvimi oluşturulmuştur. Diğer ölçekler verilmiş ve soruları cevaplamaları istenmiştir. Ayrıca bu ilk görüşmede anne çocuğu ile oynarken ve etkileşim halinde iken video çekimleri yapılmış ve annenin çocuğu ile olan etkileşimi gözlenmiştir. Görüşmede anne-çocuk etkileşimi sırasında gözlenen davranışlardan bazıları aşağıda örnek olarak verilmiştir;

- Anne çocuğun işaretlerini (ses çıkarma, ağlama, huzursuzluk belirtileri gibi) fark ediyor mu? Ses çıkardığında, ağladığında veya huzursuzlandığında çocuğu ile ilgilenip, ihtiyacı hakkında tahminde bulunuyor mu?
- Çocuğun işaretlerine ve isteklerine cevap veriyor mu?
- Çocuk oyuncakla oynarken oyununu nasıl yönlendiriyor? Sözel veya fiziksel uyarılarda bulunuyor mu?
- Anne çocuğu ile iletişimde iken ona nasıl hitap ediyor? Sıcak ve ilgili bir ses tonu ve yüz ifadesi var mı?
- Anne araştırmacı ile konuşurken çocuğu ile olan ilgisini devam ettiriyor mu?
- Çocuk huzursuzlanırsa anne onu rahatlatmak için nasıl davranıyor?

Annelerle yapılan görüşmenin hemen sonrasında iki gözlemci tarafından Anne Duyarlılık Ölçeği ve PİKOLO Anne/çocuk etkileşim değerlendirme formları

doldurulmuştur. Daha sonra araştırmacı tarafından VIPP programının hedeflerini belirlemek amacıyla "Anne Profil Formu" (EK 6) doldurularak müdahalenin içeriği her bir aile için ayrı ayrı belirlemiştir.

İkinci görüşme: (Birinci Video Kayıt): Yapılacak çekimlerin senaryoları hakkında ön bilgilendirme yapılmıştır. İlk olarak çocuğa oyuncaklar verilerek tek başına oynaması istenmiştir. Yaklaşık 3 dakika sonra anne oyuna dahil olarak birlikte oyun oynarken 5 dakikalık bir çekim yapılmıştır. Bu çekim için çocukların ilgi düzeylerine oyuncak telefon, müzikli ve hareketli oyuncaklar, hayvan figürleri, bul-tak ve doldurma-boşaltma oyuncakları, oyuncak araba ve mutfak seti gibi materyaller verilmiştir.

Üçüncü görüşme (İkinci Video Kayıt): Yapılan ikinci video çekiminde ilk 2-3 dakikası çocuk kendi başına oyuncaklarla oynamasına fırsat verilmiştir, daha sonra anneden oyuna dahil olması ve birlikte oynamaları istenmiştir. 3- 4 dakikalık çekimden sonra anne oyuncakları toplamış birlikte kitap okuma etkinliği yapmışlardır. Birlikte oyun için çocukların ilgi ve motor gelişim seviyelerine göre evcilik oyunları, çay seti yemek pişirme seti, bul tak, sesli oyuncaklar, oyuncak telefon gibi oyuncaklarla oynamaları istenmiştir. Kitaplar çocukların yaşına ve ilgi alanına göre seçilerek verilmiştir. Çekimler bittikten sonra anne ile birinci video kayıt izlenmiş ve ilk müdahalenin teması olarak Duyarlılık (Keşfetme ve Bağlanma davranışları) hakkında geribildirimlerle şu mesajlar verilmiştir:

- Çocuk tek başına oyun oynarken müdahale etmeden ve oyununu bozmadan desteklemek.
- Çocukla birlikte oynarken onun isteklerini izleyebilmek.
- Çocuğun keşfetme davranışlarını ve anne ile iletişime girmek için göz kontağı arayışını fark etmek.

Ek olarak;

- Serebral palsili çocukların iletişim kurma konusundaki zorluklarını anlayabilmek ve motor yetenekler ve kısıtlamalar hakkında bilgilerin verilmesi.

Dördüncü görüşme (Üçüncü Video Kayıt): Yemek yeme zamanı çekimini içeren bu seans ev ziyareti yapılarak çekilmesi planlanmıştır. Ancak ailelerin talepleri üzerine 8 aileye ev ziyareti yapılamamış, kendilerinin çekim yapıp göndermeleri istenmiştir. 9 aileye ev ziyareti yapılmıştır ve 3 aile için çekimler merkezde yapılmıştır. Çocuklar lökomotor hareket kısıtlılığı nedeniyle yemek hazırlama ve yemek yeme sırasında mama sandalyesinde oturtulmuşlardır. Genellikle yemek anneler tarafından yedirilmiştir. Kendi başına yemek yiyebilen çocuklar için kendi yemeleri istenmiştir. Çekim sonrası ikinci video kayıt üzerinden eğitim verilmiştir. Eğitimin teması; "Duyarlılık çocuk adına konuşma, çocuk açısından bakabilme", ayrıca "çocuğu anlayabilme-empati, müdahaleci davranışlar, olumsuz pekiştirme yerine olumlu pekiştirme davranışları" olarak belirlenmiştir.

Anneye verilen mesajlar;

- Çocuğun rahatlaması, sakinleşmesi ve desteklenmesi için annenin varlığının ne kadar önemli olduğunu vurgulamak,
- Çocuğun çevreyi keşfetme ve anne ile ilişki kurma çabasını annenin fark etmesini sağlamak.
- Anne ile birlikte oyun oynamanın ve birlikte vakit geçirmenin çocuk açısından önemini vurgulamak.
- Çocukların oyuncaklarla istedikleri gibi bizim beklentimizin dışında oynamasının da önemini vurgulamak.
- Çocuğun keşif davranışlarını ön plana çıkartmak.

Ek olarak;

- Çocukla etkileşim halinde iken ortak dikkatin önemi vurgulanması.
- Çocuğun aktiviteyi tamamlaması için zaman tanımanın önemin vurgulanması

Beşinci görüşme (Dördüncü Video Kayıt): Bu görüşmede yine ilk olarak video çekim yapılmıştır. Video kaydının başlangıcında çocuğun kendi başına oyun oynaması ve çocuk herhangi bir hareketle anneyi davet ettikten sonra annenin oyuna katılması istenmiştir. Birlikte evcilik oyuncakları, renkli ve ses çıkartan oyuncaklar, oyuncak

bebekler, tahta bloklar ve meyve seti gibi oyuncaklar verilmiştir. 4-5 dakikalık çekimden sonra oyuncakları toplayıp birlikte el ve mimik hareketleri eşlik eden bir şarkı söylemeleri istenmiştir. Sonrasında birlikte oynamaya devam etmişlerdir. Oyuncak olarak tahta bloklar, küpler, oyuncak araba, telefon veya yap-boz verilmiştir. Çekim sonrası üçüncü video kayıt üzerinden geri bildirim verilmiştir. Geri bildirimin temaları şu şekilde belirlenmiştir; Duyarlılık (duyarlı zincir -çocuğun işareti, annenin duyarlı cevabı ve çocuğun tepkisi- düzenleyici mesajlar).

Anneye verilen mesajlar;

- Çocuğun davranışlarını gözlemlemek, doğru yorumlama ve uygun tepki vermek.
- Annenin davranışlarını düzenleyici veya doğrulayıcı mesajlar vermek.
- Çocuğun verdiği ağlama, konuşma, mırıldanma, ses çıkartma, işaret etme, gülümseme gibi davranışlarını annenin fark etmesini sağlamak ve annenin uygun davranışlarını desteklemek,
- Çocuğun işaretlerine uygun tepki verilmediğinde anneye doğrulayıcı davranışları belirtmek.
- Annenin davranışları sonucu çocuğun tepkisi fark ettirmek.
- Duyarlı zincir: Çocuğun işareti- Annenin duyarlı cevabı- çocuğun tepkisi. Annelere verilen mesajlarda duyarlı zincir senaryosunun temel amacı çocuğun işaretlerini fark etmek ve anne uygun cevap verdiğinde çocuğun tepkisini vurgulamak olarak yapılandırılmıştır. Ör. Çocuk gülümseyerek ve mırıldanarak anneye bakar, anne de ona gülümser ve çocuğun çıkardığı sesi veya kelimeyi yumuşak bir ses tonu ile tekrarlar ve çocuk gülümseyerek annesine sarılır veya farklı seslerle konuşmayı genişletir.

Ek Olarak;

- Serebral palsili çocukların fiziksel gelişimleri ve kısıtlılıkları nedeniyle güvenli hissedebilecek pozisyonlamanın sağlanması.
- Empati, çocuğun başarısız ve yetersizlikleri yerine başardıkları becerileri vurgulamak ve desteklemek.

Altıncı görüşme: Aile ile yapılan bu son görüşmede dördüncü video kayıt ve önceki çekimler üzerinden tekrarlayıcı temalı geri bildirimler (çocuğun gelişimi, çocuk adına konuşma, doğrulayıcı mesajlar, duyguların paylaşımı, duyarlı zincir) verilmiştir. Duyguların paylaşımı mesajları annenin çocuğu kucaklaması, yakın mesafede oyun oynaması, keyif ve memnuniyeti içeren yakın temasta bulunmasını kapsamaktadır. Anne ile oyun ve kitap okuma etkinliği tekrarlanmıştır.

Ek olarak;

- Fiziksel olarak çocuğu anlamak,
- Çocuğun pozisyonundan bakabilmek,

Görüşme sırasında annenin çocukla olan etkileşimi tekrar gözlenmiştir. Bu görüşme sonrasında Anne Duyarlılık Ölçeği ve PİKOLO Anne/çocuk etkileşim formu son test olarak araştırmacı ve diğer gözlemci tarafından, diğer ölçekler ise anneler tarafından doldurulmuştur.

Uygulama sonunda ailelere video çekimlerini içeren CD ve TSCV tarafından basılmış olan "Serebral Palsi Aile Rehberi "ve "Riskli Bebek İzlemi "kitapları hediye edilmiştir. Anneler program ile ilgili duygu ve düşüncelerini yazılı olarak araştırmacıya iletmişlerdir. Aşağıda annelerin program hakkındaki yorumlarından örnekler verilmiştir.

D.G. (A.G): "*Değerli hocam bana ve kızıma katkılarınızdan ötürü size çok teşekkür ederim. Çalışmaya başladığımız ilk seansta ne olacağını bilmediğim gibi işe yararlılığında sorguladım ne yalan söyleyeyim. Ben ne yapıyorum dedim. Bazen boşa geçirmiş bir vakit olarak gördüm. Ama ta ki videolarda kendimi izleyinceye kadar. Videolarda gerçeği gördüm, yaptığım hareketin aslında yapmamam gerektiğini çok iyi anladım. Kızımla oyun oynamayı ve onun isteklerini görmeyi öğrendim aslında. Onun oyununa katılmayı öğrendim. Ben hep kızımla beraberken hep seans yapıyormuşum.*"

N.E (U.E) : "*Öncelikle böyle bir çalışmayı davet ettiğiniz için çok teşekkür ederim. Bana katkısı çok oldu. Oğlum ile iletişimimin yetersiz olduğunu fark ettim. Oyun oynarken benimle göz kontağı kurmak istediğini ve göz kontağı kurarak kendini çok güzel ifade ettiğini görmüş oldum. Benimle oynamaktan keyif aldığını fark ettim. Benim değil de onun isteklerini dikkate almayı öğrendim. Şimdiye kadar hep ben istediğimi*

yaptırmaya çalışmışım. Oynayacağımız oyuncakları kendisini seçmesine müsaade etmeyi öğrendim. Benim için çok değerli bir çalışma oldu".

2.5. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Araştırmanın verileri 20 çalışma ve 20 kontrol grubunda yer alan anne/çocuk çiftlerinden elde edilmiş olup, istatistiki analizler "SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22 for Windows" programı ile yapılmıştır. Shapiro ve Wilk (1965) normallik hipotezlerini denetlenme işlemlerinde küçük örneklem grupları için ($n \leq 50$) Shapiro-Wilk's analizinin kullanılmasını önerilmektedirler. Bu bağlamda yapılan Shapiro Wilk testi sonucunda; Anne Duyarlılık Ölçeği son test toplam puanı (.959, $p<.05$), Anne Duyarlılık Ölçeği son test duygusal sıcaklık puanı (.916, $p<.05$), Anne Duyarlılık Ölçeği son test İhtiyacı karşılama puanı (.924, $p<.05$), Anne Duyarlılık Ölçeği ön test duygusal sıcaklık puanı (.874, $p<.05$) ve Pikolo Duyarlılık son test puanı (.940, $p<.05$) normal dağılımdan anlamlı şekilde farklılık göstermediği saptanmıştır.

Tabachnick ve Fidell (2000) normallik varsayımları sağlanamamışsa kullanılan her bir değişken için alternatif dönüşüm tekniklerinin (arcsin, probit, logit, ters çevirme, logaritmik, gibi) uygulanması suretiyle dağılımların normalleştirilmesinin mümkün olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle araştırmada normallik varsayımını karşılamayan dağılımlar için 10 tabanlı logaritmik dönüştürme analizleri uygulanmış ve analizler bu puanların kullanılması ile yapılmıştır.

Ovla ve Taşdelen (2012) çarpıklık değerleri için değişim aralığının çok geniş olduğu ve merkezi alandaki simetrinin arandığı verilerde varyansları dengelemek için dönüştürme tekniği olarak logaritmik dönüşüm tekniğinin kullanılmakta olduğunu, burada da en yaygın olarak 10 tabanlı logaritmik dönüşümün ($\log_{10}$) uygulandığını ancak doğal logaritma (napierian logarithm) olarak bilinen *e* tabanlı logaritmik dönüşüm de kullanılabildiğini ifade etmektedir (Ovla ve Taşdelen, 2012).

Serebral palsili çocukların annelerinin anne duyarlılığını desteklemeye yönelik çalışma grubu annelerine verilen VIPP Video Geri Bildirimine Dayalı Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı uygulama öncesi ve sonrası ön test- son test arasındaki farklılıkların anlamlılığını test etmek amacıyla; tekrarlı ölçümler için varyans

analizleri (repeated measures ANOVA) yapılmıştır. Araştırma grubu (çalışma ve kontrol) gruplar arası faktör, zaman (ön-test, son-test) ise gruplar içi faktör olarak ele alınmıştır. Bu kapsamda etki büyüklüklerini belirlemek için ayrıca Eta-kare () analizi de uygulanmıştır. Eta-kare analizi bağımlı değişken üzerinde bağımsız değişkenin oluşturduğu etki gücünü hesaplamak için kullanılan analizlerden birisidir (Büyüköztürk, 2010). Araştırmanın diğer sorularını cevaplamak amacıyla grupların demografik özellikleri ve değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile çalışma ve kontrol grupları için ayrı ayrı hesaplanmıştır.

BÖLÜM 3. BULGULAR VE YORUMLAR

Araştırmanın bu bölümünde "Video Geri Bildirimine Dayalı Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı'nın serebral palsili çocuk annelerinin anne duyarlılığı ve anne çocuk etkileşimi üzerindeki etkisini incelemek üzere yapılan çalışmadan elde edilen verilerin istatistiki analizleri ve yorumlarına yer verilmiştir.

3.1. Bulgular

Araştırma grubuna ait çalışma ve kontrol grupları arasında ön-test ve son-test ölçümlerinde gruplar arası benzerlik ve farklılıkları betimlemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi (independent samples t-test) analizi yapılmıştır. Analizler Tablo 6 ve Tablo 7 de verilmiştir.

Tablo 6. Demografik Değişkenler ve Ön Testler Gruplar Arası Karşılaştırma (n = 40)

Değişkenler	Çalışma grubu (n=20)		Kontrol grubu (n=20)		t
		ss		ss	
Anne Eğitim					.000
Anne Yaşı	35.55	5.44	33.70	4.49	1.17
KMFSS	3.15	1.42	3.65	1.35	-1.14
EÖYÖ	102.40	9.63	103.25	8.88	-.29
YİYE II Kaygılı	2.78	.77	2.46	.62	1.42
YİYE II Kaçınmacı	2.28	.93	2.12	.81	.61
Ebeveyn sıkıntısı	35.25	10.02	33.80	8.18	.50
Ebeveyn-çocuk ilişki bozulması	22.55	6.11	23.45	5.62	-.49
Zor Çocuk	25.95	5.76	26.60	5.57	-.36
Ebeveynlik stresi	83.75	17.12	83.85	14.17	-.02
ADÖ	31.80	10.10	33.90	6.12	-.80
PİKOLO					
Duygusal Sıcaklık	8.45	4.14	9.10	2.49	-.60
Duyarlılık	5.45	3.33	6.25	2.40	-.87
Cesaretlendirme	6.50	3.27	6.65	3.08	-.15
Öğretme	6.65	3.98	6.70	3.99	-.04

Not: KMFSS=Kaba Motor Fonksiyonu Sınıflandırma, EÖYÖ= Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği, YİYE = Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri, ADÖ= Anne Duyarlılık Ölçeği
PİKOLO= Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Gözlem Formu

Tablo 6'de görüldüğü üzere annenin eğitim düzeyi [$t(38)=.00$; $p>.05$], yaşı [$t(38)=1.17$; $p>.05$], çocukların kaba motor fonksiyon seviyesi [$t(38)=-1.14$; $p>.05$], Ebeveyn Öz Yeterlik ölçeği [$t(38)=-.29$; $p>.05$], YİYE II kaygılı [$t(38)=1.42$; $p>.05$],

YİYE II kaçınmacı [t(38)=.61; p>.05], ebeveyn sıkıntısı [t(38)=.50; p>.05], ebeveyn-çocuk ilişki bozulması [t(38)=-.49; p>.05], zor çocuk [t(38)=-.36; p>.05], ebeveynlik stresi [t(38)=-.02; p>.05], ADÖ [t(38)=-.80; p>.05], PİKOLO duygusal sıcaklık [t(38)=-.60; p>.05], duyarlılık [t(38)=-.87; p>.05], cesaretlendirme [t(38)=-.15; p>.05] ve öğretme [t(38)=-.04; p>.05] puanları açısından çalışma ve kontrol grubu ön test puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu değerler çalışma ve kontrol gruplarının demografik özellikler ve uygulanan ön testler açısından benzeşik olduğunu göstermektedir.

Tablo 7. Demografik Değişkenler ve Son Testler Gruplar Arası Karşılaştırma (n = 40)

Değişkenler	Müdahale (N=20)		Kontrol (N=20)		t
		ss		ss	
EÖYÖ	100.90	10.43	103.25	5.53	-.89
YİYE II Kaygılı	2.73	.72	2.57	.62	.76
YİYE II Kaçınmacı	2.71	1.02	2.16	.72	1.98
Ebeveyn sıkıntısı	33.40	10.78	36.05	4.31	-1.02
Ebeveyn-çocuk ilişki bozulması	23.45	7.13	22.55	3.20	.52
Zor Çocuk	27.65	7.54	27.25	3.61	.21
Ebeveynlik stresi	84.50	21.39	85.85	7.57	-.27
ADÖ	39.25	7.19	35.30	5.52	1.95
Çocuğu Destekleme	18.80	2.95	13.75	2.67	5.68***
İhtiyacını Karşılama	12.40	3.25	12.40	2.14	.00
Duygusal Sıcaklık	9.35	3.66	10.40	2.16	-1.11
PIKOLO					
Duygusal Yakınlık	9.30	3.60	9.15	2.56	.15
Duyarlılık	10.90	2.25	6.25	2.40	6.32***
Cesaretlendirme	10.55	2.28	6.75	2.95	4.55***
Öğretme	10.15	2.68	8.10	3.75	1.99

*** p<.001

Not: KMFSS=Kaba Motor Fonksiyonu Sınıflandırma, EÖYÖ= Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği, YİYE = Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri, ADÖ= Anne Duyarlılık Ölçeği, PIKOLO= Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Gözlem Formu.

Tablo 7'de görüldüğü üzere Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Gözlem Formu (PİKOLO) duyarlılık [t(38)=6.32; p>.001], cesaretlendirme [t(38)=4.55; p>.001] puanları açısından müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Öte yandan Ebeveyn Öz Yeterlik ölçeği (EÖYÖ) [t(38)=-.89; p>.05], Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II kaygılı [t(38)=.76; p>.05], Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II kaçınmacı [t(38)=1.98; p>.05], ebeveyn sıkıntısı [t(38)=-1.02; p>.05], ebeveyn-çocuk ilişki bozulması [t(38)=.52; p>.05], zor çocuk [t(38)=.21; p>.05], ebeveynlik stresi [t(38)=-.27; p>.05], Anne Duyarlılık Ölçeği (ADÖ) [t(38)=1.95; p>.05], Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Gözlem Formu (PİKOLO) duygusal yakınlık [t(38)=.15;

p>.05] ve öğretme [t(38)=1.99; p>.05] puanları açısından çalışma ve kontrol grubu son test puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Anne Duyarlılık Ölçeği (ADÖ) [t(38)=1.95; p>.05] puanlarında gruplar arası anlamlı farklılık olmaması nedeniyle ölçeğin alt boyutlarına bakılmıştır. Tablo 4'de görüldüğü gibi Anne Duyarlılık Ölçeğinin alt boyutlarından Çocuğu Destekleme [t(38)=5.68; p<.001] puanları açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu sonuç PİKOLO cesaretlendirme alt boyutundaki anlamlı farklılık ile uyumludur.

3.1.1. Araştırma sorularının test edilmesi amacıyla Tekrarlı Ölçümler Varyans Analizleri.

Bu çalışmada serebral palsili çocuk annelerinin anne duyarlılığı ve çocuklarıyla etkileşimlerinde olumlu davranışlarını arttırmak amacıyla "Video Geri Bildirimli Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı" (VIPP)' nın etkililiği test edilmek istenmiştir. Aşağıda araştırmanın hipotezleri sınanmıştır.

Video Geri Bildirimli Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı' nın anne duyarlılığı üzerinde çalışma grubu lehine fark beklenmektedir.

Müdahale programının ön test ve son test arasındaki farklılığın anlamlılığı test etmek amacıyla; tekrarlı ölçümler için varyans analizleri (repeated measures ANOVA) yapılmıştır. Bu analizlerde 2 (araştırma grubu) X 2 (zaman) karışık faktöriyel varyans analizi (mixed-factorial ANOVA) uygulanmış; araştırma grubu (çalışma ve kontrol) gruplar arası faktör, zaman (ön-test ve son-test) ise gruplar içi faktör olarak ele alınmıştır. Ayrıca etki büyüklüklerini belirlemek için Eta-kare () analizi de uygulanmıştır. Müdahale programının Anne Duyarlılık Ölçeği (ADÖ) çocuğu destekleme alt boyutu üzerindeki etkisi son test ölçümü ile incelendiğinde, zaman*grup etkileşiminin ADÖ "Çocuğu destekleme/Teşvik etme" puanları üzerinde etkisi anlamlı bulunmuştur [F (1,38) =6.70, p<.05, =.14]. Buna göre, çalışma grubunun son testten elde ettikleri ortalama (=18.80) ön testten elde ettikleri ortalamaya göre (= 13.00) daha yüksek iken, kontrol grubunda ön-testte (=13.75) ve son-testte (=13.75) puanlar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 8. Video Geri bildirimli Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programının Anne Duyarlılığı ve Ebeveyn-Çocuk Etkileşimine Etkisi

Değişkenler	Ön test		Son test		Müdahale Etkisi	
	Çalışma (Ss)	Kontrol (Ss)	Çalışma (Ss)	Kontrol (Ss)	Zaman * Grup	Etki Gücü ()
EÖYÖ	102.40 (9.63)	103.25 (8.88)	100.90 (10.43)	103.25 (5.53)	F (1,38) =.21	.01
YİYE II Kaygılı	2.78 (.77)	2.46 (.62)	2.73 (.72)	2.57 (.62)	F (1,38) =1.60	.04
YİYE II Kaçınmacı	2.28 (.93	2.12 (.81)	2.71 (1.02)	2.16 (.72)	F (1,38) =2.04	.05
Ebeveyn sıkıntısı	35.25 (10.02)	33.80 (8.18)	33.40 (10.78)	36.05 (4.31)	F (1,38) =.06	.00
Ebeveyn çocuk İlişki Bozulması	22.55 (6.11)	23.45 (5.62)	23.45 (7.13)	22.55 (3.20)	F (1,38) =1.54	.04
Zor Çocuk	25.95 (5.76)	26.60 (5.57)	27.65 (7.54)	27.25 (3.61)	F (1,38) =.33	.01
Ebeveynlik stresi	83.75 (17.12)	83.85 (14.17)	84.50 (21.39)	85.85 (7.57)	F (1,38) =.03	.00
ADÖ						
Çocuğu Destekleme	13.00 (3.91)	13.75 (2.67)	18.80 (2.95)	13.75 (2.67)	F (1,38) =6.20*	.14
İhtiyacını Karşılama	10.55 (3.86)	10.95 (2.67)	12.40 (3.25)	12.40 (2.14)	F (1,38) =.05	.00
Duygusal Sıcaklık	9.15 (4.02)	10.40 (2.16)	9.35 (3.66)	10.40 (2.16)	F (1,38) =1.37	.04
ADÖ Toplam	31.80 (10.10)	33.90 (6.12)	39.25 (7.19)	35.30 (5.52)	F (1,38) =.17	.00
PİKOLO						
Duygusal Yakınlık	8.45 (4.14)	9.10 (2.49)	9.30 (3.60)	9.15 (2.56)	F (1,38) =6.49*	.15
Duyarlılık	5.45 (3.33)	6.25 (2.40)	10.90 (2.25)	6.25 (2.40)	F (1,38) =64.52***	.63
Cesaretlendirme	6.50 (3.27)	6.65 (3.08)	10.55 (2.28)	6.75 (2.95)	F (1,38) =46.05***	.55
Öğretme	6.65 (3.98)	6.70 (3.99)	10.15 (2.68)	8.10 (3.75)	F (1,38) =10.49**	.22

*P<.05; **P<.01; *** P<.001

EÖYÖ = Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği, YİYE = Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri, ADÖ = Anne Duyarlılık Ölçeği, PİKOLO = Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Gözlem Formu

Video Geri Bildirimli Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı' nın çalışma grubu annelerinin anne- çocuk etkileşimi davranışlarından duygusal yakınlık, duyarlılık, cesaretlendirme ve öğretme davranışları üzerinde olumlu etkisi olması beklenmektedir.

Tablo 8'de VIPP programının Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Gözlem Formu (PİKOLO) duygusal yakınlık [F (1,38) =6.49, p<.05, =.15], duyarlılık [F (1,38) =64.52, p<.001, =.63]; cesaretlendirme [F(1,38)=46.05, p<.001, =.55] ve öğretme [F(1,38)=10.49, p<.01, =.22] alt boyutları üzerindeki etkisi son test ölçümü ile incelendiğinde, zaman*grup etkileşiminin puanları üzerindeki etkisi anlamlı bulunmuştur. Etki büyüklüğü d değerinin 0.2'den küçük olması durumunda, etki büyüklüğünün zayıf, 0.5 olması durumunda orta ve 0.8'den büyük olması durumunda ise kuvvetli olarak tanımlanabileceğini söylemektedir (Cohen, 1988).

Çalışma grubunun, duygusal yakınlık (=8.45; =9.30), duyarlılık (=5.45; =10.90), cesaretlendirme (=6.50; =10.55) ve öğretme (=6.65; =10.15) alt boyutlarında son testten elde ettikleri ortalama ön testten elde ettikleri ortalamaya göre daha yüksek iken, kontrol grubunda duygusal yakınlık (=9.10; =9.15), duyarlılık (=6.25; =6.25), cesaretlendirme (=6.50; =6.75) ve öğretme (=6.70; =8.10) alt boyutlarında puanlar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 8 incelendiğinde, araştırmanın ana amacının yanı sıra müdahale programının diğer değişkenler üzerindeki etkisinin test edildiği görülmektedir. Buna göre; müdahale programının Ebeveyn Öz yeterlik Ölçeği [F(1,38)=.21, p>.05, =.01], YİYE II Kaygılı boyutu [F(1,38)=1.60, p>.05, =.04], YİYE II Kaçınmacı boyutu [F(1,38)=2.04, p>.05, =.05], Ebeveyn sıkıntısı [F(1,38)=.06, p>.05, =.00], Ebeveyn-çocuk İlişkisinde Bozulma [F(1,38)=1.54, p>.05, =.04], Zor Çocuk [F(1,38)=.33, p>.05, =.01] ve Ebeveynlik stresi [F(1,38)=.03, p>.05, =.00], üzerindeki etkisi incelendiğinde, zaman*grup etkileşiminin puanlar üzerindeki etkisi anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 9. Çalışma Grubu için Değişkenler Arasındaki Korelasyon Katsayıları

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
1 Anne Eğitim düzeyi	-	,36	-,16	-,16	,17	,03	-,19	,06	-,10	-,13	,01	-,04	,26	,01	,27	-,28	,13	,00	,06	-,06	-,21	-,07	,01	,01	,21	-,08	,61**
2 Annenin Yaşı			-,25	-,20	-,06	-,40	,12	,15	-,03	,11	-,27	-,25	-,17	-,16	-,05	-,11	-,19	-,05	,00	,21	-,16	,01	-,23	-,18	-,09	-,30	,19
3 KMFSS				-,35	,33	,51*	,35	,11	-,07	,22	,22	,26	,01	,29	-,03	-,04	,40	,34	,49*	,47*	,19	,47*	,07	,16	-,32	-,01	-,21
ÖNTESTLER																											
4 EÖYÖ					-,42	-,05	-,58*	-,66**	-,32	-,68**	,08	-,15	-,06	,20	,19	,06	-,35	-,15	-,58*	-,74***	-,51*	-,72***	,24	-,16	,44	,62**	,09
5 YİYE II Kaygılı						,39	,44	,42	,26	,49*	,14	,21	,12	,03	-,01	-,18	,81***	,42	,68**	,52*	,51*	,70***	,03	,27	-,09	-,05	,10
6 YİYE II Kaçınmacı							-,01	,04	-,07	-,02	,30	,35	,34	,43	,29	-,35	,54*	,48*	,26	,14	,04	,19	,30	,33	,06	,21	,19
7 Ebeveyn ssıkıntısı								,42	,33	,85***	,07	,19	-,11	,10	-,15	-,03	,41	-,11	,70***	,49*	,28	,62**	-,13	,10	-,50*	-,25	-,16
8 Ebeveyn-çocuk İlişki Bozulması									,47*	,76***	,02	,17	,03	-,08	-,10	,10	,28	-,05	,27	,69**	,40	,51**	-,02	,18	-,02	-,22	-,05
9 Zor Çocuk										,70***	-,13	-,06	-,09	,12	,18	,00	,08	-,14	,19	,28	,42	,34	-,13	-,10	-,46*	,20	,23
10 Ebeveynlik stresi											,00	,15	-,09	,07	-,06	,02	,37	-,13	,57*	,63**	,45*	,66**	-,13	,09	-,45*	-,16	-,03
11 ADÖ Toplam												,78***	,75***	,63**	,50*	,24	,03	,06	-,13	-,11	-,25	-,19	,87***	,66**	,48*	,32	,29
12 P. Duygusal Yakınlık													,59**	,47*	,38	,12	,03	,22	,00	-,01	,06	,02	,70***	,95***	,38	,12	,27
13 P. Duyarlılık														,53*	,71***	-,11	-,03	,05	-,12	-,02	-,09	-,10	,64***	,53*	,46*	,25	,46*
14 P. Cesaretlendirme															,50*	-,17	-,02	-,25	-,02	,02	-,19	-,07	,47*	,26	,08	,62**	,26
15 P. Öğretme																-,09	-,18	,09	-,22	-,23	-,26	-,28	,55*	,30	,27	,46*	,80***
SON TESTLER																											
16 EÖYÖ																	-,13	-,06	-,29	-,18	-,13	-,25	,13	,05	,06	-,15	-,23
17 YİYE II Kaygılı																	-	,31	,73***	,35	,37	,61**	-,05	,05	-,22	-,13	-,04
18 YİYE II Kaçınmacı																		-	,18	,08	,12	,16	,15	,40	,06	-,15	,17
19 Ebeveyn sıkıntısı																			-	,53*	,60**	,89***	-,25	-,02	-,56*	-,31	-,14
20 Ebeveyn-çocuk İlişki Bozulması																				-	,51*	,78***	-,28	-,03	-,36	-,32	-,31
21 Zor Çocuk																					-	,83***	-,23	,15	-,34	-,20	-,25
22 Ebeveynlik stresi																						-	-,30	,04	-,52*	-,33	-,26
23 ADÖ Toplam																							-	,68**	,65**	,42	,47*
24 PİKOLO Duygusal Yakınlık																								-	,49*	,06	,31
25 PİKOLO. Duyarlılık																									-	,33	,29
26 PİKOLO Cesaretlendirme																										-	,34
27 PİKOLO Öğretme																											-

*p<.05; **p<.01; *** p<.001

Not . KMFSS=Kaba Motor Fonksiyon Seviye, EÖYÖ = Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği, YIYE = Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri, ADÖ =Anne Duyarlık Ölçeği, PİKOLO= Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Gözlem Formu

Tablo 10. Kontrol Grubu için Değişkenler Arasındaki Korelasyon Katsayıları

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
1 Anne Eğitim		,44	-,64**	,26	-,12	,03	-,13	-,34	-,30	-,33	,51*	,36	,09	-,13	-,07	,29	-,17	,06	-,17	-,25	-,07	-,24	,48*	,34	,09	-,07	-,02
2 Anne Yaşı			-,26	,31	,05	-,04	-,03	-,01	,02	-,01	,37	,23	,14	,22	,30	,32	-,06	-,11	,15	-,24	,39	,17	,38	,26	,14	,26	,38
3 KMFSS				-,01	,42	,26	,24	,47*	,23	,41	-,32	,09	-,20	-,08	,25	,14	,29	,15	,23	,38	,13	,35	-,34	,11	-,20	-,10	,06
ÖNTESTLER																											
4 EÖYÖ					,27	,15	,02	,09	-,26	-,05	,05	,03	-,21	-,39	,37	,84***	-,01	,17	-,26	,10	-,07	-,14	-,03	,00	-,21	-,39	,23
5 YİYE II Kaygılı						,48*	,60**	,37	-,06	,47*	-,22	-,10	,03	-,12	,40	,41	,90***	,45*	,25	,08	-,21	,07	-,29	-,09	,03	-,14	,29
6 YİYE II Kaçınmacı							,16	-,09	,00	,05	,08	,13	,05	-,05	,14	,43	,49*	,94***	,02	-,17	-,03	-,07	,06	,14	,05	-,10	-,01
7 Ebeveyn sıkıntısı								,24	,17	,74***	-,15	,15	-,10	-,24	,04	-,05	,47*	,13	,74***	,06	-,10	,40	-,26	,15	-,10	-,25	-,02
8 Ebeveyn-çocuk İlişki Bozulması									,53*	,74***	-,39	,12	-,03	-,26	,03	-,02	,30	-,12	,18	,77***	,27	,56**	-,42	,13	-,03	-,28	,09
9 Zor Çocuk										,70***	-,36	,43	,16	-,02	-,45*	-,29	-,07	-,06	,41	,38	,77***	,76***	-,35	,44	,16	-,07	-,42
10 Ebeveynlik stresi											-,38	,30	-,01	-,25	-,14	-,15	,36	,00	,66**	,49*	,35	,75***	-,46*	,31	-,01	-,28	-,14
11 ADÖ Toplam												,28	,38	,31	,04	,14	-,26	-,09	-,21	-,61**	-,11	-,43	,98***	,31	,38	,33	,04
12 PİKOLO Duygusal Yakınlık													,37	-,13	-,39	,03	-,16	,05	,28	,12	,46*	,43	,30	1,00***	,37	-,13	-,45*
13 PİKOLO Duyarlılık														,58*	-,06	-,17	,15	,00	-,19	-,33	,09	-,21	,42	,40	1,00***	,54*	-,02
14 PİKOLO Cesaretlendirme															,33	-,22	-,03	-,08	-,12	-,48*	-,05	-,29	,33	-,09	,58*	,99***	,41
15 PİKOLO Öğretme																,47*	,27	,15	-,22	-,09	-,33	-,32	-,01	-,37	-,06	,33	,92***
SON TESTLER																											
16 EÖYÖ																	,16	,37	-,27	-,11	-,05	-,23	,08	,01	-,17	-,21	,28
17 YİYE II Kaygılı																		,49*	,18	,04	-,24	,00	-,27	-,15	,15	-,05	,24
18 YİYE II Kaçınmacı																			-,07	-,06	-,18	-,15	-,10	,04	,00	-,14	,02
19 Ebeveyn sıkıntısı																				,09	,30	,75***	-,24	,29	-,19	-,10	-,18
20 Ebeveyn-çocuk İlişki Bozulması																					,16	,55*	-,60**	,09	-,33	-,50*	-,02
21 Zor Çocuk																						,72***	-,05	,48*	,09	-,06	-,30
22 Ebeveynlik stresi																							-,41	,43	-,21	-,30	-,25
23 ADÖ Toplam																								,33	,42	,35	,02
24 PİKOLO Duygusal Yakınlık																									,40	-,09	-,43
25 PİKOLO Duyarlılık																										,54*	-,02
26 PİKOLO Cesaretlendirme																											,43
27 PİKOLO Öğretme																											

*p<.05; **p<.01; *** p<.001

Not . KMFSS=Kaba Motor Fonksiyon Seviye, EÖYÖ = Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği, YIYE = Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri, ADÖ =Anne Duyarlık Ölçeği, PİKOLO= Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Gözlem Formu

3.1.2. Çalışma ve kontrol grubuna ait değişkenler arası Pearson Korelasyon Analizleri

Araştırmanın diğer sorularını yanıtlamak amacıyla çalışma ve kontrol grubunun demografik özellikleri (annenin eğitim düzeyi, annenin yaşı ve Kaba Motor Gelişim Düzeyleri) ile Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği, YİYE II kaygılı , YİYE II kaçınmacı boyutları, Ebeveynlik stresi ve alt boyutları (Ebeveyn sıkıntısı, Ebeveyn Çocuk İlişkisinde Bozulma, Zor Çocuk) , Anne Duyarlılık Ölçeği (ADÖ), PİKOLO Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Gözlem Formu duygusal yakınlık, duyarlılık, cesaretlendirme ve öğretme alt boyutları puanları arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile çalışma ve kontrol grupları için ayrı ayrı hesaplanmış, Tablo 8 ve Tablo 9'de sunulmuştur. Sonuçlar aşağıda maddeler halinde verilmiştir;

- Çalışma grubu annelerinin eğitim düzeyi ile PİKOLO Öğretme son test puanları arasında pozitif yönde (r=.61; p<.01) bir ilişki görülmektedir.
- Kontrol grubu annelerinin eğitim düzeyi ile Anne Duyarlılık Ölçeği ön test (r=.51; p<.05), ADÖ son test (r=.48; p<.05) puanları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.
- Çalışma ve kontrol grubu annelerinin yaşları ile Anne Duyarlılık Ölçeği puanları ve PİKOLO puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır.
- Kontrol grubunda bulunan serebral palsili çocukların kaba motor fonksiyon seviyeleri ile ebeveyn çocuk ilişki bozulmasında ön test (*r*=.47; *p*<.05) puanları arasında pozitif yönde ilişki bulunurken, ebeveynlik stresi, ebeveyn sıkıntısı ve zor çocuk alt boyutlarında ilişki saptanmamıştır.
- Çalışma grubu annelerinin Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği ön test toplam puanları ile PİKOLO ebeveyn çocuk etkileşimi ölçeği alt boyutlarından cesaretlendirme son test (r=.62; p<.01) puanları arasında pozitif yönde ilişki gözlenirken, kontrol grubu annelerinin Ebeveyn Öz Yeterlik puanları ile Anne Duyarlılık Ölçeği puanları ve PİKOLO Ebeveyn Çocuk Etkileşimi Ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

- Anne duyarlılığı ve anne -çocuk etkileşimi ile Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II (YİYE II) kaygılı ve YİYE II kaçınmacı boyutları arasında ilişki bulunmamıştır.
- Çalışma grubu annelerinin YİYE II kaygılı boyutu ön test puanları ile ebeveynlik stresi ön test (r=.49; p<.05), puanları arasında pozitifi ilişki bulunmuştur.
- Çalışma grubu annelerinin YİYE II kaygılı boyutu ön test puanları ile ebeveynlik stresi ve tüm alt boyutları (ebeveyn sıkıntısı, ebeveyn çocuk ilişkisinde bozulma, zor çocuk) (sırasıyla; r=.70; p<.05; r=.68; p<.01; r=.52; p<.05;) son test puanları arasında pozitif yönde bir ilişki görülmektedir.
- Kontrol grubundaki annelerin ise YİYE II kaygılı boyutu ile ebeveynlik stresi ön test (*r*=.47; *p*<.05) ve alt boyutlarından sadece ebeveyn sıkıntısı ön test (*r*=.60; *p*<.01) arasında pozitif yönlü ilişki görülmektedir.
- Çalışma grubu annelerinin ebeveynlik stresi alt boyutları ile ADÖ ve PİKOLO alt boyutları arasında; ebeveyn stresi ön test puanları ile PİKOLO duyarlılık (r=.50; p<.05) son test puanları arasında pozitif yönde; zor çocuk ön test puanları ile PİKOLO duyarlılık son test (r=.46; p<.05) puanları arasında pozitif yönde; ebeveynlik stresi ön test puanları ile PİKOLO duyarlılık son test puanları (r=.45; p<.05) puanları arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır.
- Kontrol grubu annelerinin ebeveynlik stresi alt boyutlarından zor çocuk ön test puanı ile PİKOLO öğretme ön test (*r*=-.45; *p*<.05) puanları arasında ve ebeveynlik stresi ön test ile Anne Duyarlılık Ölçeği son test (r=-.46; p<.05) puanları arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır.

3.2. Yorumlar

Bu çalışmada, VIPP Programının serebral palsili çocuk annelerinin anne duyarlılığı ve anne-çocuk etkileşimi üzerindeki etkisi incelenmiştir. Ayrıca anne duyarlılığı ile ebeveyn öz yeterlik düzeyleri, ebeveynlik stresi ve annelerin bağlanmanın kaçınmacı ve kaygılı boyutları arasındaki ilişkilerin anlamlılık düzeylerine bakılmıştır. Bu bölümde elde edilen veriler bulgular kısmında yer alan analizler ışığında yorumlanmıştır.

Araştırma grubu için gruplar arası farklılıklar olup olmadığını tespit etmek ve VIPP programının son testler üzerindeki etkililiğini sınamak amacıyla bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. Demografik değişkenler ve ön testler gruplar arası karşılaştırma sonuçlarına göre çalışma ve kontrol grubu arasında farklılık olmadığı görülmektedir. Bu sonuçlar VIPP programı uygulama öncesinde grupların benzeşik olduğunu göstermektedir. Annelerin eğitim düzeyleri ve yaşları her iki grupta da benzerdir.

Çocukların kaba motor fonksiyon seviyelerinin ortalamaları ($\bar{x}_{çal.}$ = 3,15; $\bar{x}_{kont.}$ = 3,65) arasında gruplar arası fark bulunmamaktadır. Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemine (KMFSS) göre araştırma grubundaki çocukların kaba motor seviyelerinin ortalaması III. ve IV. seviye olduğu görülmektedir. İki yaşın altında olan çocuklarda III. seviyede oturabilir, dönebilir ve karın üstü sürünebilirler. IV. Seviyede ise baş kontrolü var, sırtüstü ve yüzüstü dönebilirler (Wood ve Rosenbaum, 2000). 2-4 yaşındaki çocuklarda ise seviye III'de oturma pozisyonuna geçmek için yetişkin yardımı gerekir, "W" pozisyonunda oturabilirler, yürüteçle yürüyebilirler. Seviye IV'de ise otururken desteklenmeye ihtiyaçları vardır. Karın üzerinde sürünebilirler, resiprokal bacak hareketleri olmadan emekleyebilirler.

Araştırmanın hipotezleri ve soruları aşağıda maddeler halinde yorumlanmıştır.

Video Geri Bildirimli Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı'nın anne duyarlılığı üzerinde çalışma grubu lehine fark beklenmektedir.

Çalışmada gruplar arası son testler karşılaştırıldığında Anne Duyarlılık Ölçeği toplam puanında çalışma grubu lehine anlamlı fark bulunmamıştır. Anne Duyarlılık Ölçeği (ADÖ), anne duyarlılığını "çocuğu destekleme/teşvik etme", "çocuğun ihtiyacını karşılama" ve "duygusal sıcaklık" alt boyutlarından alınan puanların toplamı ile ölçmektedir. Anne Duyarlılık Ölçeğinin alt boyutlarında etkisinin olup olmadığına bakıldığında ise VIPP programının Anne Duyarlılık Ölçeği "Çocuğu destekleme / Teşvik etme" alt boyutu üzerindeki zaman*grup etkileşiminin etkisi anlamlı bulunmuştur. Müdahale programın annelerin çocuğu destekleme ve teşvik eme davranışları üzerinde Cohen's etki büyüklüğü .14 olarak bulunmuştur. Bu sonuç, VIPP programının anne duyarlılığının alt boyutlarından çocuğu destekleme/teşvik etme davranışlarında güçlü bir etki ile olumlu etkisi olduğunu göstermektedir.

Anne Duyarlık Ölçeğin toplam puanını ile ölçülen anne duyarlılığı üzerinde programın etkisinin anlamlı değişiklik göstermemesine gözlemlerin yapıldığı ortamın etkisi olduğu düşünülmektedir. ADÖ nün değerlendirilmesi ve gözlemlenmesinin ev ortamında yapılması önerilmektir. Bu çalışmada anne çocuk davranışları merkez ortamında ve araştırmacıya ayrılan oyun-görüşme odasında yapılmıştır. Bu ortamın annelerin davranışlarını etkilediğini, çocukları ile daha resmi ve kısmen yakınlıktan uzak bir şekilde etkileşime girdikleri olasılığını akla getirmektedir. Gözlemin ev ortamında yapılması ölçeğin maddelerinin gözlenmesinde farklılık yaratacağı düşünülmektedir.

Ayrıca, VIPP programı video kayıtlar üzerinden verilen bir program olması nedeniyle ve annelerin çekim yapıldığı sırada uzman tarafından gözlemlendiğini bilmeleri çocuklarıyla olan doğal etkileşimlerini engellemiş olabileceği ihtimalini düşündürmektedir. Bir kısım anne, video çekimine alışık olmadıklarını ve hata yapmaktan çekindiklerini bu nedenle çocukları ile oynamaları istendiğinde kontrollü davrandıklarını ifade etmişlerdir. Anne duyarlılığını ölçmede değerlendirilen duygusal sıcaklık, çocuklarına sarılma, öpme gibi davranışları da içermektedir. Buna karşın annelerin kendilerini gözlem altında hissetmeleri nedeniyle annelerin bu davranışları

yapmadıkları fark edilmiştir. Bu durum anne duyarlılığının gözlenebilir davranışların sergilenmesinde bir etken olabileceği düşünülmektedir.

VIPP-V müdahale programlarının anne duyarlılığına etkinliğinin araştırıldığı Platje ve ark., (2018) çalışmasında, 1-5 yaş arası görsel ve/veya görsel ve öğrenme güçlüğü olan çocuklar ve anneleri katılmışlar. 77 (37 kontrol, 40 deney) anne çocuk çifti ile yapılan uygulamanın anne duyarlılığı ve ebeveyn-çocuk etkileşimine etkisi bulunmamış ve bunun görsel ve öğrenme güçlüğü olan çocukların ebeveynlerinin bağlanmaya dayalı müdahale programlarına daha az ihtiyaç duyabileceklerini ve programın etkililiğinin çocuğun problem davranışına ve ailenin beklentilerine göre değişiklik göstereceğini ifade edilmiştir. Programın etkinliği ise ebeveyn öz yeterliği puanlarını üzerinde bulunmuştur. Annelerin ebeveyn davranışlarını daha olumlu algıladıkları ve deneyimledikçe daha duyarlı davranacakları ve ebeveyn çocuk etkileşimine olumlu etkisi olacağı belirtilmiştir.

Jankowska ve ark., (2015), serebral palisli çocuk ve annelerinin çocuklarının teşhislerine aşırı derecede odaklanmış olmaları nedeniyle çocuklarına mümkün olduğunca yoğun rehabilitasyon ve terapi aldırma çabaları olduğu belirtmektedir. Bu annelerin sorun odaklı yaklaşımları, aşırı korumacı ebeveynlik stilleri çocuklarının psikolojik ihtiyaçları karşılamalarını önemli ölçüde sınırlamaktadır. Bu çalışmada da annelerin sorun odaklı oldukları ve eğitim ve terapilerin direkt çocukları ile yapılması konusunda düşünceleri olduğu gözlenmiştir. Annelerden birisi kendisine verilen eğitimin zaman kaybı olduğunu, çocuğu ile ilgilenilmesini daha çok istediğini ifade etmiştir. Bu durumda annelerin programdan beklentilerinin programın duyarlılık üzerindeki etkisini ortaya çıkartmada belirleyici olduğu söylenebilir.

Poslawsky ve arkadaşlarının (2015), VIPP-AUTI* için otizmli çocuk ve anneleri ile yaptıkları çalışmada benzer şekilde; VIPP programı sonrasında annelerin öz yeterlik düzeylerinde artma görülürken, ebeveyn duyarlılığında, çocukla etkileşimli davranışlarında ve müdahale sonrası ebeveynler tarafından bildirilen günlük zorluklarda gruplar arası farklılık bulunmamıştır.

Orta (2015), Türkiye VIPP-SD programı ilk kez Türk örneklemi ile normal gelişim gösteren çocuk ve anne çiftlerine uyguladığı çalışmasında Anne Duyarlılık Ölçeği

ile gözlenen duyarlılık davranışlarında etkisi olduğunu ancak Anne Davranışlarını Sınıflandırma Seti (ADSS) ile ölçülen duyarlı davranışlarda anlamlı bir etki belirtmemiştir. Bu durumu az riskli grupların başlangıçta anne duyarlılığı düzeylerinin yüksek olması ile ilişkilendirilmiş ve davranış sorunları olan ailelerde müdahalenin etkisinin artacağı şeklinde yorumlanmıştır (Orta, 2015).

Serebral palsili bir çocuğa sahip olan anneler çocuklarının fiziksel gelişimlerine ve motor yeteneklerinin desteklenmesine odaklanmaktadırlar. Çocuklarının yürümesi, ellerini kullanabilmesi (Demircioğlu, Atılgan, ve Tarakcı, 2018b) ailelerinin öncelikli hedefleri arasındadır. Ailelerin rehabilitasyon ve müdahale programlarından beklentisi, direkt olarak çocuklarına yönelik eğitim ve rehabilitasyon olmasının yanı sıra sosyal ve finansal desteklere ihtiyaçlarının ön planda olması yönündedir. Serebral palsili çocuk ve ailelerinin ihtiyaç duydukları destekleri tespit etmek amacıyla Karadağ ve arkadaşları (2015), yaptıkları çalışmada ailelerin ihtiyaçları ve çevresel faktörleri incelemişlerdir. Aileler en fazla ihtiyaç duydukları şeylerin çocuklarının durumu hakkında bilgi edinmenin yanı sıra, ekonomik ve sosyal destek olduğunu belirtmişlerdir. Ailelerin müdahale programlarından neler bekledikleri doğrultusunda programlardan yararlanma düzeylerini etkilediğini düşünülmektedir.

Bu çalışmada VIPP programının Anne Duyarlılık Ölçeği ile ölçülen davranışlardan "Çocuğu destekleme / Teşvik etme" alt boyutu üzerindeki zaman*grup etkileşiminin etkisi anlamlı bulunmuştur. Serebral palside fiziksel yetersizliklerden dolayı çocuklar bir aktiviteyi başlatma ve devam ettirme de zorluk yaşamaktadırlar. Özellikle oyuncakla oynarken, oyuncağı kavrarken oldukça yavaş ve beceriksiz olabilirler. Kaslardaki kasılmalar ve tutuş bozuklukları nedeniyle oyun oynarken bağımsız olmakta zorlanabilirler. Oyuncaklarla oynayabilmeleri için sözel -fiziksel desteğe ihtiyaçları olmanın yanısıra fırsat ve zaman tanınmaya da ihtiyaçları vardır. VIPP geri bildirimlerinde özellikle serebral palsili çocukların bu gelişimsel özellikleri annelere anlatılmış ve "Çocuk adına konuşma" mesajlarında çocukların desteğe ve cesaretlendirilmeye ihtiyaçları olduğu vurgulanmıştır.

Video Geri Bildirimli Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programının çalışma grubu annelerinin anne- çocuk etkileşimi alt boyutlarından duygusal yakınlık, duyarlılık, cesaretlendirme ve öğretme davranışları üzerinde olumlu etkisi olması beklenmektedir.

Ebeveyn Çocuk Etkileşim Ölçeği (PİKOLO), gözleme dayalı "duyarlılık" ve "cesaretlendirme" alt boyut puanları açısından çalışma ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır . VIPP programı sonrasında çalışma grubu annelerinin PİKOLO ile gözlenen anne çocuk etkileşim davranışlarından duyarlılık ve cesaretlendirme puan ortalamaları çalışma grubu lehine anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, VIPP programının PİKOLO ile ölçülen annelerin duyarlılık ve çocuğu cesaretlendirme davranışları üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir.

VIPP programının PİKOLO Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Gözlem Formu duygusal yakınlık, duyarlılık, cesaretlendirme ve öğretme alt boyutları son test ölçümü ile incelendiğinde, zaman*grup etkileşiminin etkisi anlamlı bulunmuştur. Cohen's etki büyüklüğü, müdahale programının annelerin duygusal yakınlık (0.15), duyarlılık (0.63), cesaretlendirme (0.55) ve öğretme (0.22) davranışları üzerinde kuvvetli bir etkisi olduğu göstermektedir.

VIPP programının duyarlılık temalı geri bildirimleri, "Tek başına oyun" sırasında müdahale etmeden çocuğu destekleme," Birlikte oyun" sırasında çocuğun isteklerini izleme ve keşfetme davranışları ile etkileşime girme çabalarını fark etme, çocuk açısını alabilme (empati) ve çocuğun işaretlerini duyarlı bir şekilde cevaplayabilme yönündedir. Bu geri bildirimlerin annelerin destekleme ve cesaretlendirici davranışlarını arttırıcı etkisi olduğu söylenebilir.

Çalışmaya katılan anneler programın video geri bildirimli olması sayesinde çocuklarının ihtiyaçlarını fark ettiklerini ve özellikle çocuklarının keşfetme davranışları hakkındaki geri bildirimlerde müdahil olma yerine onları desteklemeleri konusunda farkındalıklarının arttığını ifade etmişlerdir. Çalışma grubunda annelerin sıklıkla gözlemlenen müdahale davranışları ise; çocukları oyuncaklarla oynarken sık sık "sağ / sol elini kullan (cici elini), güzel tut, başını kaldır, dik otur" gibi duruş, oturuş ve tutuş pozisyonlarını düzeltme çabaları ve çocukları zorlandığında çocuklarına zaman

tanımayıp kendilerinin destek vermeleridir. (Örneğin; bul tak gibi oyuncakla oynarken zorlandıkları anda anneler derhal müdahale etmişlerdir). Anneler çocuklarına fırsat vermeleri açısından izledikleri kayıtlarda gözledikleri müdahaleci davranışlarını engellemeye çalışmışlardır.

Balldin ve arkadaşları (2016), video geri bildirimli programların anne duyarlılığı ve çocukların davranışları üzerindeki etkililiğini araştıran 27 çalışmanın sonuçlarını yorumladıkları çalışmalarında, video geri bildirimli programların annelerin duyarlılığını arttırma ve ebeveynlik davranışlarını desteklemede ve çocukların davranışlarında olumlu değişiklikler yönünde etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Bu çalışmada anneler video kayıtlarını izlerken çocuklarının motor yetenek kapasitelerini daha iyi gözlemlemiş ve hareket kısıtlılıklarından dolayı zamana ihtiyaçları olduğunu, aktivitesini tamamlaması için fiziksel müdahalelerden kaçınmaları gerektiğini fark ettiklerini belirtmişlerdir. Müdahale programının içeriği olarak çocuk adına konuşma, annelerin empati kurma ve çocuğun açısından bakabilmeyi hedeflemekte böylelikle annelerin duyarlı davranışlarını arttırma da etkisi olduğu düşünülmektedir.

Müdahale programının etkisi son testlerde annelerin duygusal yakınlık ve öğretmeye yönelik davranışlarında fark anlamlı bulunmamıştır. Duygusal yakınlık annelerin çocuklarına övücü ve olumlu ifadelerle (tatlım, balım gibi) hitap etmesi, şefkatli ve yumuşak ses tonu kullanması gibi sıcaklık içeren davranışları değerlendirmektedir (Bayoğlu ve ark., 2013). Müdahale programının dayandığı nokta duygusal yakınlık arttırmaya ve öğretmeye yönelik olmadığı ve anne çocuk arasındaki ilişkinin niteliğinden ziyade çocuğun ihtiyaçlarını ve işaretlerini doğru okuması ve uygun karşılık vermesi yönünde duyarlılığı artırmaya yönelik olması nedeniyle bu alanlarda fark görülmemesi beklenen bir sonuçtur.

Araştırma grubu annelerin yaş ve eğitim düzeyleri ile anne duyarlılığı ve anne/çocuk etkileşimi arasında ilişki var mıdır?

Araştırma sorusu kapsamında yaş değişkeni ile duyarlı davranışlar arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş değişkeni ve annelerin duyarlı davranışları arasında ilişki bulunmamıştır. Araştırmanın örneklem sayısının az olması bu sonuca neden olduğu, daha büyük örneklem grubu ile yapılacak çalışmalarda farklı sonuçlar çıkabileceği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra yaş değişkeninin tek başına annenin duyarlı davranışları ile ilişkisi olmadığı, yaş ve sosyoekonomik düzey, yaş ve yaşam doyumu, yaş ve aile işlevler ve algılanan destek gibi değişkenler ile duyarlı davranışlarla arasında ilişki olabileceği akla gelmektedir.

Culp ve ark., (1988); Culp, Culp, Osofsky ve Osofsky, 1991; Garcia Collet ve ark., 1986; Sommer ve ark., (1993), Genç anneler ve ileri yaşlardaki annelerin duyarlı davranışları üzerine yapılan araştırmalarda birbirinden farklı sonuçların bulunduğu görülmektedir. Bazı araştırmalar, genç annelerin çocuklarına karşı daha büyük annelere göre daha az duyarlı davrandığını, Field, ve ark. (1980) bazıları ise, genç ve yaşlı anne arasında hiçbir fark olmadığını bildirmektedir. Yine bazı araştırmalar, Ragozin, Basham, Crnic, Greenberg ve Robinson, (1982), anne yaşının çocuğun doğum sırası aile işlevleri ve annelerin etnik kökenleri gibi diğer faktörlerle etkileşim içinde olduğunu belirtmektedir (akt. Berlin ve ark., 2002).

Amerika Birleşik Devletleri'nde Head Start programı kapsamında düşük sosyo ekonomik düzeyde üç farklı etnik kökenli (Beyaz, Latin ve Afrikan-Amerikan) 1702 anne-çocuk çifti ile yapılan bir çalışmada; genç annelerin bebeklerine karşı daha yaşlı annelere göre daha az destekleyici, daha müdahaleci ve daha olumsuz/düşmanca olduklarını (mesafeli değil) belirtilmiştir (Berlin, Brady-Smith, & Brooks-Gunn, 2002).

Yıldırm ve ark (2012) tarafından özel gereksinimli çocuk ve anneleri ile yapılan bir çalışmada ise anne yaşının duyarlı davranışlar ile değil, kaygı ve depresyon düzeyi ile ilişkisi olduğu vurgulanmıştır. Dereli ve Okur, 2008), tarafından yapılan bir başka çalışmada ise annenin yaşı ile depresyon düzeyi arasında ilişki olmamasına rağmen 20-30 yaş grubundaki ebeveynlerin daha yüksek depresyon puanına sahip olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar özel gereksinimli çocuğu olan annelerin yaş değişkenin duyarlı

davranışlar üzerinde doğrudan etkili olmadığını buna karşın stres ve kaygı düzeyleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Barnett, (2008), tarafından yapılan annelerin yaşı ve ebeveynlik davranışlarını inceleyen araştırmada da benzer sonuç bulunmuştur. Üç kuşağın bir arada yaşadığı ailelerde, 17 yaş altındaki annelerin yaş ve duyarlı davranışlar arasında bir ilişki bulunmazken, psikolojik sorunlar ve stres ile anne duyarlılığı arasında negatif bir ilişkiden bahsedilmiştir

Annelerinin eğitim düzeyleri ile anne duyarlılığı arasında çalışma grubu annelerinin Anne Duyarlılık Ölçeği puanlarına göre anlamlı bir ilişki bulunmamış, kontrol grubu annelerinin Anne Duyarlılık Ölçeği ön test son test puanları arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.

PİKOLO Ebeveyn-Çocuk Etkileşimi gözlem formu ile gözlenen davranışlardan "öğretme" alt boyutu ile çalışma grubu annelerinin eğitim düzeyleri arasında son testte pozitif yönde ilişki, bulunmuştur.

Araştırmada uygulanan VIPP programı annelerin özellikle öğretme davranışlarını desteklemeye yönelik geribildirimler içermemektedir. Bu etkinin program dışında çocukların devam ettiği rehabilitasyon ve özel eğitim programlarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ülkemizde özel gereksinimi olan çocukların rehabilitasyon programları özel rehabilitasyon merkezlerinde özel eğitim öğretmenleri, konuşma terapistleri, ergoterapist, psikolog ve fizyoterapistlerden oluşan ekip tarafından yürütülmektedir. Serebral palsinin rehabilitasyonunda ailenin etkisinin çok önemli olduğu ve rehabilitasyon ekibinin bir parçası gibi hareket etmesi gerektiği düşünülmektedir (Günel, 2011).

Araştırmaya katılan anneler çalışmaya devam ettikleri süre içerisinde çocuklarının Özel Türkiye Spastik Çocuklar Vakfı (TSÇV) Aile Danışma Merkezi'ndeki rehabilitasyon ve eğitim programlarına devam etmişlerdir. Terapistler ve eğitimciler genellikle ev ödevleri vererek aynı çalışmaları annelerin evde yaptırmalarını istemektedirler. Çalışma dışında devam ettikleri bu programların annelerin öğretme davranışlarının artmasına neden olduğu da tahmin edilmektedir.

Çalışma grubu annelerinin eğitim düzeyi ile öğretme davranışlarında pozitif yönlü ilişkide müdahale programının etkisinin beklenmemesine rağmen bu sonucun eğitim düzeyi yüksek annelerin çocuklarını akademik alanda destekleme çabalarının yüksek olmasının nedeni olduğu düşünülebilir. Serebral palsili çocuklar akademik başarı açısından son derece yüksek risk altındadır. Erken çocukluk döneminde gelişimsel ve sosyal duygusal sorunları ele almak yerine akademik alandaki başarıyı desteklemek annelerin hedefi haline gelmektedir (Rani, Tripathi, ve Shailly, 2014). Aileler çocuklarının yürümesi ve bağımsız hareket etmesini öncelikli hedef olarak görseler de yaşları büyüdükçe okul ile ilgili kaygıları artmaktadır. Okula başlayacaklar mı? Okulda başarılı olacak mı gibi kaygılarla çocuklarını okula hazırlamak çabasını göstermektedirler.

Safe ve ark (2012) ve Tsai ve ark., (2008)na göre Otizmli çocukların anneleri çocuklarının gelişimsel ve dil alanlarına destek olmak amacıyla daha çok öğretmen ve terapist rolü üstlenmektedirler ve çocuklarıyla oyun oynamak yerine öğretme aktivitelerini tercih ettiklerini belirtmektedir (akt: Poslawsky ve ark., 2015).

Eğitim düzeyi yüksek annelerin çocuklarının durumunu kabul etmekte daha başarılı oldukları ifade edilmektedir. Eğitimli anneler çocuklarının tedavisi ve yönetimi için doğru kaynakları seçebildiği, doktor, psikolog, fizyoterapist gibi rehabilitasyon ekibi ile çocuğunun terapisi konusunda daha iyi iş birliği yapabildiği ve rehabilitasyon programını kendilerinin dahil olduğu, gerektiğinde programı evde kendilerinin de terapist gibi uyguladıkları ifade edilmektedir (Krstić, Batić, Mihić, ve Milankov, 2016). Bu da annelerin öğretme öncelikli davranışlarını arttırmaya etki ettiğini düşündürebilir.

Serebral palsili çocukların kaba motor gelişim seviyeleri ile annelerin deneyimlediği stres arasında bir ilişki var mıdır?

Araştırmaya katılan annelerin deneyimledikleri ebeveynlik stresi Ebeveynlik Stres Ölçeği – Kısa Formu ile 3 alt boyutta (Ebeveyn-çocuk İlişkisinde bozulma, Zor çocuk ve Ebeveyn sıkıntısı) ölçülmüştür. Çalışma grubundaki çocukların kaba motor fonksiyon seviyeleri ile annelerin ebeveynlik stresi arasında ön testlerde bir ilişki bulunmazken, son testlerde ebeveynlik stresi, ebeveyn- çocuk ilişkisinde bozulma ve

ebeveynlik sıkıntısı alt boyutlarında pozitif yönde bir ilişki gözlenmiştir. Zor çocuk alt boyutunda ise ilişki bulunmamıştır.

VIPP programının temel yapısı, anne/çocuk etkileşim halinde çekilen video kayıtlarının anne ile izlenerek geri bildirimlerde bulunulması şeklindedir. Anneler böyle bir çalışmaya ilk kez katıldıklarını ve çocukları ile oynarken kendilerini ilk kez izlediklerini belirtmişlerdir. Bu deneyim annelerin çocuklarının fiziksel durumlarını dışarıdan bir gözle görüp, tahminlerinden daha bağımlı olduklarını fark etmelerine neden olmuştur. Bu durum video geri bildirimli programın serebral palsili çocukların ebeveynlerinde öngörülmeyen bir etkisini ortaya çıkarmaktadır. Çocuklarının tahminlerinden daha ağır ve bağımlı oldukları görmenin ve yetersizliklerini fark etmenin anneler için stres arttıran bir faktör olduğu düşünülmektedir. Çalışma grubundaki bir anne duygularını şöyle ifade etmiştir;

- Videoyu ilk izlediğimde kendimi çok acemi gördüm. Hem anne hem fizyoterapist hem eğitmen olmaya çalışan ama hiçbirisi olamayan orada kalmış bir kadın. Ayrıca ilk defa dışarıdan kendimi izleme fırsatı buldum ve bu resme dışardan baktığımda çocuğunun özel durumu bir kez daha beni üzdü. Yaşarken hissettiklerimizle izlerken hissettikleriniz kıyaslanamaz fakat her türlü tarifsiz bir acı (S.C).

Araştırmada ön test ve son test arasında geçen sürede çocukların büyümeleri ve yaşıtlarıyla olan gelişimsel farkın artmasının yarattığı farkındalık ebeveynlik stresini arttırdığına neden olduğu düşünülmektedir. Bristol, (1979) ve Farber (1959), stresle ilişkili görünen önemli bir boyutun, engelli çocuğun yaşı olduğunu belirtmişlerdir. Çocuğun yaşı büyüdükçe beklenen becerileri yapamaması, özellikle motor hareketlerdeki bağımlılığın yaşla birlikte artmasının ailede stresi arttıran bir etken olduğu ifade edilmektedir. Yaş ilerledikçe engelli çocuğu idare etmek daha zor hale gelir ve çocuk ile yaşıtları arasındaki farklar daha belirgin hale gelir. Bu durum ebeveyn stresi ile ilişkilendirilmiştir (akt. (Gallagher ve ark.,1983),

Annelerin yaşadığı stresin diğer bir kaynağı da ebeveynlik sorumluluklarının yanı sıra çocuğunun da ihtiyaçlarının yaşla birlikte artması, kendini yetersiz hissetmesi olduğu, aile bireylerinin desteği ve algıladığı sosyal destek gibi faktörler olduğu söylenebilir. Araştırmada annelerin bir kısmı video kayıtları izlerken çocuklarıyla olan

etkileşimlerinde kendi davranışlarını beğenmemişler ve kendilerini yetersiz bulmuşlardır. Tüm bu duygular araştırma grubu için annelerin ebeveynlik stresini arttıran faktör olarak düşünülebilir. Kaytez ve ark., (2015), özel gereksinimi olan çocuğa sahip ailelerde annelerin ebeveynlik stresinin destek mekanizmaları (sosyal, ekonomik), yeterli bilgiye ulaşamama, rehabilitasyon sürecine dahil olamama ve aile işlevlerinden kaynaklandığı da belirtilmektedir.

Bu bulguların dışında araştırmanın diğer bir bulgusu Ebeveynlik Stres Ölçeğinin zor çocuk alt boyutunda ebeveynlik stresi ile bir ilişkinin bulunmamasıdır. Ölçeğin Zor Çocuk alt boyutu, çocukları ile yaşadıkları fiziksel zorlanmaları değil çocuklarının davranışlarını (*Çocuğum genellikle sabahları ters tarafından kalkar, Evladım canımı sıkacak şeyler yapar gibi)* değerlendirmektedir. Çalışmaya katılan çocukların yaşları 14-48 ay arasındadır. Araştırmaya katılan anneler çocuklarının davranışlarını bir sorun olarak görmediklerini ifade etmişlerdir. Küçük yaşlarda fiziksel bağımlılık ve diğer gelişimsel sorunlar anneler tarafından sorun olarak algılanmamaktadır. Bu yaşlarda çocuklar rahatça kucakta veya çocuk arabasında taşınabilmekte ve beslenme, temizlik ve bakım gibi ihtiyaçları anneler tarafından zorluk yaşanmadan karşılanabilmesi nedeniyle anneye fiziksel bir yük de getirmemektedir.

Parkes ve ark (2011), serebral palsili çocukların annelerinin ebeveynlik stresini araştırdıkları çalışmasında ebeveynlik stresi ile çocukların KMFSS ile belirlenen kaba motor fonksiyon seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çocukların kaba motor seviyelerinin çocuğun davranış sorunlarıyla birleştiğinde stres üzerinde daha etkili olduğu belirtilmiştir. Alanda çalışan meslek elemanlarının yalnızca çocuğun motor bozukluğunun şiddetine dayanarak ebeveyn stresini değerlendirmemek gerektiğini, eşlik eden bozuklukların dikkate alınması gerektiği ifade edilmiştir.

Literatürde çocukların KMFSS düzeylerinin özellikle ebeveyn-çocuk ilişkisinde bozulma boyutunda anlamlı ilişki bulunan araştırmalarda mevcuttur (ör. Avcı, Fener, ve Mutlu, 2021; Park ve ark.., 2012).

Ribeiro ve ark., (2014) tarafından yapılan çalışmada bu bulguyu destekler niteliktedir. Serebral palsili çocuklarda ailelerin zorlandıkları davranış problemleri çocukların yaşları büyüdükçe daha fazla görülmektedir. Büyük yaşlarda Serebral palsili

çocuğu olan annelerin zor çocuk alt boyutunda küçük çocuğu olan annelere görece daha fazla stres yaşadıkları bu çalışmada belirtilmiştir.

Serebral palsili çocuğu olan annelerin bağlanma stillerinden kaygılı ve kaçınmacı boyutları ile anne duyarlılığı ve anne/çocuk etkileşimi arasında ilişki var mıdır?

Bu çalışmada serebral palsili çocuğu olan annelerde bağlanma stillerinden kaçınmacı ve kaygılı alt boyutları ile anne duyarlılığı ve anne/çocuk etkileşimi arasındaki ilişki incelenmiştir. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri (YİYE II) kaygılı ve kaçınmacı alt boyutlarına ait puanlar ile anne duyarlılığı ve anne -çocuk etkileşim puanları arasında bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgunun araştırma grubunun küçük olmasından dolayı kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Sayıca daha fazla grupla yapılacak çalışmalarda farklı sonuçlar görülebilir. Literatürde normal gelişim gösteren çocuk ve ebeveynleri ile yapılan çalışmalarda ebeveynlerin bağlanma ve içsel çalışma modelleri ile annelerin bakım verme ve çocuklarıyla olan etkileşimli davranışlarında arasında ilişki olduğu belirtilen çalışmalar mevcuttur.

Cohn ve ark., (2008), Ebeveynlerin çocuklukta bağlanma modellerinin mevcut ebeveyn-çocuk ilişkilerindeki zorluklar için bir risk faktörü oluşturup oluşturmadığı araştırdıkları çalışmalarında; 6 yaşın altında çocuğu olan ebeveyn grubuyla anne-çocuk ve baba-çocuk çiftlerini laboratuvar ortamında oyun oturumlarında gözlemlemişler. Güvensiz bağlanma stiline sahip ebeveynlerin, güvenli bağlanma stiline sahip ebeveynlere göre çocuklarıyla daha az sıcak ve yakın olduklarını ve karşılıklı olacak şekilde güvensiz ebeveynlerin çocuklarının da ebeveynlerine karşı daha az sıcak davrandıklarını belirtmişlerdir.

Selcuk ve ark., (2010). Ev ortamında annelerin bakım verme davranışları üzerinde annelerin bağlanma stillerinin belirleyici etkisini incelemişlerdir. Annenin bakım verme davranışları ve anne duyarlılığı ile kaçınmacı bağlanma arasında negatif bir ilişki olduğu ve daha az duyarlı davranışların bağlanmanın kaçınmacı boyutunda görüldüğü belirtilmektedir. Kaçınmacı bağlanma, anne-çocuk etkileşiminde senkronize olamama, erişilmezlik, çocuğun sinyallerini kaçırma ve ihtiyaçlarını karşılayamama ile ilişkilidir. Ayrıca bağlanmanın kaygı boyutu ile çocuğun işaretlerini kaçırma arasında da ilişkiden

bahsedilmektedir. Kaygılı annelerin, çocukla yakın temas halinde olmalarına rağmen, çocuklarının ihtiyaçlarına fark edememe ve çocuğun ihtiyaçlarını karşılayamamanın getirdiği hayal kırıklığı annelerin kaygılarını daha da arttırmaktadır. Annelerin bağlanma kaygısının, çocuğun keşfedici davranışlarını artırmayı değerlendiren maddelerle negatif yönde ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Sümer ve ark.(2015), Türk annelerinin içsel çalışma modelleri ve kendi bildirdikleri bağlanma yönelimleri ile çocuklarının problem davranışları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, annelerin bağlanma kaygısının, bebeğin güvenliğine yönelik korku ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Annenin kronik ve yüksek terk edilme korkusunu çocuğuna yansıttığını ve çocuğunu da kaybedebileceğine dair artan bir korku yaşadığı belirtilmiştir.

Annelerin güvensiz bağlanma (kaçınan ve kaygılı) stillerinin özellikle yüksek stres seviyelerinde daha az duyarlı ebeveynlikle ilişkisi olduğu belirtilmektedir (Mills-Koonce ve ark., 2011). Bu nedenle araştırma grubu annelerinin ebeveynlik stresi ile YİYE II kaçınmacı ve kaygılı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişki incelenmek istenmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre; çalışma grubu annelerinin YİYE II kaygılı boyutu puanları ile ebeveynlik stresi ön test ve Ebeveynlik stresi son test puanları arasında pozitif yönde, kontrol grubu annelerinin ise YİYE II kaygılı boyutu puanları ile ebeveyn sıkıntısı ve ebeveynlik stresi ön testler arasında pozitif ilişki bulunmuştur.

Mills-Koonce ve ark., (2011).'nın yaptıkları çalışmalarında yetişkin bağlanma stili ve ebeveynlik stresi ile ilişkili farklılıkları incelemişler. Çocuklarının yaşları 6-12 ay arasında olan 137 biyolojik anne(%52'si Afrika kökenli Amerikalı ve Avrupalı Amerikalı)ile yapılan çalışmanın bulgularına göre; güvensiz bağlanma stillerinin özellikle yüksek stres seviyelerinde daha az duyarlı ebeveynlik ile ilişkili olduğunu , Güvensiz-kaçınan bağlanma stillerine sahip annelerin, duygusal olarak romantik ilişkilerden ayrılma olasılıkları daha yüksek olduğunu, ve bunun daha az sıcak ve ilgili ebeveyn-çocuk etkileşimine neden olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde, olumsuz önyargıları, aşırı kendine güvenli sosyal davranışlar ve kaçınma eğilimlerinin de daha az hassas bakım verme tarzı ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir. Ebeveynlikteki bağlanmaya dayalı farklılıkların ise, annenin yüksek düzeyde ebeveynlik stresi dışında psikolojik sıkıntı yaşamasına bağlı olduğunu ifade etmişlerdir.

Gelişimsel bozukluğu ve geriliği olan bir çocuğa sahip olmak ebeveyn için normal bir çocuğun kaybı anlamına gelmektedir ve kayıptan dolayı yas tutma sürecinde annelerin sağlıklı bir çocukla ilgili içsel çalışma modelinin yerini kronik sorunları olan çocukla ilgili süreçler almaktadır (Marvin ve Pianta, 1996). Çocuklarının yaşlarının ilerlemesi ile sağlık sorunlarının ve engel durumlarının da ağır bir tabloya dönüşmesi annelerin bakım verme ve çocuklarının gelecekleri ile ilgili endişelerini arttırmaktadır. Serebral palsili çocuklarda büyüme ve gelişmeye bağlı olarak gelişim alanlarındaki her bir gecikme annelerin stres düzeyini arttıran bir faktör olarak değerlendirilebilir.

Bu araştırma bulgularında elde edilen bağlanma güvenliğinin kaygılı boyutu ile ebeveynlik stresi arasındaki ilişki açıklanırken, araştırmada kullanılan YİYE II ölçeğinin bağlanmaya ilişkin kaygı, onaylanmama kaygısı, ayrılık kaygısı ve başkalarını memnun etme kaygısı ile olumlu yönde ilişkili olduğu göz önüne alınarak (Selçuk ve ark.,2005) yaşanan bu kaygı durumlarının annelerde strese etkisi olduğu düşünülmektedir.

Annelerin deneyimlediği ebeveynlik stresi ile anne duyarlılığı ve anne çocuk etkileşimi arasında ilişki var mıdır?

Araştırma verilerinin analizinde anne duyarlılığı ve ebeveynlik stresi arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma grubu annelerinin ebeveynlik stresi ile anne duyarlılığı arasında bir ilişki bulunmamıştır. Ancak kontrol grubu annelerinin ebeveynlik stresi ön test ile Anne Duyarlılık Ölçeği son test puanları arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır. Ayrıca kontrol grubu annelerinin ebeveynlik stresi alt boyutlarından zor çocuk ön test puanı ile PİKOLO öğretme ön test puanları arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır.

Ebeveynlik stresi, anne-babaların ebeveynlik rolleri ile ilgili olarak kendilerine ve / veya çocuklarına yükledikleri olumsuz zihinsel tepkiler olarak tanımlanır. Çocuklarının gelişimsel yetersizlikleri ve yetersizliğin şiddeti annelerin yaşadığı stres düzeyini etkileyen faktörlerdendir (Deater-Deckard, 2004).

Annelerin deneyimlediği ebeveynlik stresini arttıran faktörlerin algılanan sosyal destek, düşük gelir düzeyi, gelecek ile ilgili belirsizlik gibi durumların daha belirleyici olduğu belirtilmektedir (Ribeiro ve ark., 2014).

Glenn ve ark. (2019), çalışmada okul öncesi dönemdeki serebral palsili çocukların anneleri (N=80) ile yaptıkları çalışmada ebeveynlik stresi ve etkileyen faktörleri incelemişler. Ebeveynlik stres düzeyi yüksek anneleri kendilerini izole ve desteksiz hissetmeleri sonucunda özel gereksinimli çocuğuna da kaliteli bakım verme konusunda yetersiz kalacaklarını belirtmişlerdir.

Yılmaz ve ark., (2013) serebral palsili çocuk annelerinin (137 serebral palsili ve 140 tipik gelişen çocuk) sağlık bağlantılı yaşam doyumlarını inceledikleri çalışmalarında serebtal palsili çocuk annelerin yüksek depresyon düzeleriyle anlamlı düzeyde ilişkisi olduğunu belirtmişlerdir. Ancak, annelerin sağlık bağlantılı yaşam doyumları üzerinde çocukların fonksiyonel düzeyi, serebral palsinin vücut tutulumu, annelerin eğitim durumu, gelir düzeyi ve çocuk sayısı arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Araştırmada kontrol grubu annelerinin ebeveynlik stresi ön test puanları ile Anne Duyarlılık Ölçeği son test puanları arasında negatif bir ilişki bulunması annelerin deneyimledikleri stresin kaynağının araştırma değişkenleri dışındaki faktörlerden (algılanan sosyal destek, eşlerin desteği, yaşam doyumu) ve stresle başa çıkma konusunda (Dereli ve Okur, 2008; Yıldırım ve ark., 2012) bireysel farklılıklardan kaynaklı olduğu da düşünülebilir. Bu açıdan ele alındığında bu araştırmada sosyo- ekonomik düzey, algılanan sosyal destek gibi değişkenlerle stres ve duyarlılık arasındaki ilişki incelenmemiştir. Benzer başka çalışmalarda bu değişkenlerin test edilmesi stres ve duyarlılık arasındaki anlamlı bir ilişkiyi açıklayabileceği düşünülmektedir.

Araştırma verilerinin analizinde çalışma grubu annelerinin ebeveynlik stresi ve alt boyutlarından zor çocuk ve ebeveynlik stresi ön test puanları ile PİKOLO ebeveyn – çocuk etkileşimi duyarlılık son test puanları ile pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Çalışmada saptanan pozitif ilişki başlangıçta riskli grup olarak ele alınabilecek olan stres düzeyi yüksek annelerin programdan daha fazla yararlanmış olduğu düşünülmektedir. Ayrıca VIPP protokolüne serebral palsiye özgü geribildirimlerin de eklenmiş ve annelere çocukları ile engel durumuna özgü pozisyonlama, fiziksel destekleme gibi bilgilerin verilmiş olmasının özellikle zor çocuk alanında stres yaşayan annelerde çocuklarıyla olan etkileşimi artıran bir etki yapmış olacağı şeklinde düşünülmektedir.

Ebeveynlik stresinin anne duyarlılığını ve ebeveyn-çocuk etkileşimini etkilediği araştırmalarda belirtilmektedir. Kontrol grubu annelerin bulgularını destekleyecek şekilde araştırmalar yüksek stres deneyimleyen annelerin daha müdahaleci ve yönlendirici oldukları ve çocuklarıyla iletişimde daha az karşılayıcı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu, annelerin çocuklarının davranışlarına ve eylemlerine daha az duyarlı olduğu ve etkileşim sırasında çocuğuna karşı daha az sıcaklık, hoşlanma ve onay sergilediği anlamına gelebilir (Nisha Rani, Tripathi, ve Singh, 2014).

Annelerin ebeveyn öz yeterlik düzeyleri ile anne duyarlılığı arasında bir ilişki var mıdır?

Çalışma grubu annelerinin Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği ön test toplam puanları ile PİKOLO ebeveyn çocuk etkileşimi ölçeği alt boyutlarından cesaretlendirme son test ($r=.62$; $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Çalışma grubu için uygulama öncesinde ebeveyn öz yeterlik düzeyleri yüksek annelerin VIPP programı sonrasında çocuklarıyla olan etkileşimlerinde teşvik edici ve cesaretlendirici davranışlarının arttığı görülmektedir.

Özel gereksinimi olan veya gelişimsel risk altındaki çocuğa sahip annelerin olumlu ebeveynlik davranışları yüksek ebeveyn öz yeterlik düzeyi ile ilişkilendirilmektedir. Ebeveyn öz yeterlik düzeyleri yüksek anne babaların (Aksoy & Diken, 2009) çocukların gelişimlerini destekleyecek olumlu ebeveynlik davranışları sergileyebildikleri görülmektedir. Özellikle gelişimsel bozukluğu olan çocukların annelerinin duyarlı ve karşılık verici bakım konusunda eğitilmelerinin ebeveynlik öz yeterlik düzeylerine etki ettiği belirtilmektedir.

Çocuklarının gelişimleri ve yetersizlikleri hakkında bilgiye sahip olan annelerin öz yeterliliği yüksek ve çocukları ile oyun etkileşimlerinde daha etkin oldukları belirtilmektedir (Hess, Teti, ve Hussey-Gardner, 2004). Çalışma grubu annelerine verilen VIPP programının geribildirimlerinde; serebral palside gelişimsel özellikler ile ilgili bilgiler verilmiş ve çocukları ile olan etkileşimlerinde olumlu davranışları, çocuklarının olumlu gelişimsel özellikleri ve olumlu ifadeleri de vurgulanmıştır. Bunun sonucunda annelerin bilgi düzeylerinin arttığı ve öz yeterlik düzeyleri ile duyarlı davranış alt boyutunda cesaretlendirici davranışlar sergilemelerinin desteklendiği düşünülmektedir.

Serebral palsili çocuk annelerinin öz yeterlik, ebeveynlik stres düzeyi ve baş etme mekanizmalarını inceleyen birçok araştırma mevcuttur (Barlow, Cullen-Powell, ve Cheshire, 2006; Guillamon ve ark., 2013; Ones, Yılmaz, Cetinkaya, ve Çağlar, 2005; Parkes, Caravale, Marcelli, Franco, ve Colver, 2011; Ribeiro ve ark., 2014; Wanamaker ve Glenwick, 1998; Wang, Huang, ve Kong, 2020); Ceran,2020). Anne babaların ebeveyn öz yeterlik düzeylerinin özel gereksinimi olan ya da gelişimsel risk altında olan çocukların gelişimlerini desteklemede önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (Ceran, 2020).

Ebeveyn Öz Yeterlik puanları ile Anne Duyarlılık Ölçeği puanları ve PİKOLO Ebeveyn Çocuk Etkileşimi Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin anlamlılık düzeyine kontrol grubu anneleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sonuç olarak araştırmanın bulguları bağlanma temelli Video Geri Bildirimli Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı'nın (VIPP) 14 -48 ay serebral palsili çocukların anne çocuk etkileşimi davranışlarına olumlu etki gösterdiği ve anne duyarlılık davranışlarından çocuğu teşvik etme ve cesaretlendirme davranışlarını arttırdığı görülmüştür.

BÖLÜM 4. SONUÇ

Bu bölümde araştırmanın amaçları doğrultusunda yapılan ve bulgular bölümünde tartışılan analizlerin sonuçları değerlendirilerek özet, yargı ve önerilere yer verilmiştir.

4.1. Özet

Bu çalışma bağlanma kuramı temelinde anne duyarlılığını ve olumlu ebeveynliği desteklemeye yönelik olan "Video Geri bildirimli Olumlu Ebeveynliği Destekleme Müdahale Programı'nın 14-48 ay aralığında serebral palsili çocukları olan annelerin duyarlı davranışları üzerindeki etkinliğini test etmek amacıyla yapılmıştır. Ayrıca çalışmaya katılan anne/çocuk çiftlerine ait demografik bilgiler ve annelere ait ebeveyn öz yeterlik düzeyleri, ebeveynlik stres düzeyleri ve annelerin bağlanma boyutları ile duyarlı davranışlar arasındaki ilişki incelenmiştir.

Araştırma grubuna ait gruplar arası ön-test ve son-test ölçümlerinde benzerlik ve farklılıkları betimlemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda müdahale programının ön test ve son test arasındaki farklılığın anlamlılığı test etmek amacıyla; tekrarlı ölçümler için varyans analizleri (repeated measures ANOVA), 2 (deneysel grup) X 2 (zaman) karışık faktöriyel varyans analizi (mixed-factorial ANOVA) uygulanmıştır.; deneysel grup (çalışma ve kontrol) gruplar arası faktör, zaman (ön-test ve son-test) ise gruplar içi faktör olarak ele alınmıştır. Etki büyüklüklerini belirlemek için ise Eta-kare () analizi uygulanmıştır

4.2. Öneriler

Bu araştırma ile elde edilen bulgulara ve çalışmaya dayalı tecrübelere dayanarak ileriki çalışmalara ışık tutması düşünülen öneriler" araştırma ve uygulama önerileri" olarak verilmiştir.

4.2.1. Araştırma önerileri

1. Özel gereksinimi olan çocuklar ve dezavantajlı gruplar için aile odaklı ve anne/çocuk etkileşimini destekleyen çalışmaların yaygınlaşması rehabilitasyon alanında önemli bir ihtiyacı karşılayacaktır. Bu çalışma serebral palsinin rehabilitasyonu alanında bağlanma temelli ve anne duyarlılığını artırmaya yönelik bir müdahale programı olarak ülkemizde ilk kez uygulanmıştır. Anne duyarlılığını ve anne- çocuk etkileşimini destekleyen bu ve benzer müdahale programlarının farklı dezavantajlı gruplara (down sendrom, otizm, görme yetersizliği olan vb.) uygulanması alana katkı sağlayacaktır.

2. Anne duyarlılığını etkilemesi muhtemel diğer değişkenlerle (algılanan destek, sosyo ekonomik düzey, annelere ait sağlık ve psikolojik özellikleri gibi) müdahale programının çalışılması önerilir.

3. Bu çalışmada müdahale programın çocukların davranışları üzerindeki etkisi değil annelerin duyarlı davranışları üzerindeki etkililiği test edilmiştir. Ancak çalışma sonrasında anneler çocuklarının ağlama, huysuzluk gibi olumsuz davranışlarında azalma olduğunu ve çocuklarının iletişime daha açık hale geldiğini ifade etmişlerdir. Bunun nedeni olarak çocukların anneleri tarafından daha anlaşılır olması, istek ve ihtiyaçlarının doğru bir şekilde karşılanması sonucunda kendilerini ifade etmek için başvurdukları ağlama ve bağırma davranışlarının azalması olduğu düşünülmektedir. Yurtdışında yapılan çalışmalarda VIPP müdahale programlarında anne duyarlılığını destekleyerek çocuklardaki anti sosyal davranışların azaldığı belirtilmektedir (Van Zeijl ve ark., 2006). Bu nedenle ileriki çalışmalarda müdahale programının özel gereksinimi olan çocukların davranış problemleri üzerindeki etkisini inceleyen çalışmaların yapılması önerilir.

4. VIPP müdahale programı alan annelerin ebeveynlik öz yeterlik düzeyleri ve ebeveynlik stres düzeylerinin anne duyarlılık düzeyleri ile ilişkili olduğunun düşünülmesine rağmen anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bunun nedeni çalışma grubu sayısının azlığı olabilir. Bu nedenle benzer çalışma daha fazla sayıda bir araştırma grubu ile yapılması önerilir.

5. Farklı müdahale programları ile karşılaştırmalı olarak çalışılması ve uzun vadeli sonuçlarının çalışılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

6. Serebral palsili çocukların bakımı ve rehabilitasyon programlarının takibinde genellikle annelerin sorumluluk aldığı görülmektedir. Benzer çalışmaların

babalarla da yapılması ve babalara benzer bir eğitim programının verilmesi aile içi dinamiklerine, babaların çocuklarının programlarına dahil olmaları yönünde olumlu katkısı olacağı düşünülmektedir. Babaların da sürecin içerisine dahil olması annelerin ihtiyacı olan aile içi desteğin sağlanmasına neden olacağı düşünülebilir. Bu nedenle ileriki çalışmalarda anne/çocuk çiftlerinin yanı sıra baba-çocuk çiftleri ile de çalışılması öenerilir.

7. Annenin yaş değişkeninin tek başına anne duyarlılığı ile ilişkisi olmadığı, yaş ve sosyoekonomik düzey, yaş ve yaşam doyumu, yaş ve aile işlevleri ve algılanan sosyal destek gibi değişkenler ile duyarlı davranışlar arasında ilişki olabileceği akla gelmektedir. İleriki araştırmalarda bu sorulara cevap aranabilir.

4.2.2. Uygulama Önerileri

1. Ülkemizde aile eğitimlerinde ve müdahale programlarında video geri bildirimli yöntemlerin kullanılması çok yaygın değildir. Ebeveyn eğitimlerinde ve rehabilitasyon programlarında video çekimlerinin ve çekimleri ailelerin izlemesi kendilerini fark etmeleri, yaşadıkları durumu dışarıdan bir gözle görebilmeleri ve çocuklarının yetenekleri ve yetersizliklerinin farkına varmaları için oldukça yararlı olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle aile odaklı programlarda video kayıt yönteminin kullanılması ailenin katılımı için yararlı olacaktır.

2. Program süresince yapılan ev ziyaretlerinde kültürel yapı nedeniyle ziyaretler aile tarafından misafir ağırlama şeklinde algılanabilmektedir. Programın etik bir şekilde yürütülmesi için uygulayıcı – aile ilişkisinin korunması ve ziyaretlerin amacının ve yürütülüş şeklinin aile ile önceden paylaşılması önerilir.

3. Yapılan araştırmalar engelli bir çocuğa sahip ailelerde özellikle annelerin stres, depresyon, düşük yaşam doyumu gibi duyguları yaşadıkları, çocuklarının durumu hakkında bilgi sahibi olma ihtiyaçlarının ön planda olduğunu ortaya koymaktadır (Demircioğlu, Atılgan, ve Tarakcı, 2018; Dereli ve Okur, 2008; Kaytez ve ark., 2015). Anne-çocuk etkileşimi temelinde bir program uygulandığında engelli çocuk ailelerinin ihtiyaçlarının göz önüne alınarak uygun uyarlamaların yapılması ailelerin katılımını artıracaktır. Örneğin; annelerin bilgi edinme ihtiyaçları çerçevesinde programın "çocuk gelişimi hakkında konuşma" temasında genel gelişimin yanı sıra teşhise uygun bilgiler verilmesi ailenin beklentileri doğrultusunda olacaktır.

4. VIPP (Video Feedback Intervention to Promote Positive Parenting) gibi belirli bir protokolü olan müdahale programlarında etkililik ve işlevsellik açısından ailelerin devamlılığı önemlidir. Serebral palsi gibi nörogelişimsel bozukluklarda eşlik eden diğer sağlık sorunları (epilepsi, sindirim ve solunum sistemi sorunları), tıbbi tedavi ve operasyonlar gibi durumlar ailelerin programı tamamlayamamalarına neden olmaktadır. Video çekimlerinin ve geribildirimlerin sıklığının azalması ailelerin motivasyonunu düşüreceğinden yola çıkarak; VIPP müdahale programı için önerilen görüşme aralıklarının daha kısa tutulması ailelerin programı yarıda bırakmadan tamamlamalarını sağlaması açısından önerilmektedir.

5. Rehabilitasyon ve terapi çalışmaları disiplinler arası bir çalışmayı içermektedir. Serebral palsi'de olduğu gibi gelişimin birçok alanının etkilendiği durumlarda hekim, fizyoterapist, konuşma terapisti, psikolog, sosyal çalışmacı gibi birçok meslek grubu multidispliner ve transdisipliner bir yaklaşımla rehabilitasyon ekibinde yer almaktadır. Bu süreç içerisinde ailenin ihtiyaçlarının anlaşılması, anne/çocuk arasındaki duygusal iletişimin önemi ve çocukların duygusal ihtiyaçlarının görülmesi ve anlaşılması tüm ekip için önemlidir. Erken müdahale ve aile merkezli programlarda benzer video geri bildirimli uygulamalarının meslek elemanlarının çocuğun duygusal ihtiyaçlarını ve taleplerini fark etmeleri açısından programa dahil edilmeleri önerilir.

6. Serebral palsi'nin tedavi ve rehabilitasyonu yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Bu ve benzeri aile odaklı bakım yaklaşımı içerisinde anneye verilen programların belirli sürelerle tekrarlanması programın etkinliğini ve etkinin devamlılığını sağlayacağı düşülmektedir.

7. Ebeveynler çocuklarının motor yetersizlikleri, duruş bozukluklarını video kayıtlarından izlerken çok etkilendikleri ve motivasyonlarının düştüğünü dile getirmişlerdir. VIPP benzeri eğitimlerde annelere yönelik psikolojik destek programları ve psikolog görüşmelerinin de paralel olarak yürütülmesi önerilir.

EKLER

EK 1. Aile Bilgi Formu

Sayın Katılımcı sizden cevaplamanız istenen bu sorular bilimsel bir çalışma için hazırlanmıştır ve araştırmacı tarafından bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz istenmemektedir. Aşağıdaki tüm soruları eksiksiz bir şekilde cevaplamanızı rica eder, desteğiniz için teşekkür ederim. Soruların yanındaki cevaplardan size uygun olanını (X) seklinde işaretleyiniz. Yanında cevap olmayan soruları ise kendi ifadelerinizle cevaplayabilirsiniz.

ANNEYE AİT BİLGİLER ((bakım veren kişi) :

1. Doğum tarihi :…….
2. Eğitim Durumu : Okur-yazar değil () İlkokul () Ortaokul ( ) Lise () Üniversite ( ) Lisansüstü( )
3. Medeni Durumunuz : Evli () Bekar ()
4. Mesleğiniz :……..
5. Çalışma durumu : Çalışmıyor () Tam zamanlı Çalışıyor () Yarı zamanlı Çalışıyor ()
6. Ailenizin Aylık gelir durumu : 1000TL ve altı () 1000TL- 3000TL arası() 3000TL ve üstü()
7. Sosyal güvenceniz var mı? Belirtiniz (SSK, Bağ-kur, Emekli Sandığı, Özel sigorta)
8. Çocuğunuzun bakımı ile ilgili maddi – manevi destek alıyor musunuz?
   Evet () Hayır ( )
9. Cevabınız evet ise kim tarafından destek alıyorsunuz?
   Aile büyüklerimden () Eşimden ( ) Yardımcı Eleman ( ) Diğer()

ÇOCUĞA AİT BİLGİLER:

1. Doğum Tarihi :…….
2. Teşhisi : ……
3. Kaçıncı Çocuk : ……
4. Diğer çocuklarınız da sağlık sorunu var mı? : ……
5. Engellilik Yüzdesi (Sağlık Kurulu Raporunda belirtildiği gibi) : ……
6. Çocuğunuzda farklı bir gelişim olduğunu ilk ne zaman fark ettiniz?
   ……....
7. Çocuğunuza teşhis aldığı yaşı. ……
8. Çocuğunuza teşhis konulduğunda ilk olarak ne hissettiniz?

9. Eğitim, Tedavi ve Rehabilitasyon hizmetlerinden ne zaman yararlanmaya başladınız? (bu hizmetlere başladığınızda çocuğunuz yaşını yazınız)

……..

10. Çocuğunuzun günlük yaşamda size ne kadar bağımlı :

a.	Yürüme	Bağımlı	Yarı Bağımlı	Bağımsız
b.	Beslenme	Bağımlı	Yarı Bağımlı	Bağımsız
c.	Giyinme-Soyunma	Bağımlı	Yarı Bağımlı	Bağımsız
d.	Temizlik	Bağımlı	Yarı Bağımlı	Bağımsız
e.	Tuvalet	Bağımlı	Yarı Bağımlı	Bağımsız

11. Çocuğunuzla oyun oynama saatlerinizi nasıl tanımlarsınız?

Her gün oyun oynuyoruz ☐ ☐ Pek oyun oynamıyoruz ☐

12. Çocuğunuzla hangi tür oyunlar oynuyorsunuz?
a) Rehabilitasyon amaçlı oyunlar
b) Zekâ geliştirici oyunlar
c) Evcilik oyunları
d) Diğer……
e) Hepsi

13. Çocuğunuz sizinle oynarken oyuna katılıyor mu?

Evet ☐ ☐ Hayır Bazen ☐

14. Çocuğunuzla oyun oynarken ne gibi zorluklar yaşıyorsunuz?
a) Oyuncaklarla ilgilenmiyor, çabuk sıkılıyor
b) Oyun oynamaktan hoşlanmıyor
c) Hangi oyunu/oyuncakları oynayacağımı bilemiyorum.
d) Oyun/oyuncaklardan anlamadığını düşünüyorum
e) Hiçbir zorluk yaşamıyorum.

15. Çocuğunuzla vakit geçirirken (oyun oynarken, beslenme saatlerinde, temizlik ve banyo zamanlarında, yatma zamanlarında) genellikle nasıl hissediyorsunuz?

a) Genellikle çok zorlanıyorum.
b) Çocuğumla iletişim kurmakta zorlanıyorum.
c) Beni anlamadığını düşünüyorum.
d) Benimle oynamasa da onunla ilgilenmekten memnunum
e) Çok rahat iletişim kurabiliyorum ve karşılıklı çok güzel oynuyoruz.

16. Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezine kaç yıldır devam ediyorsunuz?
    .....

17. Çocuğunuzun Eğitim ve Rehabilitasyon programını yeterli buluyor musunuz? Cevabınız hayır ise önerilerinizi yazınız.

    Evet ☐ Hayır ☐

18. Belirtmek istedikleriniz varsa lütfen yazınız.

EK 2. Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği

Aşağıdaki maddeleri okuyun ve size en yakın olan numaralandırılmış seçeneklerden birini işaretleyin

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. İhtiyacım olduğu zaman, çocuğumun sorununu daha iyi anlamak için gerekli olan bilgilere ulaşabilirim.							
2. Çocuğumun ev dışında (Alış-verişte, lokantada, ev gezmelerinde, vb.) gösterdiği davranış problemleri ile baş edebilirim.							
3. Çocuğum benimle iletişim kurmaya çalıştığında, çocuğumun ne istediğini ve neye gereksinim duyduğunu anlayabilirim.							
4. Çocuğumun başarılı olmasına yardımcı olma konusunda yeterliyim.							
5. Çocuğum sorun yaşadığı zaman, onun için yapabileceğim birçok şey vardır.							
6. Çocuğumun günlük yaşamına ilişkin kararları çoğu zaman alabilirim.							
7. Çeşitli sosyal ortamlarda (ev ziyaretleri, oyun alanları vb.), çocuğumun diğer çocuklarla ve yetişkinlerle iletişim kurmasına yardımcı olabilirim.							
8. Çocuğumdaki sorunun ne olduğunu çoğu zaman anlayabilirim.							
9. Çoğu zaman iyi bir ebeveyn (anne/baba) olduğuma inanıyorum.							

10. Çocuğumun günlük yaşam becerilerini geliştirmesine yardımcı olacak farklı stratejiler (yollar) kullanabilirim.							
11. Genellikle çocuğumun aldığı terapinin/eğitimin amaç ve işlevini genellikle bilirim (örn., Çocuğumun aldığı terapi/eğitim niçin uygulanmaktadır ve neden önemlidir?).							
12. Çocuğumun güçlü yönleri ve gereksinimleri hakkında çocuğumun terapisti veya öğretmeni ile konuşabilecek derecede kendime güvenirim.							
13. Çocuğumun daha iyi iletişim kurması için onu cesaretlendirecek çeşitli yollar kullanabilirim.							
14. Çocuğumun okulda başarılı olabilmesi için gerekli bilgilere ve kaynaklara ulaşabilirim.							
15. Çocuğumun eğitim durumuna ilişkin toplantılar yapıldığı zaman, bu toplantılardaki konuları anlayabilirim ve görüş alış-verişinde bulunabilirim.							
16. Çocuğum için uygun olan gereksinim duyduğu eğitimi/terapiyi araştırıp bulabilirim.							
17. Gerektiğinde çocuğumun terapisti veya öğretmeni ile kaygılarımı paylaşabilirim.							

EK 3. EBEVEYN STRES İNDEKSİ – KISA FORM

Lütfen aşağıdaki soruları bir çocuğunuzla ilgili olarak cevaplayın.

Aşağıdaki İfadeleri okuyun ve sizin duygularınızı en iyi yansıtan cevabı işaretleyiniz, bazı cevap şıkları sizin duygularınızı tam olarak yansıtmayacaktır, bu durumda lütfen sizin hislerinizi en iyi yansıtan ikinci şıkkı işaretleyiniz Sorulara, üzerinde uzun sure düşünmeden, sizde uyandırdığı ilk tepki ile cevap verin. Lütfen verilecek olan ifadelere ne derecede katılıp, katılmadığınız hakkındaki duygularınızı en çok yansıtan numarayı yuvarlak bir çembere alınız, eğer cevabınızdan emin değilseniz üç numarayı işaretleyin.

1	2	3	4	5
Hiçbir Şekilde katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin Değilim	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum

Örnek: Sinemaya gitmeyi seviyorum (Eğer sinemaya gitmeyi bazen seviyorsanız iki numarayı yuvarlak bir çembere alınız)

Genellikle çoğu şeyi beceremediğimi hissediyorum	1	2	3	4	5
Çoğu zaman çocuklarımın ihtiyaçlarını karşılamak için kendi hayatımdan düşündüğümden çok daha fazla ödün verdiğimi (fedakârlık yaptığımı) hissediyorum.	1	2	3	4	5
Bir ebeveyn olarak sorumluluklarım arasında sıkışıp kaldığımı hissediyorum	1	2	3	4	5
Çocuğum olduktan sonra yeni ve değişik şeyler yapamadım	1	2	3	4	5
Çocuğum olduktan sonra yapmayı sevdiğim hiçbir şeyi yapamadığımı hissediyorum	1	2	3	4	5
Kendime en son aldığım kıyafetten memnun değilim	1	2	3	4	5
Hayatımla ilgili bir bazı şeyler beni rahatsız ediyor	1	2	3	4	5
Bir çocuk sahibi olmak eşimle aramda tahminimden fazla sorun yarattı	1	2	3	4	5
Kendimi yalnız ve arkadaşsız hissediyorum	1	2	3	4	5
Bir davete gittiğimde genellikle eğlenemeyeceğimi düşünürüm	1	2	3	4	5
Başka insanlar eskiden olduğu kadar ilgimi çekmiyor	1	2	3	4	5

Eskiden eğlendiğim şeylerle artık eğlenmiyorum	1	2	3	4	5
Çocuğum çok nadiren beni sevindirecek şeyler yapar	1	2	3	4	5
Çoğu zaman evladımın beni sevmediğini ve bana yakın olmak istemediğini hissediyorum	1	2	3	4	5
Çocuğum bana beklediğimden az gülümsüyor	1	2	3	4	5
Çocuğum için yaptığım şeylerin, sarf ettiğim çabaların çoğu zaman takdir edilmediğini hissediyorum.	1	2	3	4	5
Oyun oynarken genellikle çocuğum kıkırdayıp kahkaha atmıyor	1	2	3	4	5
Çocuğum başka çocuklar kadar hızlı öğrenemiyor	1	2	3	4	5
Çocuğum başka çocuklar kadar gülümsemiyor	1	2	3	4	5
Çocuğum benim beklentilerimi karşılamıyor	1	2	3	4	5
Çocuğumun yeni şeylere alışması zordur ve uzun zaman alır	1	2	3	4	5
Kendimi iyi bir anne baba gibi hissetmiyorum	1	2	3	4	5
Çocuğuma daha yakın ve sıcak hisler beslemeyi beklerdim ve bunu bilmek benim canımı sıkıyor	1	2	3	4	5
Bazen çocuğumun beni sıkan şeyleri sırf bana kötülük olsun diye yaptığını hissediyorum	1	2	3	4	5
Çocuğum başka çocuklardan daha çok ağlar ve sorun çıkarır	1	2	3	4	5
Çocuğum genellikle sabahları ters tarafından kalkar	1	2	3	4	5
Çocuğumu çok huysuz ve kolayca üzülebilen biri gibi hissediyorum	1	2	3	4	5
Evladım canımı sıkacak şeyler yapar	1	2	3	4	5
Hoşlanmadığı bir şey olduğunda çocuğum çok tepki gösterir	1	2	3	4	5
Çocuğum küçük şeyler yüzünden çok çabuk üzülür	1	2	3	4	5
Çocuğumun uyku ve yemek yeme alışkanlığı tahminimden daha zor düzene girdi.	1	2	3	4	5
Çocuğumun benim istediğim bir şeyi yapması çok zordur.	1	2	3	4	5
İyi düşünün ve çocuğunuzun sizin canınızı sıkacak kaç şey yaptığını sayın	1	2	3	4	5
Çocuğum beni sinirlendirecek çok şey yapar	1	2	3	4	5
Çocuğum beklediğimden daha çok sorun yaratıyor	1	2	3	4	5
Başka çocuklara kıyasla, çocuğumun benden beklentileri daha çoktur.	1	2	3	4	5

EK 4. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II

Aşağıdaki maddeler eşinizle olan ilişkinizde hissettiğiniz duygularla ilgilidir. Eşinizle olan ilişkinizde yalnızca şu anda değil, genel olarak neler olduğuyla ya da neler yaşadığınızla ilgili duygularınıza göre cevaplamalısınız.

Her bir maddenin ilişkilerinizdeki duygu ve düşüncelerinizi ne oranda yansıttığını karşılarındaki 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz.

	Hiç katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım Fikrim yok	Katılıyorum	Biraz katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Eşimin sevgisini kaybetmekten korkarım.							
2. Gerçekte ne hissettiğimi eşime göstermemeyi tercih ederim.							
3. Sıklıkla, eşimin artık benimle olmak istemeyeceği korkusuna kapılırım.							
4. Özel duygu ve düşüncelerimi eşimle paylaşmakta kendimi rahat hissederim.							
5.Sıklıkla, eşimin beni gerçekten sevmediği kaygısına kapılırım.							
6.Eşime güvenip inanmak konusunda kendimi rahat bırakmakta zorlanırım.							
7. Eşimin beni, benim onu önemsediğim kadar önemsemediğinden endişe duyarım.							
8. Eşime yakın olma konusunda çok rahatımdır.							
9. Sıklıkla, eşimin bana duyduğu hislerin benim ona duyduğum hisler kadar güçlü olmasını isterim.							
10. Eşime açılma konusunda kendimi rahat hissetmem							
11. İlişkilerimi kafama çok takarım.							
12. Eşime fazla yakın olmamayı tercih ederim.							
13. Benden uzakta olduğunda, eşimin başka birine ilgi duyabileceği korkusuna kapılırım.							

14. Eşim benimle çok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım.							
15. Eşime duygularımı gösterdiğimde, onun benim için aynı şeyleri hissetmeyeceğinden korkarım.							
16. Eşimle kolayca yakınlaşabilirim.							
17. Eşimin beni terk edeceğinden pek endişe duymam.							
18. Eşimle yakınlaşmak bana zor gelmez.							
19. Eşim kendimden şüphe etmeme neden olur.							
20. Genellikle, eşimle sorunlarımı ve kaygılarımı tartışırım.							
21. Terk edilmekten pek korkmam.							
22. Zor zamanlarımda, eşimden yardım istemek bana iyi gelir.							
23. Eşimin, bana benim istediğim kadar yakınlaşmak istemediğini düşünürüm.							
24.Eşime hemen hemen her şeyi anlatırım.							
25. Eşim bazen bana olan duygularını sebepsiz yere değiştirir.							
26.Başımdan geçenleri eşimle konuşurum.							
27. Çok yakın olma arzum bazen insanları korkutup uzaklaştırır.							
28. Eşim benimle çok yakınlaştığında gergin hissederim.							
29. Eşim beni yakından tanıdıkça, "gerçek ben"den hoşlanmayacağından korkarım.							
30. Eşime güvenip inanma konusunda rahatımdır.							
31. Eşimden ihtiyaç duyduğum şefkat ve desteği görememek beni öfkelendirir.							
32. Eşime güvenip inanmak benim için kolaydır.							
33. Başka insanlara denk olamamaktan endişe duyarım.							
34.Eşime şefkat göstermek benim için kolaydır.							
35.Eşim beni sadece kızgın olduğumda önemser.							
36.Eşim beni ve ihtiyaçlarımı gerçekten anlar.							

EK 5. Pikolo Anne Çocuk Etkileşim Gözlem Formu Maddeleri

Duygusal Yakınlık (Sıcaklık, fiziksel yakınlık ve çocuğa karşı olumlu ifadeler)

Ebeveyn ;

Sıcak bir ses tonuyla konuşur

Çocuğa gülümser

Çocuğu över

Fiziksel olarak çocuğa yakındır

Çocuğa olumlu ifadeler kullanır

Çocukla etkileşimde bulunur

Duygusal yakınlık gösterir

Ek gözlem notu:

Duyarlılık (Çocuğun ipuçlarına, duygularına, konuşmasına, ilgilendiklerine ve davranışlarına karşılık verme)

Ebeveyn…

Çocuğun ne yaptığına dikkat eder

Çocuğun ilgi ve ihtiyaçlarını karşılamak için etkinliği ya da hızını değiştirir

Çocuğun ilgilerinin ve etkinliklerinin değişikliğine karşı esnektir

Çocuğun ne yapmaya çalıştığını takip eder

Çocuğun duygularına karşılık verir

Çocuk konuşurken veya sesler çıkartırken çocuğa bakar

Çocuğun seslerine ve konuşmasına yanıt verir

Ek gözlem notu:

Cesaretlendirme (Keşif, çaba, beceriler, girişim, merak, yaratıcılık ve oyunun aktif olarak desteklenmesi)

Ebeveyn…

Herhangi bir teklif yaptıktan sonra çocuğun tepkisini bekler

Çocuğu oyuncaklarla oynaması için teşvik eder

Çocuğun seçim yapmasını destekler

Çocuğun tek başına bir şeyler yapmasını destekler

Çocuğun çabalarını sözlü olarak destekler

Çocuğa yardım edebilmek için önerilerde bulunur

Çocuğun yaptıklarıyla ilgili heyecanını gösterir

Ek gözlem notu:

Öğretme (Paylaşılan sohbet ve oyun, bilişsel uyarım, açıklamalar ve sorular)

Ebeveyn…

Çocuğa bir şeylerin sebeplerini açıklar

Çocuğun yaptıklarını daha da genişletebilecek aktiviteler önerir

Çocuğun kelimelerini veya seslerini genişletir ya da tekrarlar

Çocuk için nesneleri ya da hareketleri isimlendirir

Çocukla sembolik oyuna katılır

Etkinlikleri sıralı yapar

Çocukla nesnelerin özellikleri hakkında konuşur

Çocuğa bilgi almak için soru sorar

Ek gözlem notu:

EK 6. Anne Duyarlılık Ölçeği Maddeleri

1. Çocuğun yönelttiği olumlu işaretleri (örn.; sesler çıkarma, gülücükler, uzanmalar gibi) veya etkileşime girme çabalarını fark eder.

2. Anne, çocuğun verdiği işaretlerin farkında olmanın yanı sıra aynı zamanda bunlara cevap da verir (örn.; çocuk oyuncağını getirip anneye gösterdiğinde, anne çocuğa ilgisini gösterir).

3. Etkileşimler çocuğun ilgisi, dikkati ve isteğine göre şekillenir, anne çocuğu istemediği bir şey için zorlamaz.

4. Çocuk, bir oyuncakla oynamaktan/bir faaliyet yapmaktan keyif alırken, anne çocuğun ilgisini çeken şeylere yoğunlaşır, onun oyununu kesmez

5*. Çocuğu bir faaliyetten diğerine aniden geçirir, yumuşak bir geçiş için imkân tanımaz.

6. Annenin çocuk ile sözel/davranışsal etkileşiminin hızı ve zamanlaması uygun/senkronizedir. Çocuğun aktivite seviyesi ile uyuşmaktadır (turn taking).

8*. Anne çocuğa sinirlendiğinde ya da çocuk annenin istediği şeyi yapmadığında, onunla etkileşimi keser veya "Senin annen olmayacağım", "Seni sevmeyeceğim", "Sana küstüm/küserim" gibi ifadeler kullanır

9*. Oyun sırasında, çocuk başka bir tarafa yönelerek/ reddederek aktiviteyi sevmediğine ya da aktiviteyle ilgilenmediğine dair ipuçları vermesine rağmen, anne etkileşimi sürdürmeye devam eder, kendi bildiğini okur.

10. Anne çocuğun neye ihtiyacı olduğunu anlar, tahminle buluyormuş gibi değildir

11. Ziyaretçiyle sohbet gibi başka faaliyetler yaparken bile, çocuğun stres içeren ve içermeyen tüm işaretlerine cevap verir.

12. Anne çocuğun, bağımsızlığını gösterme, özgürce keşfetme ve çevresini tanıma isteklerini herhangi bir sınırlama koymadan kabul eder.

13. Çocuğun, çevreyi/oyuncakları keşfetme isteğini fark eder, onu keşif yapabilmesi için destekler/teşvik eder.

14. Anne, çocuğu ile etkileşimi sırasında, çocuğun oyununu (ör.; yap-boz) desteklemeye (scaffolding) önem verir.

15*. Annenin, sıkıntı durumlarındaki müdahaleleri etkili değildir, çocuğu sakinleştiremez.

16. Çocuğun ihtiyacı olduğunda (ağladığında/üzüldüğünde, öfkelendiğinde, engellenmiş hissettiğinde, korktuğunda), anne anında çocukla ilgilenir.

17*. Çocuk sıkıntıda olduğunda, anne ona bakar, durumuyla ilgili yorum yapar; ancak çocuğun ihtiyacını karşılamak için hiçbir şey yapmaz.

18*. Anne sadece çok uzun süren veya çok şiddetli olan sıkıntılara tepki verir. Aksi takdirde, çocuğun sıkıntılarına/huzursuzluğuna karşı ilgisizdir. Örneğin, çocuk sızlandığında veya iç çekme gibi stres belirtileri gösterdiğinde bile tepki vermez.

19. Anne, olumlu duygularını çocuğa içinden gelerek gösterir. Örneğin, çocuğa güzel şeyler (ör., kuzucuğum, canım, bir tanem) söyler.

20. Sevgisini şefkatle dokunarak, okşayarak, öpüp kucaklayarak gösterir.

21*. Sevginin gösterilmesi aceleyle ve zorunluluk icabıdır (örn., çocuğun üzerine eğilip kafasına soğuk bir öpücük kondurur), sıcak değil yapmacıktır.

23. Anne çocuğu kucağına aldığında rahattır, yakın teması sağlayacak şekilde, çocuğu kendi vücuduyla uyum içinde sarar.

24*. Anne, çocuk ile etkileşimi sırasında uzak ve kopuktur.

25*. Etkileşimleri, keyifli olmaktan çok zorunluluk gibidir.

26*. Annenin tahammülü düşüktür, çocuğun ilgi, bakım ihtiyaçları karşısında bunalır, ya sabırsız-kızgın, ya da pasif-yılgın olabilir

27. Odadan ayrılırken çocuğa gittiğini belli eder/ açıklama yapar; odaya tekrar girdiğinde de selamlar (Bu davranış, müdahaleci (intrusive) değildir).

28*. Anne çocuğu azarlar, eleştirir, çocuğa karşı negatiftir.

29*. Etkileşimi/teması devam ettirmek için çocukla dalga geçer, ona sataşır. Örneğin, çocuk bir şeyi yapamadığında güler; oyuncak önerip, çocuk ilgi gösterdiğinde oyuncağı ulaşamayacağı bir yere koyar; çocuk hoşlanmasa bile gıdıklamaya devam eder.

EK 7. Senaryo (Geri Bildirim Örnek)

Anne : D.G.

Çocuk : A.G

Kayıt Numarası : 1

Video senaryosu : Birlikte Oyun

Video teması : Keşfetme ve bağlanma

Anne profili :

- ***Çocuğun davranışlarını fark etme ve doğru yorumlama ve doğru tepkiler verme (Destekleyici rol olarak ailenin doğru tepkileri için cesaretlendirin) (5).***

- ***Çocuğuna duyarlı ve sevecen bir şekilde yönergeler vermek (7).***

+ ***Çocuğun olumsuz tepkilerine etkisiz girişimleri değiştirerek farklı stratejilerle yanıt verebilmek, (6).***

+ ***Çocuğunu göz kontağı kurması için cesaretlendirmek (12).***

Zaman	Mesaj kodu	Geri bildirim mesajı
00:06	*Çocuk adına konuşma - Bağlanma*	A.G. oyuncağın çıkardığı sesten çok hoşlanmış gibi görünüyor ve sizinle göz göze gelerek bu duygusunu sizinle paylaşıyor.
00: 26	*Çocuk Gelişimi*	Aferin sana! A.G. ne kadar zorlansa da başardı. "Yuppiieee başardım" onun için bu oyuncağa uzanıp almak zor da olsa uğraşmaya devam ediyor. Çocuklara bazen zorlandıkları şeyleri yapmak için fırsat tanımak gerekir. Başardıkça yeni girişimlerde bulunmak için motive olabilirler. Özellikle serebral palsili çocuklar fiziksel olarak zorlandığı için normalden biraz daha fazla zamana ihtiyaçları olabilir.
00:50	*Çocuk adına konuşma Duyarlılık*	Bakın sizden ne güzel yardım istiyor. Çok güzel bir an bu. Sizin yanında olmanız onun için çok önemli. Zorlandığı zaman size bakarak "aç" diyor. "- anne

		sana ihtiyacım var. Yardımcı olur musun? Diyor sanki. Annesinin yanında olması ve onun bu isteğine karşılık vermesi, kendisinin anlaşıldığı duygusunu veriyor. "– evet, ben yardım istedim, annem benim yanımda ve yardım edecek bana.
01:05	*Çocuk adına konuşma- Keşfetme*	-"Anne ben de yapabilirim. " A.G. oyuncakla çok ilgili ve çok dikkatli oynuyor. Şu an çok şey öğreniyor. Biz yetişkinler olarak onların bu meraklı ve dikkatli oyunlarında biraz fırsat vermek. Böylelikle çocuklar kendi kapasitelerini geliştirme ve yeni şeyler keşfetme fırsatını bulabilirler.
01:28	*Çocuk adına konuşma- Keşfetme Duyarlılık*	-Aaaa oyuncağın burasında ışık yanıyor! Bakın yeni bir şey keşfetti. Oyuncağı içine atmak zor geldi ama yine de başka bir yol denedi ve bu sefer başardı. Bazen çocukların ufak gibi görünen ve bizim isteğimizin dışında başardıklarını ödüllendirmek gerekebilir. -Aferin oyuncağa atacak başka bir yol buldun. Ne kadar güzel!
01:52	*Çocuk adına konuşma Duyarlılık*	A.G annesini dinliyor ve istediğini yapıyor. Bazen çocuklara kendi istediklerini yapmalarına izin vermek gerekir.
02:00	Anneye soru yöneltme	Ne istiyor acaba?
02:20	*Çocuk Gelişimi*	Annesinin oyununa katılmasından çok hoşlanıyor. Anneyi dinliyor. Çünkü beraber bir oyun keşfetti.
02:51	*Keşfetme*	Sanki yeni bir şeyler buldu.
03:09	Soru sorma	Arada ses çıkaran yeri fark ediyor sanki.
03:34	*Soru Sorma- Duyarlılık*	Dikkatini başka oyuncak çekti. Artık bu oyuncakla oynama istiyor sanki. Ne düşünüyorsunuz.
03:54	*Çocuk adına konuşma- Duyarlılık*	"Anne telefonumu aldın ama ben onunla oynamak isityordum." Çocuklar oyun oynarken kendi seçtikleri oyuncaklarla oynamaktan hoşlanırlar. Oyun onlara bazen lider olma fırsatını vermek gerekebilir. Serbral palsili çocuklarda dikkat dağınıklığı sıklıkla görüldüğü için bir oyuncakla oynama süreleri kısa olabilir. Bu durumda istediği oyuncakla oynamasına izin vermek bir süre sonra başkasına yönlendirmek gerekir.
04:15	Soru sorma	Acaba ne düşünüyor şimdi. Ne arıyor sizce?
04:25	*Bağlanma davranışı*	Annesi çok önemli ve onunla oynamaya devam etmek istiyor.

EK 8. Anne Çocuk Etkileşimi Profili Formu

Aşağıda belirtilen maddeler annenin olumlu davranışlarına dikkat çekmek & değiştirilmek istenen davranışlarını belirlemek için kullanılmalıdır.

1. Çocuğu gözleme ve işaretlerini fark etmek.
2. Çocuğun hareketlerini anlama, empati kurabilmek.
3. Çocuğun işaretlerine, gülümseyerek, kucağına alarak veya sözel olarak ödüllendirerek uygun, olumlu tepkiler verebilmek.
4. Çocuğun ağlama karşı gelme reddetme veya yaramazlık gibi olumsuz işaretlerini uygun şekilde tepki verebilmek.
5. Çocuğun davranışlarını doğru olarak tahmin etme ve farkına varma ve uygun bir doğru bir şekilde karşılık vermek
6. Çocuğun olumsuz davranışlarına karşılık olarak farklı stratejiler kullanabilme, etkisi olmayan stratejileri gerektiğinde değiştirebilmek.
7. Çocuğu duyarlı bir şekilde yönlendirmek.
8. Çocuğa bazı şeylere neden izin verilmediğini veya imkânsız olduğunu duyarlı ve uygun bir şekilde açıklayabilmek.
9. Çocuk oyuncakla oynarken ve bir şeyi keşfetmeye çalışırken oyununu bozmamak veya müdahale etmemek.
10. Annenin hızını çocuğun hızına göre ayarlayabilmek.
11. Fiziksel teması cesaretlendirilmek (özellikle çocuklarının kucaklarında oturmasından hoşlanmadığını veya kucaklamaktan hoşlanmadığını söyleyen aileler için geçerli).
12. Göz kontağı kurabilmek ve göz kontağı kurmayı desteklenmek.
13. Anne- çocuk arasında oyuncu, sıcak, olumlu bir iletişi sağlamak, duygu paylaşımı yapabilmek.
14. Çocukla sıcak bir ses tonu ve yüz ifadesi konuşmak.
15. Çocuğun başlattığı bir oyunu veya yapmak istediği bir aktiviteyi takip etmek ve ona katılmak.

EK 9. Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Kararı

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

EK 10. Türkiye Spastik Çocuklar Vakfı Akademik Kurul Onay Yazısı

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

EK 11. VIPP-SD Kursu Tamamlama Sertifikası

Certificate Of Attendence

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

EK 12. VIPP-SD Uygulayıcı Sertifikası

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

KAYNAKÇA

Abidin, R. R., ve Wilfong, E. (1989). Parenting Stress and Its Relationship to Child Health Care. Children's Health Care, 18(2), 114. https://doi-org.ezaccess.libraries.psu.edu/10.1207/s15326888chc1802_9

Able-Boone, H. (1997). Ethics in Early Intervention. In A. H. Widerstrom, B. A. Mowder, S. R. Sandall, ve R. E. Nickel (Eds.), *Infant Development and Risk: An Introduction* (pp. 197-207). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Ainsworth, M. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist, 34*(10), 932-937.

Ainsworth, M. (1969). Maternal Sensitivity Scales The Baltimore Longitudinal Project.

Ainsworth, M. (1993). Attachment as related to mother-infant interaction. *Advances in infancy research, 8*, 1-50.

Ainsworth, M. (1995) *On the Shaping of Attachment Theory and Research An Interview with Mary D. S./Interviewer: R. S. Marvin*. Monographs of the Society for Research in Child Development (Vol 2/3).

Ainsworth, M., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1979). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation* (1st ed.). Psychology Press. https://doi-org.ezaccess.libraries.psu.edu/10.4324/9781315802428

Alsancak-Akbulut, C., Sahin-Acar, B., & Sumer, N. (2020). Effect of video-feedback intervention on Turkish mothers' sensitivity and physical intrusiveness: a randomized control trial. *Attachment Human Development*, 1-19. doi:10.1080/14616734.2020.1753085

Avcı, Ş., Fener, T., M., & Mutlu, A. (2021). Serebral Palsili Çocukların Fonksiyonel Seviyeleri Ve Ekstremite Dağılımlarının Ebeveynlik Stres Düzeyine Etkileri *İAÜ Aydın Sağlık Dergisi, 2*, 123-141. doi:10.17932/iau.Asd.2015.007

Avieli, H., ve Band-Winterstein, T. (2017). "What Didn't I do for this child?": Parents' retrospective construction of their Child's CP diagnostic process. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 29(3), 385-405. doi:http://dx.doi.org.ezaccess.libraries.psu.edu/10.1007/s10882-016-9531-z

Aydın, R. (2013). *Aile Odaklı Tedavi Programı El Kitabı.* Retrieved from http://www.istanbulftr.org/uploads/documents/ Serebral Palsi Aile Odakli Tedavi El Kitabi.pdf

Aydın, R., ve Nur, H. (2012). Family-Centered Approach in the Management of Children With Cerebral Palsy. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 58*(3), 229-235. doi:10.4274/tftr.84429

Bakermans-Kranenburg, M. J.,Baardewijk, B.,P., Juffer, F., Velderman,M.,K., ve Van IJzendoorn, M. H. (2008c). Promoting positive Parenting. In F. Juffer, M. J. Bakermans-Kranenburg, ve M. H. Van IJzendoorn (Eds.), Insecure mothers with temperamentally reactive infants (pp. 1-10). London, UK: Erlbaum

Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., ve Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. Psychological Bulletin, 129(2), 195-215. doi:10.1037/0033-2909.129.2.195

Balldin, S., Fisher, P. A., ve Wirtberg, I. (2016). Video Feedback Intervention With Children. Research on Social Work Practice, 28(6), 682-695. doi:10.1177/1049731516671809

Barak, S., Elad, D., Silberg, T., ve Brezner, A. (2016). Mothers and Fathers of Children with Cerebral Palsy: Differences in Future Expectations. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 29*(2), 223-240. doi:10.1007/s10882-016-9521-1

Barfoot, J., Meredith, P., Ziviani, J., ve Whittingham, K. (2017). Parent-child interactions and children with cerebral palsy: An exploratory study investigating emotional availability, functional ability, and parent distress. *Child Care Health Development, 43*(6), 812-822. doi:10.1111/cch.12493

Barlow, J. H., Cullen-Powell, L. A., ve Cheshire, A. (2006). Psychological well-being among mothers of children with cerebral palsy. *Early Child Development and Care, 176*(3-4), 421-428. doi:10.1080/0300443042000313403

Barnett, M. A. (2008). Mother and Grandmother Parenting in Low-Income Three-Generation Rural Households. *J Marriage Fam, 70*(5), 1241-1257. doi:10.1111/j.1741-3737.2008.00563.x

Barone, L., Barone, V., Dellagiulia, A., & Lionetti, F. (2018). Testing an Attachment-Based Parenting Intervention-VIPP-FC/A in Adoptive Families with Post-institutionalized Children: Do Maternal Sensitivity and Genetic Markers Count. *Front Psychology, 9,* 156. doi:10.3389/fpsyg.2018.00156

Bartholomew, K. (1991). Avoidance of Intimacy: An Attachment Perpective. *Journal of Social and Personal Relationship 7*, 147-178.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment Styles Among \bung Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(2), 226-244. doi:0022-3514/91/S3.00

Bayhan, P , Taştekin, E . (2015). Avrupa'da Erken Müdahale Modelleri . *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal , Uluslararası Katılımlı 3. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Kongre Kitabı*

https://dergipark.org.tr/tr/pub/husbfd/issue/7893/103870.

Bayoğlu, B., Unal, Ö., Elibol, F., Karabulut, E., ve Innocenti, M. S. (2013). Turkish Validation of the PICCOLO (Parenting Interactions with Children: Checklist of Observations Linked to Outcomes). *Infant Mental Health Journal, 34*(4), 330-338. doi:10.1002/imhj.21393

Berkson, G. (2004). Intellectual and physical disabilities in prehistory and early civilization. *Mental Retardation, 42,* 195–208.

Berlin, L. J., Zeanah, C. H., ve Lieberman, A. F. (2014). Prevention and Intervention Programs for Supporting Early Attachment Security. J. Cassidy ve G. Vallortigara (Eds.), *Handbook of attachment : Theory, research, and clinical applications* içinde: Guilford Publications. .

Berument, S. K., Okur, Ş., Bahtiyar-Saygan, B., Yavaşlar-Doğru, Y., Bakır-Demir, T., ve Aran, Ö. (2018). Anne duyarlılık ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *Türk Psikoloji Yazıları, 21*(42), 17-24. doi:10.31828/tpy.13019961.2018.42.02.02

Bevans, K. B., ve Tucker, C. A. (2020). Classification Terminology in Cerebral Palsy. F. Miller, S. Bachrach, N. Lennon, ve M. E. O'Neil (Eds.), *Cerebral Palsy* içinde (pp. 309-323).

Blair, E., ve Cans, C. (2018). The Definition of Cerebral Palsy. C. P. Panteliadis (Ed.), *Cerebral Palsy* içinde (pp. 13-17): Springer.

Blair, E., Cans, C., ve Sellier, E. (2018). Epidemiology of the Cerebral Palsies. *Cerebral Palsy* içinde (pp. 19-28).

Bowlby, J. (1958). The Nature of the Child's Tie to his mother. *The International Journal of Psycho-Analysis, 39*(1).

Bowlby, J. (1960). Separation anxiety. The International Journal of Psychoanalysis, 41, 89-113. Erişim adresi: http://ezaccess.libraries.psu.edu/login?url=https://search-proquest-com.ezaccess.libraries.psu.edu/docview/615383288?accountid=13158

Bowlby, J. (1963). Pathological mourning and childhood mourning. *Journal of American Psychoanalytic Association, 11,* 500-541. doi:10.1177/000306516301100303

Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. *British Journal Psychiatry, 130,* 201-210. doi:10.1192/bjp.130.3.201

Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology, 28*(5), 759-775. doi:10.1037/0012-1649.28.5.759

Britto, P. R., Lye, S. J., Proulx, K., Yousafzai, A. K., Matthews, S. G., Vaivada, T., Bhutta, Z. A. (2017). Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet, 389*(10064), 91-102. doi:10.1016/s0140-6736(16)31390-3

Brown, I., Radford, J. P., ve Wehmeyer, M. L. (2017). Historical Overview of intellectual and developmental disabilities. M. L. Wehmeyer, I. Brown, M. Percy, K. A. Shogren, ve W. L. A. Fung (Eds.), *A Comprehensive Guide to iIntellectual and Developmental Disabilities* içinde (pp. 764). Baltimore, Maryland Paul H. Brookes Publishing, Co.

Bureau, J.-F., Deneault, A.-A., Martin, J., ve Yurkowski, K. (2019). Attachment and Parenting in the Preschool Years. In D. Whitebread, V. Grau, K. Kumpulainen, McClelland, Megan M., N. E. Perry, & D. Pino-Pasternak (Eds.), *Handbook of developmental psychology and early childhood education* (pp. 23-41): SAGE Publications Ltd.

CanChild. (t.y). Aile merkezli hizmetlerin tanımlaması. Erişim adresi: https://www.canchild.ca/en/research-in-practice/family-centred-service

Cans, C., Dolk, H., Platt, M. J., Colver, A., Prasauskiene, A., Krageloh-Mann, I., ve Group, S. C. (2007). Recommendations from the SCPE collaborative group for defining and classifying cerebral palsy. *Developmental Medicine Child Neurology Suppl, 109*, 35-38. doi:10.1111/j.1469-8749.2007.tb12626.x

Carter, S. L., Osofsky, J. D., ve Hann, D. M. (1991). Speaking for the Baby: A Therapeutic Intervention with Adolescent Mothers and Their Infants. Infant Mental Health Journal, 12(4), 291–301. Erişim adresi: https://doi-org.ezaccess.libraries.psu.edu/10.1002/1097-0355(199124)12:4<291::AID-IMHJ2280120403>3.0.CO;2-3

Cassidy , J. (2014). The Nature of the Child's Tie J. Cassidy ve P. Shaver, R. (Eds.), *Handbook of Attachment : Theory, Research, and Clinical Applications* içinde (pp. 3-20). Newyork London: Guilford Publications.

Cavkaytar, A., Aksoy, V., ve Avşar, A. (2014). Ebeveyn Öz Yeterlik Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmasının Güncellenmesi. *Anadolu Journal of Educational Sciences International, 4*(1), 69-76.

Çekiç, A., ve Hamamcı, Z. (2017). Adaptation of the Parenting Stress Index-Short Form into Turkish: a study of validity and reliability. *Anatolian Journal of Psychiatry*. doi:10.5455/apd.263093

Center, P.-t.-P. I. (2021). Why Do We Focus on the Prenatal-to-3 Age Period? Understanding the Importance of the Earliest Years (B.001.0121). Erişim adresi: https://pn3policy.org/resources/why-do-we-focus-on-the-prenatal-to-3-age-period-understanding-the-importance-of-the-earliest-years/

Ceran, M., A. (2020). *Serebral Palsi'li Çocuğu Olan Ebeveynlerin Öz Yeterlik Düzeylerinin Belirlenmesi Ve Anne-Baba Ebeveyn Öz Yeterlik Düzeylerinin Karşılaştırılması.* (Yüksek Lisans Yayınlanmamış). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.

Clements, M., ve Barnett, D. (2002). Parenting and attachment among toddlers with congenital anomalies: Examining the Strange Situation and attachment Q-sort. *Infant Mental Health Journal, 23*(6), 625-642. doi:10.1002/imhj.10040

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (Second ed.). New York: Academic Press.

Cohen, J. (1960). A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educational and Psychological Measurement, 20*(1), 37–46.

https://doi.org/10.1177/001316446002000104

Cohn, D. A., Cowan, P. A., Cowan, C. P., ve Pearson, J. (2008). Mothers' and fathers' working models of childhood attachment relationships, parenting styles, and child behavior. *Development and Psychopathology, 4*(3), 417-431. doi:10.1017/s0954579400000870

Dammann, O. (2018). Philosophy, Epidemiology, and Cerebral Palsy Causation. C. P. Panteliadis (Ed.), *Cerebral Palsy* içinde (pp. 29-33): Spronger.

Deater-Deckard, K. (2004). Parenting Stress and the Parent. 2004 (Ed.), *Parenting Stress* içinde. ProQuest Ebook Central,: Yale University Press.

Demircioğlu, G., Atılgan, E., ve Tarakcı, D. (2018). Hastane ve Özel Eğitim Ortamında Fizyoterapi Hizmeti Alan Serebral Palsi'li Çocukların Ailelerinin Beklentileri, Stres ve Memnuniyet Düzeylerinin Araştırılması. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 288-294. doi:10.17681/hsp.332542

Deniz, E. (2005). Cerebral Palsy'de Ayırıcı Tanı ve Genel Tedavi Yaklaşımları. H. Özcan (Ed.), *Cerebral Palsy* içinde (pp. 47-57). Istanbul: Boyut

Dereli, F., ve Okur, S. (2008). Engelli Çocuğa Sahip Olan Ailelerin Depresyon Durumunun Belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi 25*(3), 164-168.

Dilsiz, H. (2020). Serebral Palsi'li Çocukların Ebeveynlerine Uygulanan Aile Eğitimi Programının Aile İşlevleri, Yılmazlık ve Umutsuzluk Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. DoktoraTezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Doğan, H. (2014). *Serebral Palsili Çocuklar ve Eğitimleri*. Ankara: Eğiten Kitap.

Doğan, H. (2012). Özel öğrenme güçlüğü riski taşıyan 5-6 yaş çocukları için uygulanan erken müdahale eğitim programının etkisinin incelenmesi. (Yayımlanmamış doktora tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Drotar, D., Baskiewicz, A., Irvin, N., Kennell, J., ve Klaus, M. (1975). The Adaptationof Parents to the Birth of an Infant With a Congenital Malformation A Hypothetical Model. Erişim adresi: www.aappublications.org/news at Unversity of La Verne *Pediatrics, 56*(5), 710-717.

Eliasson, A.-C., Krumlinde-Sundholm, L., Rösblad, B., Beckung, E., Arner, M., Öhrvall, A.-M., & Rosenbaum, P. (2007). The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. *Developmental Medicine & Child Neurology, 48*(7), 549-554. doi:10.1111/j.1469-8749.2006.tb01313.x

Fiss, A. L., ve Jeffries, L. (2020). Early Intervention Services For Young Children with Cerebral Palsy. Miller F., Bachrach S., Lennon N., ve O. N. M.E. (Eds.), *Cerebral Palsy* içinde (pp. 2455-2472): Springer, Cham.

Floyd, F. J., ve Gallagher, E. M. (1997). Parental Stress, Care Demands, and Use of Support Services for School-Age Children with Disabilities and Behavior Problems. *Family Relations, 46*(4). doi:10.2307/585096

Fraley, R. C., Waller, N. G., ve Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*(2), 350-365. doi:10.1037//0022-3514.78.2.350

Fritz, H., ve Sewell-Roberts C., (2020). Family Stress Associated With Cerebral Palsy. Miller F., Bachrach S., Lennon N., ve O. N. M.E. (Eds.), *Cerebral Palsy* içinde(pp. 516-542): Springer, Cham. .

Gallagher, J. J., Beckman, P., ve Cross, A. H. (1983). Families of handicapped children: sources of stress and its amelioration. *Exceptional Children, 50*(1), 10-19. doi:10.1177/001440298305000102.

Gelfand, D., M., Teti, D., M., Seiner, S., A., & Jameson, P., B. (1996). Helping Mothers Fight Depression Evaluation of a Home-Based Intervention Programs for Depressed Mothers and Their Infants. *Journal of Clinical Child Psychology, 25*(4), 406-422.

Giardino , A. P., Giardino , E. R., ve Reena, I. (2014). Child Maltreatment and Disabilities: Increased Risk? J. E. Korbin ve R. D. Krugman (Eds.), *Handbook Of Child Maltreatment* içinde (Vol. 2). New York, London Springer, Dordrecht.

Gibson, E. J., ve Pick, A. D. (2003). *An Ecological Approach to Perceptual Learning and Development*. ProQuest Ebook Central,: Oxford University Press, Incorporated.

Glenn, S., Cunningham, C., Poole, H., Reeves, D., & Weindling, M. (2009). Maternal parenting stress and its correlates in families with a young child with cerebral palsy. *Child Care Health Development, 35*(1), 71-78. doi:10.1111/j.1365-2214.2008.00891.x

Graham, H. K., Harvey, A., Rodda, J., Nattrass, G. R., ve Pirpiris, M. (2004). The Functional Mobility Scale (FMS). *Journal of Pediatric Orthopaedics, 24* (5), 514-520.

Guillamon, N., Nieto, R., Pousada, M., Redolar, D., Munoz, E., Hernandez, E., Boixados, M., Gomez-Zuniga, B. (2013). Quality of life and mental health among parents of children with cerebral palsy: the influence of self-efficacy and coping strategies. *Journal Clinical Nursing, 22*(11-12), 1579-1590. doi:10.1111/jocn.12124

.

Guzzetta, A., Murray, L., Montirosso, R., & Ferrari, P. F. (2019). The Role of the Social Environment on Adaptive Neuroplasticity in Early Development. *Neural Plasticity, 2019*, 5375849. doi:10.1155/2019/5375849

Günel, M., K.,. (2011). Physiotherapy for Children with Cerebral Palsy. Z. P. Gadze (Ed.), *Epilepsy in Children - Clinical and Social Aspects içinde*: ntechOpen.

Hadders-Algra, M. (2014). Early diagnosis and early intervention in cerebral palsy. *Frontiers in Neurology 5*, 185. doi:10.3389/fneur.2014.00185

Hagel, C. (2018). Neuropathology of Cerebral Palsy. *Cerebral Palsy* içinde(pp. 35-47).

Hess, C. R., Teti, D. M., ve Hussey-Gardner, B. (2004). Self-efficacy and parenting of high-risk infants: The moderating role of parent knowledge of infant development. *Journal of Applied Developmental Psychology, 25*(4), 423-437. doi:10.1016/j.appdev.2004.06.002

Howe, D. (2006). Disabled children, maltreatment and attachment. *The British Journal of Social Work, 36*(5), 743-760. doi:10.1093/bjs

IJzendoorn, M. H., Juffer, F., ve Duyvesteyn, M. G. C. (1995). Breaking the Intergenerational Cycle of Insecure Attachment: A Review of the Effects of Attachment-Based Interventions on Maternal Sensitivity and Infant Security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36*(2), 225-248. doi:10.1111/j.1469-7610.1995.tb01822.x

Iles, J. E., Rosan, C., Wilkinson, E., & Ramchandani, P. G. (2017). Adapting and developing a video-feedback intervention for co-parents of infants at risk of externalising behaviour problems (VIPP-Co): A feasibility study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 22(3),* 483 -499. doi: 10.1177/1359104517704025

İnan, M. (Ed.) (2016). *Serebral Palsi Aile Rehberi*. İstanbul: Boyut yayıncılık.

Innocenti, M. S., Roggman, L. A., & Cook, G. A. (2013). Using the PICCOLO with Parents of Children with a Disability. *Infant Mental Health Journal, 34*(4), 307-318. doi:10.1002/imhj.21394

Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., ve van, I. M. H. (2017). Pairing attachment theory and social learning theory in video-feedback intervention to promote positive parenting. *Current Opinion in Psychology, 15*, 189-194. doi:10.1016/j.copsyc.2017.03.012

Juffer, F., IJzendoorn, M. H. v., ve Bakermans-Kranenburg, M. J. (2008). Attachment-based interventions in early childhood: An overview. F. Juffer, M. J. Bakermans-Kranenburg, ve M. H. v. IJzendoorn (Eds.), *Promoting positive parenting Attachment based Intervention* içinde (pp. 37-58). New York-London: Lawrence Erlbaum Associates.

Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., ve Van IJzendoorn, M. H. (2008a). Promoting positive Parenting. F. Juffer, M. J. Bakermans-Kranenburg, ve M. H. Van IJzendoorn (Eds.), *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention içinde* (pp. 1-10). London, UK: Erlbaum.

Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., ve Van IJzendoorn, M. H. (2008b). Methods of the video-feedback programs to promote positive parenting alone, with sensitive discipline, and with representational attachment discussions. F. Juffer, M. J. Bakermans-Kranenburg, ve M. H. Van IJzendoorn (Eds.), *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention* içinde (pp. 11-21). London, UK: Erlbaum.

Juffer, F., & Steele, M. (2014). What words cannot say: the telling story of video in attachment-based interventions. *Attachment Human Development, 16*(4), 307-314. doi:10.1080/14616734.2014.912484

Karadag Saygi, E., Giray, E., Peynirci Cersit, H., Ulutatar, F., ve Aydin, R. (2015). Assessment of Family Environment and Needs of Families Who Have Children with Cerebral Palsy. *Türkiye Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon Dergisi, 61*(4), 320-325. doi:10.5152/tftrd.2015.70745

Karasar, N. (2012). *Bilimsel Araştırma Yöntemi : Kavramlar ,İlkeler, Teknikler* (23 ed.). Ankara: Nobel Akademi Yayıncılık.

Kaytez, N., Durualp, E., ve Kadan, G. (2015). Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Gereksinimlerinin ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi. *Journal of Research in Education and Teaching, 4*(1), 197-217.

King, S., Teplicky, R., King, G., ve Rosenbaum, P. (2004). Family-centered service for children with cerebral palsy and their families: a review of the literature. *Seminars in Pediatric Neurology, 11*(1), 78-86. doi:10.1016/j.spen.2004.01.009

Koch, B. J., Bendicsen, H. K., ve Palombo, J. (2009a). *Guide to Psychoanalytic Developmental Theories*. New York: Springer Dordrecht Heidelberg.

Koch, B. J., Bendicsen, H. K., ve Palombo, J. (2009b). *Guide to Psychoanalytic Developmental Theories*.

Krstić, T., Batić, S., Mihić, L., ve Milankov, V. (2016). Mothers' Reactions to the Diagnosis of Cerebral Palsy: Associations with their Educational Level. *International Journal of Disability, Development and Education, 63*(4), 467-483. doi:10.1080/1034912x.2016.1142068

LaForme Fiss, A., Chiarello, L. A., Bartlett, D., Palisano, R. J., Jeffries, L., Almasri, N., ve Chang, H. J. (2014). Family ecology of young children with cerebral palsy. *Child Care Health Development, 40*(4), 562-571. doi:10.1111/cch.12062

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics, 33*(1), 159-174. doi:doi:10.2307/2529310

Loyd, B. H., ve Abidin, R. R. (1985). Revision of the Parenting Stress Index. *Journal of Pediatric Psychology, 10*(2), 169-177. doi:10.1093/jpepsy/10.2.169.

Main, M. (1983). Exploration, Play, and Cognitive Functioning Related to Infant-Mother Attachment. *Infant Behaviour and Development, 6*, 167-174.

Main, M. (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress . *Journal of the American Psychoanalytic Association, 48*(2), 1055-1096.

Marvin, R. S., ve Pianta, R. C. (1996). Mothers reactions to their childs diagnosis Relations With Security of Attachment. *Journal of Clinical Child Psychology, 25*(4), 436-445.

McHugh, M., L. (2012). Interrater reliability: The kappa statistic. *Biochemia medica, 22*(3), 276-282.

Meade, E. B., Dozier, M., & Bernard, K. (2014). Using video feedback as a tool in training parent coaches: promising results from a single-subject design. *Attachment Human Development, 16*(4), 356-370. doi:10.1080/14616734.2014.912488

Mert, E., Hallıoğlu, O., ve Ankaralı Çamdeviren, H. (2008). Turkish Version of the Parenting Stress Index Short Form A Psychometric Study. *Turkiye Klinikleri Journal of Medicine Science 28*, 291-296.

Miller, F. (2005a). Cerebral Palsy : Etiology, Epidemiology, Pathology, and Diagnosis. *Cerebral Palsy* içinde (pp. 27-50). Singapore: Springer.

Miller, F. (2005b). Cerebral Palsy: Neurologic Control Of The Musculos. *Cerebral Palsy Management* içinde. Singapore: Springer

Miller, F. (2005c). Cerebral Palsy: The Child The Parent And The Goal. *Cerebral Palsy* içinde. Singapore: Springer.

Miller, F. (2005). Cerebral Palsy: Therapy Education And Other Treatment Modalities. *Cerebral Palsy* içinde. Singapore: Springer.

Miller, F., ve Bachrach, S. J. (Eds.). (2006). *Cerebral palsy : A Complete Guide for Caregiving* (Second ed.). Baltimore: Johns Hopkins Press.

Mills-Koonce, W. R., Appleyard, K., Barnett, M., Deng, M., Putallaz, M., ve Cox, M. (2011). Adult Attachment Style and Stress as Risk Factors for Early Maternal Sensitivity and Negativity. *Infant Mental Health J, 32*(3), 277-285. doi:10.1002/imhj.20296

Mowder, B., A. (1997). Family Dynamics. A. H. Widerstrom, B. A. Mowder, ve S. R. Sandall (Eds.), *Infant Development and Risk:An Introduction* içinde (Second ed., pp. 125-155). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Obladen, M. (2011). Lame from birth: early concepts of cerebral palsy. *Journal of Child Neurology, 26*(2), 248-256. doi:10.1177/0883073810383173

Ocakçı , A., Kocakulak, O., Yıldırım, G. Ö., ve Duygu, A. (1995). *Serebral palsi'li (beyin felçli) çocuklar için aile rehberi.* . Ankara: Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayınları.

O'Farrelly, C., Barker, B., Watt, H., Babalis, D., Bakermans-Kranenburg, M., Byford, S. ve ark. Ramchandani, P. (2021). A video-feedback parenting intervention to prevent enduring behaviour problems in at-risk children aged 12–36 months: the Healthy Start, Happy Start RCT. *Health Technology Assessment, 25*(29), 114. doi:10.3310/hta25290

Ones, K., Yılmaz, E., Çetinkaya, B., ve Çağlar, N. (2005). Assessment of the quality of life of mothers of children with cerebral palsy (primary caregivers). *The American Society of Neurorehabilitation, 19*(3), 232-237. doi:10.1177/1545968305278857

Orta, İ., M. (2015). *Early Parenting Support: Application Of An Intervention Program To Enhance Maternal Sensitivity In Turkey.* (doktora tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Anakara.

Ovla, D. H., ve Taşdelen, B. (2012). Aykırı Değer Yönetimi. *Mersin Üni. Sağlık Bilim Dergisi, 5*(3), 1-8.

Özcan, H. (2005). Cerebral Palsy Nedir , Ne Değildir? H. Özcan (Ed.), *Cerebral Palsy* içinde (pp. 12-24). Istanbul: Boyut.

Özel, S., Çulha, C., Ünsal-Delialioğlu, S., Sarı, İ., Fatih, ve Köklü, K. (2016). Serebral palsi'li çocuklarda Kaba Motor Fonksiyon Sınıflama Sistemi düzeyleri ve tedavi yöntemleri arasındaki ilişki. *Turk J Phys Med Rehabilitation, 62*(2), 116-122. doi:10.5606/tftrd.2016.09069

Palisano, R., Rosenbaum, P., Walter, S., Russel, D., Wood, E., ve Galuppi, B. (1997). Development and reliability of a system, to classiffy gross motor function in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine ve Child Neurology, 39*, 214 - 223.

Palisano, R. J., Hanna, S. E., Rosenbaum, P. L., Russell, D. J., Walter, S. D., Wood, E. P., Galuppi, B. E. (2000). Validation of a model of gross motor function for children with cerebral palsy. *Physycal Therapy, 80*(10), 974-985. Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11002433

Palombo, J., Koch, B. J., ve Bendicsen, H. K. (2009a). Allen N. Schore (1943–).*Guide to Psychoanalytic Developmental Theories* içinde (pp. 319-333): Springer.

Palombo, J., Koch, B. J., ve Bendicsen, H. K. (2009b). Mary Salter Ainsworth (1913–1999). *Guide to Psychoanalytic Developmental Theories* içinde(pp. 303-315): Springer.

Palombo, J., Koch, B. J., ve Bendicsen, H. K. (2009c). Peter Fonagy (1952–). *Guide to Psychoanalytic Developmental Theories* içinde (pp. 335-347): Springer.

Panteliadis, C., Panteliadis, P., ve Vassilyadi, F. (2013). Hallmarks in the history of cerebral palsy: from antiquity to mid-20th century. *Brain Development, 35*(4), 285-292. doi:10.1016/j.braindev.2012.05.003

Park, M. S., Chung, C. Y., Lee, K. M., Sung, K. H., Choi, I. H., & Kim, T. W. (2012). Parenting stress in parents of children with cerebral palsy and its association with physical function. *J Pediatr Orthop B, 21*(5), 452-456. doi:10.1097/BPB.0b013e32835470c0

Parkes, J., Caravale, B., Marcelli, M., Franco, F., ve Colver, A. (2011). Parenting stress and children with cerebral palsy: a European cross-sectional survey. *Development Med Child Neurol, 53*(9), 815-821. doi:10.1111/j.1469-8749.2011.04014.x

Platje, E., Sterkenburg, P., Overbeek, M., Kef, S., ve Schuengel, C. (2018). The efficacy of VIPP-V parenting training for parents of young children with a visual or visual-and-intellectual disability: a randomized controlled trial. *Attach Hum Development, 20*(5), 455-472. doi:10.1080/14616734.2018.1428997

Poslawsky, I. E., Naber, F. B., Bakermans-Kranenburg, M. J., De Jonge, M. V., Van Engeland, H., & Van, I. M. H. (2014). Development of a Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting for Children with Autism (VIPP-AUTI). *Attachment Human Development 16*(4), 343-355. doi:10.1080/14616734.2014.912487

Poslawsky, I. E., Naber, F. B., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Daalen, E., van Engeland, H., ve van, I. M. H. (2015). Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting adapted to Autism (VIPP-AUTI): A randomized controlled trial. *Autism, 19*(5), 588-603. doi:10.1177/1362361314537124

Rani, N., Tripathi, N., ve Singh, S. (2014). Maternal Stress and Mother-Child Interaction Style Amon the Mothers of Cerebral Palsy Children – A Qualitative Study. *American Journal of Engineering Research (AJER), 3*(3), 245-250.

Ribeiro, M. F., Sousa, A. L., Vandenberghe, L., ve Porto, C. C. (2014). Parental stress in mothers of children and adolescents with cerebral palsy. *Rev Lat Am Enfermagem, 22*(3), 440-447. doi:10.1590/0104-1169.3409.2435

Roggman, L. A., Cook, G. A., Innocenti, M. S., Jump Norman, V., & Christiansen, K. (2013). Parenting Interactions with Children: Checklist of Observations Linked to Outcomes (PICCOLO) in Diverse Ethnic Groups. *Infant Mental Health Journal, 34*(4), 290-306. doi:10.1002/imhj.21389

Rosenbaum, P., ve Gorter, J. W. (2012). The 'F-words' in childhood disability: I swear this is how we should think! *Child Care Health Development, 38*(4), 457-463. doi:10.1111/j.1365-2214.2011.01338.x

Rye, H. (1989). *Children with Severe Cerebral Palsy:An Educational Guide*: UNESCO.

Sanger, T. D., Chen, D., Fehlings, D. L., Hallett, M., Lang, A. E., Mink, J. W., . . . Valero-Cuevas, F. (2010). Definition and classification of hyperkinetic movements in childhood. *Mov Disord, 25*(11), 1538-1549. doi:10.1002/mds.23088

Schoemaker, N. K., Jagersma, G., Stoltenborgh, M., Maras, A., Vermeer, H. J., Juffer, F., & Alink, L. R. A. (2018). The effectiveness of Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting for Foster Care (VIPP-FC): study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychol, 6*(1), 38. doi:10.1186/s40359-018-0246-z

Scott, P. A. (2000). Emotion, moral perception, and nursing practice. *Nursing Philosophy, 1*(2), 123-133.

Selcuk, E., Günaydin, G., Sumer, N., Harma, M., Salman, S., Hazan, C., . . . Ozturk, A. (2010). Self-reported romantic attachment style predicts everyday maternal caregiving behavior at home. *Journal of Research in Personality, 44*(4), 544-549. doi:10.1016/j.jrp.2010.05.007

Selçuk, E., Günaydin, G., Sümer, N., ve Uysal, A. (2005). Yetişkin Bağlanma Boyutlan İçin Yeni Bir Ölçüm: Yakin İlişkilerde Yaşantilar Envanteri-II'nin Türk Örnekleminde Psikometrik Açidan Değerlendirilmesi. [A New Scale Developed to Measure Adult Attachment Dimensions: Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) - Psychometric Evaluation in a Turkish Sample.]. *Türk Psikoloji Yazilari, 8*(16), 1-11.

Semrud-Clikeman, M., ve Ellison, A. (2007). *Child Neuropsychology Assessment and Interventions for Neurodevelopmental Disorders* (Second ed.): Springer.

Serdaroglu, A., Cansu, A., Md, S. Ö., ve Tezcan, S. (2007). Prevalence of cerebral palsy in Turkish children between the ages of 2 and 16 years. *Developmental Medicine ve Child Neurology, 48*(6), 413-416. doi:10.1111/j.1469-8749.2006.tb01288.x

Shapiro, S. S., ve Wilk, M. B. (1965). An analysis of variance test for normality *Biometi-ik, 52*(3-4), 591-611. Retrieved from http://www.jstor.org/stable/2333709 .

Shevell, M. (2019). Cerebral palsy to cerebral palsy spectrum disorder: Time for a name change? *Neurology*(92), 233-235. doi:10.1212/WNL.0000000000006747

Stang, K. M., King, N. E., ve Gaebler-Spira, D. (2019). It all started with a clubfoot: Beliefs surrounding cerebral palsy throughout history. *J Pediatr Rehabil Med, 12*(2), 115-121. doi:10.3233/PRM-190005.

Steele, H., ve Steele, M. (2018). *Handbook of attachment-based interventions*. In H. Steele & M. Steele (Eds.), (Kindle Edition ed., pp. 526).

Sullivan, P. M., ve Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. *Child Abuse Negl, 24*(10), 1257-1273. doi:10.1016/s0145-2134(00)00190-3

Sümer, N. (2006). Yetiskin Baglanma Ölçeklerinin Kategoriler ve Boyutlar Düzeyinde Karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi, 21*(57), 1-22.

Sümer, N. (2017). Ana babalık ve bağlanma. M. Sayıl ve B. Yagmurlu (Eds.), *Ana Babalık: Kuram ve Araştırma* içinde (pp. 169-190). İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.

Sümer, N., Sakman, E., Harma, M., ve Savaş, Ö. (2015). Turkish mothers' attachment orientations and mental representations of their children. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 34*(1), 49-63. doi:10.1080/02646838.2015.1092020

Sümer, N., Sayıl, M., ve Berument , K., Sibel. (2016). *Anne Duyarlılığı ve Çocuklarda Bağlanma* Koç Üniversitesi Yayınları.

Sümer, N., Orta, İ., M., Akbulut, C., Salman-Engin, S., İlden-Koçkar, A., Şahin-Acar, B., . . . Yaşar, B. (2019). Olumlu Ebeveyn Davranışlarını Arttırmaya Yönelik Video-Geribildirimli Müdahale Programının Anne Duyarlığı Üzerindeki Etkisinin Türkiye'de İncelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi, 35*(85), 100-116. doi:10.31828/tpd1300443320190219m000018

Spiker, D., Hebbeler, K., ve Mallik, S. (2005). Developing and Implementing Early Intervention Programs for Children with Disabilities. M. Guralnick (Ed.), *The Developmental Systems Approach to Early Intervention* içinde. Baltimore: Paul Brookes Publishing Co.

Türkiye Spastik Çocuklar Vakfı, (ty.). Erişim adresi: https://www.tscv.org.tr/PageContent/tr/adm-riskli-bebek-ve-erken-mudahale-programi/1221

Ustun, T. B., Chatterji, S., Bickenbach, J., Kostanjsek, N., ve Schneider, M. (2003). The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disabil Rehabil, 25*(11-12), 565-571. doi:10.1080/0963828031000137063

Üneri, Ö., & Karadavut, K. (2011). Ebeveyn Değerlendirmesine Dayalı, Serebral Palsili Çocuklarda Yaşam Kalitesi: Bir Ön Çalışma. *Nöro Psikiyatri Arşivi, 48*(3), 1-1. doi:10.4274/npa.5304

Van den Broek, E. G. C., van Eijden, A., Overbeek, M. M., Kef, S., Sterkenburg, P. S., & Schuengel, C. (2017). A Systematic Review of the Literature on Parenting of Young Children with Visual Impairments and the Adaptions for Video-Feedback Intervention to Promote Positive Parenting (VIPP). *J Development Phys Disabil, 29*(3), 503-545. doi:10.1007/s10882-016-9529-6

van Ijzendoorn, M. H., Goldberg, S., Kroonenberg, P. M., & Frenkel, O. J. (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: a meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development, 63*(4), 840-858. doi:10.1111/j.1467-8624.1992.tb01665.x

Van Zeijl, J., Mesman, J., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Stolk, M. N., Koot, H. M., & Alink, L. R. A. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1- to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 74(6), 994–1005. https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.994

Wanamaker, C. E., ve Glenwick, D. S. (1998). Stress, Coping, and Perceptions of Child Behavior in Parents of Preschoolers With Cerebral Palsy. *Rehabilitation Psychology, 43*(4), 297-312.

Wang, Y., Huang, Z., ve Kong, F. (2020). Parenting stress and life satisfaction in mothers of children with cerebral palsy: The mediating effect of social support. *J Health Psychol, 25*(3), 416-425. doi:10.1177/1359105317739100

Weinfield, N., S., Sroufe, A., L., Egeland, B., ve Carlson, E. (2014). Individual Differences in Infant–-Caregiver Attachment Conceptual and Emprical Aspects of Security. J. Cassidy ve P. Shaver, R. (Eds.), *Handbook of Attachment : Theory, Research, and Clinical Applications* içinde. Newyork London: Guilford Publications.

Wolff, M. S. D., ve IJzendoorn, M. H. V. (1997). Sensitivity ve Attachment: A Meta-Analysis on Parental Antecendents of Infant Attachment. *Child Development, 68*(4), 571-591.

Wolke, D., Jaekel, J., Hall, J., & Baumann, N. (2013). Effects of sensitive parenting on the academic resilience of very preterm and very low birth weight adolescents. *J Adolesc Health, 53*(5), 642-647. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.06.014

Wood, E., ve Rosenbaum, P. (2000). The gross motor function classification system for cerebral palsy: a study of reliability and stability over time. *Development Med Child Neurol, 42*(5), 292-296. doi:10.1017/s0012162200000529

Yagmur, S., Mesman, J., Malda, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Ekmekci, H. (2014). Video-feedback intervention increases sensitive parenting in ethnic minority mothers: a randomized control trial. *Attach Hum Development, 16*(4), 371-386. doi:10.1080/14616734.2014.912489

Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu Aşılar, R.,, ve Karakurt, P. (2012). Engelli Çocukların Annelerinin Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg, 20*(3), 200-209.

Yilmaz, H., Erkin, G., & İzki, A. A. (2013). Quality of Life in Mothers of Children with Cerebral Palsy. *ISRN Rehabilitation, 2013*, 1-5. doi:10.1155/2013/914738

Zihl, J., ve Dutton, G. (2015). *Cerebral Visual Impairment In Childhood : Visuoperceptive and Visuocognitive Disorders*: Springer-Verlag Wien.