

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

**TİP I DİABETES MELLİTUSU OLAN ADÖLESANLARDA
METABOLİK KONTROLE AİLE HAYATI VE ÇOCUK
YETİŞTİRME TUTUMUNUN ETKİSİ**

**Tezi Hazırlayan
Türkan KADİROĞLU**

**Tezi Yöneten
Öğr.Gör.Dr.Handan ZİNCİR**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Eylül 2010
KAYSERİ**

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

**TİP I DİABETES MELLİTUSU OLAN ADÖLESANLARDA
METABOLİK KONTROLE AİLE HAYATI VE ÇOCUK
YETİŞTİRME TUTUMUNUN ETKİSİ**

**Tezi Hazırlayan
Türkan KADİROĞLU**

**Tezi Yöneten
Öğr.Gör.Dr.Handan ZİNCİR**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Bu çalışma Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi
tarafından TSY-10-3109 nolu proje ile desteklenmiştir.**

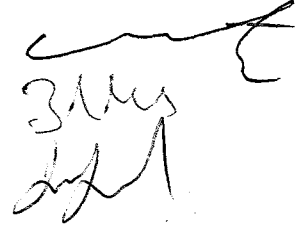
**Eylül 2010
KAYSERİ**

Öğr. Gör. Dr. Handan ZİNCİR danışmanlığında **Türkan KADİROĞLU** tarafından hazırlanan "**Tip I Diabetes Mellitusu Olan Adölesanlarda Metabolik Kontrole Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumunun Etkisi**" konulu bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

01./09/2010

JÜRİ

Başkan : Doç. Dr. M. Mümtaz MAZICIOĞLU
Üye : Doç. Dr. Meral BAYAT
Üye : Öğr. Gör. Dr. Handan ZİNCİR (Danışman)

İmza**ONAY:**

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulununtarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../2010

Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Saim ÖZDAMAR

III

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmam boyunca sabrıyla bana yol gösteren danışmanım Öğr. Gör. Dr. Handan ZİNCİR'e, çalışmanın planlanması ve yürütülmesi aşamasında emeği geçen Doç. Dr. Meral BAYAT'a, desteğini ve bilgilerini esirgemeyen Arş. Gör. Öznur TOSUN'a, tezin istatistiklerinin yapılması sırasında yardım sağlayan Biyoistatistik Anabilim Dalı'na, Erciyes Üniversitesi Çocuk Hastanesi Pediatri İntaniye Servisinde görev yapan tüm arkadaşlarıma ve her zaman yanımda olduklarını hissettiren sevgili eşim ve aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

TİP I DİABETES MELLİTUSU OLAN ADÖLESANLARDA METABOLİK KONTROLE AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMUNUN ETKİSİ

ÖZET

Çalışma, Tip I DM tanısıyla izlenen adölesanlarda metabolik kontrole aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumunun etkisini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Erciyes Üniversitesi Mustafa Eraslan ve Fevziye Mercan Çocuk Hastanesi Pediatrik Endokrinoloji Polikliniği'nde, 01 Ekim 2009 – 01 Mart 2010 tarihleri arasında Tip I DM tanısı ile izlenen 75 adölesan ve anneleri örnekleme alınmıştır. Veri toplama aracı olarak adölesan ve ailesine ilişkin çeşitli soruları içeren Anket Formu, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (PARI) ve Metabolik Kontrol Ölçüm Formu kullanılmıştır. Veriler gerekli sözel ve yazılı onamlar alındıktan sonra adölesanlar, anneleri ve hasta dosyalarından elde edilen bilgiler doğrultusunda toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler, Cronbach's Alpha, Pearson Korelasyon ve homojenlik testlerine göre iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testleri ile Sigma Stat programı kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan 75 adölesanın %68.0'i 14-17 yaş grubunda, %52.0'si kız ve %53.3'ü ilköğretim mezunudur. Annelerin %52.0'si 35-44 yaş grubunda, %68.0'i ilköğretim mezunudur. Çalışmada; annelerinin koruyucu ve karı-koca geçimsizliği puanlarının, 10-13 yaş grubu ve ilköğretime devam eden adölesanlarla, tanı süresi 0-3 yıl olan adölesanlarda yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Araştırmada, Tip I DM'li adölesanların açlık kan şekerleri ile PARI ölçeğinin karı-koca geçimsizliği boyutu arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Tip I DM'li adölesanların HbA1c düzeyleri ile annelerin demokratik tutumu arasında negatif yönlü bir ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuç olarak, aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumunun Tip I DM'li adölesanın açlık kan şekeri ve HbA1c düzeyini etkilerken, beden kitle indeksini (BKİ) etkilemediği bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda, aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumlarına ilişkin ailelere eğitim verilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Tip I Diabetes Mellitus, Adölesan, Metabolik Kontrol

**THE EFFECT OF THE FAMILY LIFE AND CHILD REARING ATTITUDES
ON METABOLIC CONTROL OF THE ADOLESCENT WITH TYPE I
DIABETES MELLITUS**

ABSTRACT

This study was conducted descriptively to determine the effect of the family life and child rearing attitudes on metabolic control of the adolescents diagnosed with Type I Diabetes Mellitus (DM). The sample was made up by 75 adolescents and their mothers who were watched for Type I DM diagnosis at the Pediatric Endocrinology Policlinics of Mustafa Eraslan and Fevziye Mercan Children Hospital of Erciyes University between the 1st of October 2009 and the 1st of March 2010. A questionnaire form that contained some questions about adolescents and their families, Parental Attitude Research Instrument (PARI) and Metabolic Control Measurement Form were used as the data collection tools. The data was collected themselves after the necessary oral and written approvals according to the data obtained from the adolescents, their mothers and their files. Descriptive statistics, Cronbach's Alpha, Pearson correlation and significance test between two means by homogeneous tests and Sigma Stat program were used in order to assess the data.

It was found out (n=75) that 68.0 % of the adolescents were in 14-17 age group, 52.0 % were girls and 53.3 % had primary school graduation. 52.0 % of the mothers belonged to 35-44 age group and 68.0 % had primary school graduation. We found that scores of protective attitudes and marital conflict were higher in adolescents go on primary school, 10-13 age group and diagnosed for 0-3 years ($p<0.05$). We discovered a positive correlation between marital conflict category of PARI instrument and fasting-blood-sugar (glucose) in adolescents with Type I DM ($p<0.05$). There was a negative correlation between HbA1c levels and democratic attitudes of the mothers in adolescents with Type I DM ($p<0.05$).

Consequently, family life and child rearing attitudes found to have impact on fasting glucose and HbA1c levels but not on body mass index (BMI) in adolescents Type I DM. In light of these results, it is recommended that families be trained about family life and child rearing.

Key words: Type I Diabetes Mellitus, Adolescent, Metabolic Control

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK	I
KABUL VE ONAY SAYFASI.....	II
TEŞEKKÜR.....	III
ÖZET.....	IV
ABSTRACT.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
KISALTMALAR.....	VIII
TABLO LİSTESİ.....	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. DİABETES MELLİTUS.....	5
2.2. DİABETES MELLİTUSUN ÖNEMİ.....	5
2.3. DİABETES MELLİTUSUN KLİNİK TİPLERİ.....	6
2.3.1. Tip I Diabetes Mellitus.....	6
2.3.2. Tip I Diabetes Mellitus Tanısı.....	7
2.3.3. Tip I Diabetes Mellitus Tedavisi.....	7
2.3.4. Tip I Diabetes Mellitusun Komplikasyonları.....	8
2.4. TİP I DİABETES MELLİTUS VE ADÖLESAN	9
2.4.1. Tip I Diabetes Mellituslu Adölesanlarda Metabolik Kontrol	10
2.4.2. Tip I DM'li Adölesanlarda Aile Hayatı ve Annelerin Çocuk Yetiştirme Tutumları.....	10
2.4.3. Çocuk Yetiştirme Tutumları.....	13
2.5. DİABET HEMŞİRESİ.....	15
2.5.1. Diabet Hemşireliği Standartları.....	16
2.5.2. Diabet Hemşiresinin Rollerini	16
2.5.3. Diabet Hemşiresinin Görevleri.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	18
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	18
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	19
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	19

VII

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	19
3.3.3. Araştırma Örneklemine Alma Kriterleri	19
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI.....	19
3.4.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması.....	19
3.4.2. Ön Uygulama.....	21
3.4.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	21
3.5. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU.....	22
3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	22
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	43
6. KAYNAKLAR.....	56
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

KISALTMALAR

DM	:Diabetes Mellitus
PARI	:Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği
BKİ	:Beden Kitle İndeksi
ADA	:Amerikan Diabet Birliği
OGTT	:Oral Glukoz Tolerans Testi

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Adölesanların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	23
Tablo 4.2. Adölesanların Ailelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	24
Tablo 4.3. Adölesanların Kardeşinde Kronik Hastalık Olma ve Ailesinde DM Olma Durumuna Göre Dağılımı	25
Tablo 4.4. Adölesanların ve Annelerinin Hastalığa İlişkin Eğitim Aldıkları Bilgi Kaynaklarına Göre Dağılımı.....	26
Tablo 4.5. Adölesanların Hastalığa İlişkin Kaynak Okuma ve Okunan Kaynaklarına Göre Dağılımı.....	26
Tablo 4.6. Adölesanların Tanı Süresine Göre Dağılımı	27
Tablo 4.7. Adölesanların Hastalığa Uyumlarını Gösteren Bazı Davranışlarına Göre Dağılımı.....	27
Tablo 4.8. Adölesanların Metabolik Kontrol Göstergelerine Göre Dağılımı.....	29
Tablo 4.9. Annelerin Adölesanlara Karşı Tutumlarına Göre Dağılımı	30
Tablo 4.10. Adölesanların Yaşına Göre PARI Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	31
Tablo 4.11. Adölesanların Cinsiyetine Göre PARI Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	32
Tablo 4.12. Adölesanların Öğrenim Durumuna Göre PARI Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	33
Tablo 4.13. Adölesanların Annelerinin Yaşına Göre PARI Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	34
Tablo 4.14. Adölesanların Annelerinin Öğrenim Durumlarına Göre PARI Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	35
Tablo 4.15. Adölesanların Annelerinin Mesleğine Göre PARI Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	36
Tablo 4.16. Ailelerin Maddi Durumuna Göre PARI Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	37
Tablo 4.17. Adölesanların Aile Tipine Göre PARI Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	38

Tablo 4.18. Ailesinde DM Olma Durumuna Göre PARI Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	39
Tablo 4.19. Annelerin Eğitim Aldıkları Bilgi Kaynaklarına Göre PARI Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	39
Tablo 4.20. Adölesanların Tanı Süresine Göre PARI Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	41
Tablo 4.21. Adölesanların Metabolik Kontrol Göstergeleri İle PARI Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon İlişkisi.....	42

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalıklar gelişmiş ve az gelişmiş ülkelerde görülen en önemli sağlık sorunlarından biridir. Geçen son yirmi yıl içerisinde kronik hastalığı olan çocukların sayısında önemli ölçüde artış olmuştur. Çocuklarda kronik hastalıkların insidansının, 18 yaşın altındaki nüfusta %10–15 arasında olduğu tahmin edilmektedir (1, 2).

Diabetes mellitus (DM), 0-18 yaş grubunda görülen kronik hastalıkların başında gelmektedir. Bu çağdaki DM vakalarının %98'inden fazlasını Tip I DM vakaları oluşturmaktadır. Tip I DM vakaları sıklıkla 10–15 yaşları arasında görülmeye başlanmaktadır (1, 3, 4).

Dünyada her yıl en az 60 bin çocuğa ve ergene Tip I DM tanısı konulmakta ve hastalığın görülme oranı her yıl %3–5 oranında artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde Tip I DM çocukluk çağında görülen kronik hastalıkların başında gelmektedir (100.000'de 20). İskandinav ülkelerinde Tip I DM, astımdan sonra çocukluk çağının en sık rastlanan kronik hastalığıdır (4, 5).

Türkiye'de ise, 7500–10000 dolaylarında Tip I DM'li çocuk bulunmaktadır. 1999 yılında Ulusal Diabet Programı Çocukluk Çağı Diabeti Grubu'nun yaptığı bir çalışmada 18 yaş altındaki çocuklarda Tip I DM görülme sıklığı yüz binde 2.52 olarak bulunmuştur (1, 2, 6).

Tip I DM; yaşam boyu süren, her yaştaki bireyi ve yakınlarını doğrudan ilgilendiren, kötü metabolik kontrol nedeniyle geri dönüşümsüz komplikasyonlara, organ ve işlev kayıplarına yol açarak yaşam kalitesini etkileyen, sosyal ve ekonomik yükü ağır olan bir

hastalıktır. Bu hastalık; adölesan dönemde olması ve çocuğun yaş özelliklerinden de kaynaklanan faktörler nedeniyle daha sıkıntılı yaşanabilmektedir (7).

Adölesan döneminde duygusal dalgalanmalar, düşünmeden hareket etme, birey olduğunu ispatlama çabası ve arkadaşlarına kendini kabul ettirme duygusu belirgindir. Adölesan, hastalığı nedeniyle kendisini diğer akranlarından farklı hisseder. Tip I DM’li adölesanların sıklıkla yas, anksiyete, yalnızlık duyguları ve sosyal izolasyon yaşadıkları belirlenmiştir. Adölesanlardaki bu durum, hastalığın gerektirdiği tedavi protokollerine uymakta güçlük yaşatabilmekte ve metabolik kontrollerini olumsuz etkilemektedir. Metabolik kontrolü yetersiz olan adölesanlarda daha fazla bağımlılık ve anksiyete gözlenir. Yapılan çalışmalarda, Tip I DM’li adölesanlarda en fazla gelecek endişesinin olduğu belirlenmiştir. Adölesanların çoğu; Tip I DM’ye bağlı kör olma, böbrek yetmezliği ve ekstremitte amputasyonu gibi komplikasyonlardan korktuklarını belirtmişlerdir (4, 8, 9).

Metabolik kontrolün temel belirleyicilerinden biri, kronik komplikasyon gelişmemesidir. Bakman’ın yaptığı bir çalışmada adölesan dönemindeki metabolik kontrolün; nöropati, nefropati ve retinopati gelişimini etkilediği belirlenmiştir (10).

Metabolik kontrolü değerlendirme kriterlerinden bir diğeri, adölesanın okula devam etme durumudur. Okul, adölesanın akranlarıyla birlikte olması, bağımsızlığını ve kimliğini keşfedebilmesi, yeteneklerini ve imkanlarını geliştirebilmesi, topluma uyum sağlayabilmesi, en üst düzeyde verimli ve yapıcı olabilmesi açısından vazgeçilmez bir ortamdır. Tip I DM’li adölesana sahip olan aileler tek başına bireyi okula gönderme konusunda oldukça gergin ve heyecanlıdır. Aynı zamanda; kronik bir hastalığının olması, buna bağlı akut ve kronik komplikasyonların gelişmesi ve uymaları gereken bir diyetlerinin olması, adölesanların okuldan uzaklaşmasına neden olabilir. Bayat ve Çavuşoğlu’nun yaptığı çalışmada, adölesanların büyük çoğunluğunun (%90), hastalığa bağlı olarak okula ara verdiği saptanmıştır. Bu durum Tip I DM’li adölesanların yeni beceriler kazanmalarını ve normal akran ilişkilerinin gelişimini engellemekte ve benlik saygısının olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır (1, 4, 11, 12).

Tip I DM ile birlikte, adölesanlarda metabolik kontrolü sağlamak için düzenli insülin enjeksiyonları, kan glikozunun izlenmesi, diyet tedavisi ve düzenli egzersiz yapılması diğer gençlerden farklı bir yaşam tarzını gerektirmektedir. Sağlıklı akranları tarafından reddedilmekten korkan adölesanın, hasta oldukları gerçeğini saklamaya çalıştıkları ve

önerilen diyet ve insülin programına uyumda daha uyumsuz davrandıkları belirlenmiştir (2).

Hastalık nedeniyle büyüme ve gelişmenin geri kalması, pubertede gecikme nedeniyle yaşlılarından daha küçük görünme, özel bir diyetle uymak zorunda kalma, hipoglisemi ve hiperglisemi atakları olabilecek sorunlardandır. Sonuçta, hastalığın yönetiminde yeterli metabolik kontrolün sağlanamaması; adölesan ve ailesinin yaşam kalitesini düşürmekte ve bu durum depresyon ihtimalini artırmaktadır (2, 13, 14).

Ailede kronik hastalığa sahip bir çocuğun bulunması, tüm aileyi ve ailenin döngüsünü etkilemektedir. Ailenin hastalığa uyum sağlaması ve normal döngüsünü sürdürmesi, hem kronik hastalığı olan çocuğun sağlığı ve bakımı, hem de diğer aile üyelerinin sağlığı için önemlidir. Anne-baba uyumu, diğer aile üyelerinin uyumu ve sağlığı için temel noktadır. Lovchuk (2003), adölesanın kronik hastalığının ailede ilişkilerin bozulmasına, yüksek düzeyde boşanma oranlarına, aile içinde çelişkili tutum ve davranışlara neden olduğunu belirtmektedir (15).

Hastalık tanısı konulduktan sonra aile ve çocuk, diğer kronik hastalıklarda gözlenen şok, inkar, öfke, korku, suçluluk, depresyon, kabul etme ve uyum aşamalarını gösterirler. Bu aşamalarda anksiyete, korku, suçluluk, çaresizlik ve kontrol kaybı gibi duygular yaşarlar (2, 4).

Hastalıktan dolayı kendini suçlu hisseden aileler, çoğunlukla adölesanlara karşı aşırı hoşgörölü, aşırı koruyucu ya da reddetme davranışı gösterebilmektedirler. Bu tutumlar, adölesanların tedaviye olan uyumlarını olumsuz etkileyebilmektedir (2, 4).

Ayrıca, ebeveynler çocuklarını büyütürlerken genellikle kendi büyütöldükleri koşullardaki ortamın etkisinde kalırlar, farklı bir yetiştirme modeli olabileceğinden habersizdirler. Bunun yanı sıra çocukta kronik bir hastalık varsa, ebeveynler için bir rol modeli olmadığından, kendilerine olan güvenlerini kaybedebilirler (4, 16).

Adölesanın akut veya kronik dönemde yaşadığı sorunlarla birlikte, ailesinin yaşadığı sorunların da sağlık personeli tarafından bilinmesi, tedavi sürecinde çok önemli bir noktadır. Tip I DM'li adölesanın metabolik kontrolünün sağlanması ile adölesan ve ailesinin hastalığa uyumunun sağlanması hemşirenin görevleri arasındadır. Konuyla ilgili yapılan çalışmalar da hastanede yatan çocukların aileleri ve çocuğun bakım

hizmetini yürüten hemşireler arasındaki iiinin, hasta ocuk üzerinde çok önemli rolü olduğu belirtilmektedir (4, 17).

Yukarıda da belirtildiği gibi, ailede Tip I DM’li adölesanın olması, ailenin işlevselliğini bozar ve adölesana karşı aile tutumları etkilenir. Özellikle aile hayatı ve ocuk yetiştirme tutumunun adölesanda metabolik kontrolü etkileyeceği düşüncesi ile bu alıma; Tip I DM tanısıyla izlenen adölesanlarda metabolik kontrole aile hayatı ve ocuk yetiştirme tutumunun etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DİABETES MELLİTUS

Diabetes Grekçe'de "sifon" anlamına gelmekte olup, çok miktarda idrar çıkarımını tanımlamak için kullanılmıştır. Mellitus ise yine Grekçe "bal" anlamına gelmekte olan "mel" sözcüğünden üretilmiştir (18).

Diabetes mellitus (DM), endojen insülinin tam ya da kısmi eksikliği ya da periferde insülin direncinin neden olduğu, kronik hiperglisemi, karbonhidrat, protein ve yağ metabolizması bozukluklarıyla giden ve bunların sonucunda kapiller membran değişiklikleri ve hızlanmış aterosklerozun olduğu ve tedavi edilmediğinde poliüri, polidipsi, polifaji semptomlarıyla seyreden bir sendromdur (19).

Görülme sıklığının giderek artması, ömür boyu tedavi ve bakım gerektirmesi, komplikasyonları ile insan yaşamına önemli sınırlılıklar getirirken, topluma ağır maddi yük oluşturmaları nedeniyle DM, günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir. DM, hem kendisi hem de yol açtığı komplikasyonların önemli oranda önlenabilir olması nedeni ile öncelikle ele alınması gereken toplum sağlığı sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir (20).

2.2. DİABETES MELLİTUSUN ÖNEMİ

DM dünyada en sık görülen kronik hastalıktır. Her yıl 7 milyon kişi DM tanısı almaktadır. Günümüzde 250 milyona yakın olan DM'li hasta sayısının, 2025 yılında 380 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. DM ağır organ hasarlarına ve erken ölümlere sebep olabilir. Her yıl 3,8 milyon kişi DM'ye bağlı nedenlerle hayatını

kaybetmektedir. Her 10 saniyede 2 kişi DM tanısı almakta, 1 kişi DM nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Gelecek yıllarda bu sayının %25 artacağı düşünülmektedir.

DM'si olan hastalarda kardiyovasküler hastalıklar en önemli ölüm nedenidir. Kalp krizi ve inme geçirme riski, DM'si olmayanlara göre 2 kat daha fazladır. Gelişmiş ülkelerdeki böbrek yetmezliği vakalarının ve buna bağlı büyük oranlardaki diyaliz harcamalarının en önemli nedeni diabetes mellitustur. Tüm diabetes mellitusluların %20'si böbrek yetmezliği sonucu hayatını kaybetmektedir. Diabetes mellitusa bağlı retinopati gelişmiş ülkelerde erişkinlerde görme kaybının en önemli nedenidir. Dünya üzerinde yaklaşık 2,5 milyon insan DM'ye bağlı retinopatiden etkilenmektedir. DM tanısından yaklaşık 15 yıl sonra DM'lilerin %2'sinde körlük, %10'unda ciddi görme kaybı gelişmektedir. Alt ekstremitte amputasyonlarının %40-70'inden DM sorumludur. Dünya üzerinde her 30 saniyede bir, 1 DM'li hasta ayağını kaybetmektedir.

DM maliyeti çok yüksek bir hastalıktır. DM'nin kişi başı yıllık maliyeti 1100-1200 dolar civarındadır. Bu miktarın yaklaşık yarısı tedavi için yapılan harcamalardan kaynaklanmaktadır. Türkiye'de DM için yapılan toplam harcama yıllık 1,1-2,5 milyar dolar arasındadır. Komplikasyon varlığında doğrudan toplam maliyet 3 kat artmaktadır. Bir hasta herhangi bir nedenle hastaneye yatırıldığında maliyet 6,5 misli artmaktadır (5, 17).

2.3. DİABETES MELLİTUSUN KLİNİK TİPLERİ

Diabetes mellitusun farklı tipleri bulunmaktadır. Majör sınıflandırılmaya göre;

- Tip I (İnsüline bağımlı diabetes mellitus)
- Tip II (İnsüline bağımlı olmayan diabetes mellitus)
- Başka sendrom ve durumla ilgili diabetes mellitus tipleri
- Gestasyonel gebelik sırasında bozuk glikoz toleransı (21-24).

2.3.1. Tip I Diabetes Mellitus

Tip I diabetes mellitus, uygun genetik bir zeminde ve çevresel faktörlerin etkisiyle pankreas beta hücrelerinin otoimmün yıkımına bağlı olarak, mutlak insülin yetersizliği ile ortaya çıkan kronik bir tablodur. Her yaşta ortaya çıkabileceği gibi, genellikle 40 yaş öncesi gelişir.

Tip I diabetes mellitusun 4 klinik evresi vardır.

- a) Preklinik (Prediabet) Dönem: Tip I diabetes mellitusun klinik semptomlarının ortaya çıkmasına kadar geçen asemptomatik dönemdir.
- b) Klinik Dönem: Klinik semptomların tam olarak yerleştiği ve beta hücre rezervinin çok düşük olduğu dönemdir.
- c) Kısmi Remisyon (Balayı) Dönemi: Tanı konulduktan sonra, pankreastan insülin salgısının devam ederek metabolik bozukluğun geçici olarak düzeldiği evredir.
- d) İleri Klinik Dönem: Bu dönemde eksojen insülin alınması zorunlu hale gelmiştir. Bu dönemde bir gün dahi insülin alınmaması ketoasidozun hızla ortaya çıkmasına neden olmaktadır (18, 22-24).

2.3.2. Tip I Diabetes Mellitus Tanısı

Diabetes mellitus tanısı, hastalığa özgü klasik semptomlar, komplikasyonlar ve bu semptomları doğrulayıcı testlerle konulabilir.

Amerikan Diabet Birliğine (ADA) göre; DM'nin tanısı açlık glisemisinin venöz plazmada en az iki ardışık ölçümde 126 mg/dl veya daha yüksek olması ile konur. Yine günün herhangi bir saatinde açlık veya tokluk durumuna bakılmaksızın randomize plazma glisemisinin 200 mg/dl'nin üzerinde olması ve polidipsi, poliüri, polifaji, zayıflama gibi semptomların oluşu ile de tanı konulabilir.

Açlık plazma glukoz düzeyi 100-126 mg/dl arasında olan ve DM açısından yüksek risk taşıyan bireylerde belirli aralıklarla OGTT (Oral Glukoz Tolerans Testi) yapılarak bozulmuş glukoz toleransı veya DM aranmalıdır. Açlık kan şekeri tek başına tanı kriterlerini sağlıyorsa, OGTT'ye gerek yoktur. Eğer hastada semptomlar yok veya hafif var ise ve glisemi tanımlarını zorluyor ise OGTT gerekebilir. Ayrıca bozulmuş glukoz tolerans tanısı içinde OGTT'ye gerek vardır (22-25).

2.3.3. Tip I Diabetes Mellitus Tedavisi

Tip I DM tedavisi, multidisipliner ve interdisipliner bir ekip ile yürütülmelidir.

Çocukluk dönemindeki Tip I DM tedavisinin amacı;

- Çocuk/adölesanın ve ailenin gereksinimleri belirlenerek, aileye yönelik bireysel bakım planının hazırlanması,
- DM'ye özgü belirtilerin giderilmesi,

- Kan glukoz seviyesinin normoglisemik düzeyde tutulması,
- Çocuğun yaşına uygun normal büyüme ve gelişmenin sağlanması,
- Çocuğun evde, okulda, sosyal çevresinde normal yaşamını sürdürebilmesi,
- Psikososyal ve metabolik komplikasyonların önlenmesi veya en aza indirilmesi,
- Optimal psikososyal desteği sağlayarak sorunları önlemek ve çocuğun yaşam kalitesini korumaktır (22, 26).

Toplumun ve sağlık personelinin diyabet konusunda bilinçlenmesi, ulaşılabilir sağlık merkezlerinin çoğaltılması ve sosyoekonomik olanakların artırılması sağlanarak, Tip I DM’de erken tanı ve tedavi olanakları artırılmalıdır. Bideci yaptığı çalışmada, zaman içinde Tip I DM’li hastaların daha erken tanı alabildiği ve ağır diyabetik ketoasidoz tablosu gelişmeden tedavi edilebilen hasta sayısının arttığını gözlemiştir. Bu durum mortalite ve morbidite oranının düşmesini ve acil tedavide daha yüz güldürücü sonuçlar elde edilmesini sağlar.

Tip I DM tedavisinin temel öğeleri;

- Diyabet eğitimi
- Beslenme
- Egzersiz
- İnsülin
- Glisemik kontrolün kendi kendine izlemi
- Psikososyal danışmanlıktır (26, 27).

2.3.4. Tip I Diabetes Mellitusun Komplikasyonları

Tip I DM’nin komplikasyonları akut ve kronik olmak üzere iki grupta incelenir.

- a) Tip I DM’nin Akut Komplikasyonları: Yaygın olarak üç akut komplikasyon görülür. Bunlar, hiperglisemi, ketoasidozdur.
- b) Tip I DM’nin Kronik Komplikasyonları: Vasküler ve nonvasküler olarak ayrılabilir. Vasküler komplikasyonlar da mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlar olarak ayrılır. Nonvasküler komplikasyonlar gastroparezi, seksüel disfonksiyon ve deri değişiklikleri gibi problemlerdir.

Mikrovasküler Komplikasyonlar: Retinopati, nöropati, nefropati.

Makrovasküler Komplikasyonlar: Koroner arter hastalığı, periferik vasküler hastalık, serebrovasküler hastalık (4, 20, 21).

2.4. TİP I DİABETES MELLİTUS VE ADÖLESAN

Adölesan dönemindeki genç bireyin sağlık bakımında yaşamda üstleneceği rolün sağlanması oldukça önemlidir. Kronik hastalıklar adölesanın bağımsızlığını ve kimliğini kaybetme riskini gündeme getirir. Bağımsızlıkları, cinsel gelişimleri, meslek seçimi ve eğitimleri kısıtlanabilir, geleceğe ilişkin planlar değişir ve bu durum yoğun keder duygusunun yaşanmasına neden olabilir. Bunların yanı sıra adölesanın kendini akranlarından farklı hissetmesi kendine olan güven duygusunun kaybına, benlik saygısının düşmesine ve aşağılık duygusunun gelişmesine neden olabilir. Adölesanın fiziksel, duygusal ve ekonomik açıdan ebeveynlerine bağlı kalması ebeveyn adölesan karmaşasını artırır ve tedaviye uyumda sıkıntı yaşanmasına neden olabilir (4, 26).

DM’li adölesanlarda hastalığın oluşturduğu sorunlu davranış biçimi, adölesan dönemin özelliklerine bağlı olarak artar. Bireyde adölesan dönemin başlaması, insülin direncine ve optimal metabolik kontrolün sağlanmasına engel olabilecek psikososyal değişimlere neden olmaktadır. Adölesanın bağımsızlığı, beden imgesi, kimliği, benlik saygısı DM nedeniyle olumsuz yönde etkilenir. Bu nedenle Tip I DM’li adölesanda depresyon, anksiyete bozukluğu, davranış bozukluğu görülebilir. Bu durum daha yüksek dozlarda insülin kullanmayı gerektirecek insülin direncine yol açan hormonal değişimlere ilaveten adölesandaki psikolojik değişim tedaviye uyumu zorlaştırmaktadır (4, 9, 28, 29, 30).

Yasları 6-18 arasında olan 349 Tip I DM’si olan ve 409 Tip I DM’si olmayan Kuveytli çocuklar ile yapılan bir araştırmada, çocukların sosyal ve psikolojik durumları araştırılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; Tip I DM’si olan çocuklarda olmayan çocuklara göre anksiyete ve depresyon derecesi yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada, Tip I DM’li çocuklarda okula devamsızlığın fazla olduğu, arkadaşlarının gözünde kötü imaja sahip oldukları ve fiziksel aktivitelerinin az olduğu saptanmıştır. Psikososyal ilişkiler Tip I DM’si olan çocuklarda, olmayanlara göre daha kötü bulunmuştur. Aynı çalışmada HbA1c, depresyon ve anksiyete arasında pozitif ilişki bulunmuştur (10, 31).

2.4.1. Tip I Diabetes Mellituslu Adölesanlarda Metabolik Kontrol

Tip I DM’li adölesanların tedavisinde amaç, uygun bir metabolik kontrol ile büyüme ve gelişmenin sağlanması ve akut metabolik komplikasyonların, ileride gelişebilecek kronik komplikasyonların önlenmesidir (32).

Adölesanlarda duygusal dalgalanmalar, düşünmeden hareket etme, ebeveynlerden ayrılma çabası ve arkadaşlarına kendine kabul ettirme duygusu belirgindir. Adölesanlarda ki bu riskli davranışlar metabolik kontrollerini olumsuz etkileyebilmektedir (32, 33).

Bakman’ın yaptığı çalışmada kötü metabolik kontrolün temel belirleyicisi olan nöropati, nefropati ve retinopati gelişiminde ise, hastalık süresi ve pubertal dönemin de bu süreci etkilediği ortaya çıkmıştır. Bu nedenle eğitim, olabildiğince genç ve diabet yaşı küçük olan bireylere verildiğinde, bu kişiler eğitimden daha etkin faydalanabilirler. Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi DM’de de, erken tanı sorun çözme sürecine uygulandığında, metabolik kontrolünün daha iyi olduğu görülmüştür (2, 4, 21).

Tip I DM’si olan adölesanın tedavisinde metabolik kontrolün sağlanması önemlidir. Yeterli metabolik kontrolün kriterleri şunları içerir:

1. Kan şekerinin istenilen düzeyde olması
2. Normal büyüme ve gelişmenin sağlanması
3. Okula devamsızlığının az olması
4. Nadiren hafif hipoglisemik atakların olması (4).

2.4.2. Tip I DM’li Adölesanlarda Aile Hayatı ve Annelerin Çocuk Yetiştirme Tutumları

Çocuklarında bir hastalık belirlenen anne ve baba etkilenmekte ve belirli evreler geçirmektedir. Başlangıçta çocuklarını hastalık nedeni ile kaybedecekleri kaygısı ile belirginleşen şok, korku ve anksiyete görülmektedir. Özellikle çocuğun dış görünüşünde hastalığa ilişkin bir belirti yoksa şok durumunu tanıya inanmama ya da inkar etme izlemektedir. Bu belirtileri kızgınlık ve içleme duygusu izlemekte, ardından eşi ya da kendini suçlama ortaya çıkmaktadır. Bu süreçte anne babanın krizin evreleri kısa sürede atlatabilmesi ve tedavi ekibine yardımcı olarak sağlık profesyonelleri ile işbirliği yapması gerekmektedir (3, 4, 34, 35).

Çoğu insan krizle karşılaştığında aynı aşamalardan geçer. Profesör Johnny Ludvigsson krizin değişik dönemlerini tanımlamıştır. Krizin farklı dönemleri;

1- Şok Dönemi: Net bir şekilde düşünmek zorlaşır. Düşünceler kafanın içinde uçuşmaya başlar. Her şey gerçek dışı görünmeye başlar. Bu bizim veya benim başıma gelmiş olamaz, bu doğru olamaz vs.

2- Reaksiyon Dönemi: Hüzün, gözyaşı, agresyon ve acılı düşüncelerle seyreten reaksiyon dönemi zaman alacaktır. Teselli önemlidir, ancak dürüst olmalı, gerçekdışı ve içten olmamalıdır.

3- Onarım Dönemi: Bu hastalıkla ilgili bir şeyler yapabilmeliyiz. Şimdi hastalık hakkında bilgi edinmek zamanıdır.

4- Yeniden Oryantasyon Dönemi: Bu döneme girmeden önce uzun bir zaman geçer. Diabetes Mellitusun önemli bir şey olduğu ama yaşama ait her şey olmadığı gerçeği kabullenilir (33, 35).

Yaşamı uzun süre etkileyen ve kısıtlamalar getiren Tip I DM adölesan ve aile için zor bir durumdur. Adölesan ve ailesi üzerindeki hastalığın psikolojik etkileri; hastalığın şiddeti, oluşturduğu fonksiyonel kısıtlılık ve tedavi yönteminden etkilenir. Ayrıca hastalık öncesi adölesanın uyumu ve kişilik özellikleri, ailenin hastalığa yaklaşımı ve çocukla ilişkisi, hastalığın tanısını koyan ve tedavisini üstlenen ekibin aile ve çocukla kurduğu ilişki de hastalığa ve tedaviye uyum açısından önemli faktörlerdir (3).

Uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren kronik hastalıklar, aile içi ilişkilerin bozulmasına, stresin artmasına ve ekonomik problemlerin ortaya çıkmasına neden olmakta; aile yaşamını maddi, duygusal, davranışsal, bilişsel ve sosyal yönden etkilemektedir. Yapılan bir araştırma sonuçlarına göre; ailelerin %41,7'sinin eşleri ile ilişkilerinin olumsuz etkilendiği, %79,1'inin ekonomik güçlük yaşadığı, çocuğu kronik hastalık nedeniyle hastaneye yatırılan ailelerin büyük çoğunluğunun sosyal güvenceye sahip oldukları, ailelerin %54,9'unun ise sağlam çocuklarının bakımında güçlük yaşadıklarını ifade ettiği belirlenmiştir (4, 36, 37).

Literatürde, kronik hastalıklı çocuğu alan ailelerde tartışma konularının çocuğun hastalığının nedenleri, çocuğa en iyi nasıl bakılacağı veya sorumlulukların dağıtımı konusunda olduğu belirtilmektedir. Ana-babaların, çocuklarla ilgili duygularını birbirlerine ifade etmede de sorun yaşayabildikleri, eğer çocuğun doğumundan önce

ailede evlilik problemleri yaşanıyorsa, çocuğun hastalığının anlaşmazlık odağı olarak diğer problemlerin yerini aldığı; çocuğun hastalığı ile başa çıkmada başarılı olan ailelerde, üyeler arasında açık iletişimin olduğu, sorumlulukları paylaşmada istekli oldukları, çocuğun ileriki yaşamı konusunda doğru bilgilere sahip oldukları bildirilmektedir (36).

Kronik hastalığın yarattığı duygusal, ekonomik ve sosyal sonuçlar hasta ve ailesi için ayrı bir önem taşımaktadır. Aile üyeleri kronik hastalığı olan çocukla birlikte acı çekme, depresyon, sorumlulukların artması, korku, anksiyete gibi emosyonel duygular hissettikleri belirlenmiştir. Kupst yaptığı çalışmalarında, çocuğun kronik hastalığı ile mücadele ve uyumla ilgili en sık sözü edilen demografik değişkenin düşük sosyoekonomik statü olduğunu belirtmiştir. Bu duruma ilk tanı ve tedavi süresince anne ve babanın sağlık ekibi ile kurdukları ilişkinin kalitesinin, çocukların hastaneye sık götürülüp getirilmesinin, hastane içi ve hastane dışı tedavi masraflarının karşılanmasının, ebeveynlerden birinin çocuğun bakımı nedeniyle işinden ayrılmak zorunda kalmasının neden olduğu; ekonomik konulardaki yetersizliğin anne-babaya ek stresler yüklediği, aile içi çatışmaların artmasına ve ebeveynlerin kendilerine olan saygılarının zedelenmesine neden olabildiği bildirilmektedir (36, 38, 39).

Diğer taraftan kronik hastalık adölesan ve ailesinin sağlıklı şekilde sosyalleşme olasılığını azaltabilir. Tip I DM adölesanın sıklıkla çevrede korku ve anksiyete yaşanmasına neden olur. Çevresindeki kişilerin önyargılı yorumları ve acıma duyguları ile karşılaşılabilir. Toplumun bu tepkileri, adölesan ve ailede hastalığın kendisinden daha fazla üzüntüye neden olur. Sosyal sıkıntı yaşanmasının temel nedenine bakıldığında kişilerin kronik hastalığı olan adölesan ve ailesi ile nasıl iletişim kuracaklarını bilmemeleri ve hastalığa ilişkin yanlış düşüncelerinin olmasının yattığı görülmektedir. Toplumun bu tepkileri nedeni ile adölesan ve ailesi kendilerini reddedilmiş hissederler. Oysaki kronik hastalığı olan adölesan ve ailesi için sosyal destek sistemleri oldukça yararlı olabilmektedir. Ailenin sosyal izolasyon duygularını azaltmak için arkadaşları, komşuları ve sağlık sistemindeki kişiler tarafından desteklenmesi önemlidir. Ayrıca büyükanne, büyükbaba gibi aile üyeleri de ebeveynlere sürekli ve tutarlı destek sağlayabilirler (4, 40).

Kronik bir hastalık olan Tip I DM adölesanın yaşam tarzını etkilemekte, rutinlerinde değişikliklere neden olmaktadır. Bu da kronik hastalıklı çocuğu olan ebeveynlerin hasta çocuk üzerine yoğunlaşmasına neden olur (6). Ebeveynler çocuklarını gelecek kaygısı içerisinde yetiştirirken aşırı koruyucu bir tutum sergilemektedir veya genetik yönü olduğundan suçluluk hissetmektedirler. Ebeveynler çocuğun her adımını gözetim altında tutarak ve çocuktaki her değişikliğe korkuyla tepki gösterebilirler (4, 40). Adölesanlarda normal gelişim ile artan bağımsızlık ve kendini hissettiren meydan okuma sürecinde, ebeveynlerin uygun şekilde olaya dahil olması şekli belirlenmelidir. Adölesanlar, DM yönetiminin sorumluluğunu alabilirlerse de olumsuz anne-baba tutumları kötü metabolik kontrol ile sonuçlanır (17).

2.4.3. Çocuk Yetiştirme Tutumları

Aşağıda belli başlı çocuk yetiştirme tutumları sunulmuştur.

- **Koruyucu Tutum:** Çocuğun gereğinden fazla kontrol edilmesi özen gösterilmesi şeklinde ortaya konan bu tutumla anne-baba, çocuklarını düşman çevreye karşı korur gibidirler. Bunun sonucunda çocuk kurallara uyan başkalarına bağımlı, kaygılı ve içine kapanık, güvensiz biri olabilir. Annenin bu tutumu bazı hallerde çocuğun hassas, bağımlı ve çekingen, bazı hallerde ise şımarık, asi, dik başlı olmasına neden olur (41, 42).
- **Denetleyici Tutum:** Çocuk sürekli denetim altındadır. Çocuğun kişisel özellikleri dikkate alınmaksızın en küçük yanlışları ve yaramazlıkları gözden kaçmaz, hemen üzerinde durulur ve düzeltme davranışına geçilir. Denetim ve sınırlama çocuğun sağlıklı gelişimi için gereklidir. Denetim ve baskı, sevgi azlığı ile bulunduğu zaman çocukları çok olumsuz etkiler ve ileride çocukta, duygusal problemler ve depresyon yatkınlığı yaratır. Ayrıca baskının çocuklarda isyankârlık, saldırganlık ya da uysallık gibi, kişilik zayıflığı oluşturduğu bilinmektedir. Kontrol disiplini uygulayan ve çocuklarına kendi değer ve standartlarında baskı uygulayan ebeveynler pasif, sosyal yönü zayıf, engellenmiş, rekabet yönü gelişmemiş çocuklar yetiştirir. Denetim ve sınırlama çocuğun sağlıklı gelişimi için gereklidir. Denetim ve baskı, sevgi azlığı ile bulunduğu zaman çocukları olumsuz etkiler ve ileride çocukta, duygusal problemler ve depresyon yatkınlığı yaratır (42-44).

- **Otoriter Tutum:** Bu tutum içinde anne-babalar katı kurallar koyup çocukları uyma için zorlarlar. Bu zorlamam sık sık öfke, bağırma, fiziksel ceza şeklinde görülebilir. Bu çocuklar çok öfkeli ve bunlardan korkulur. Devamlı otoriter davranış gösteren annelerin bu tutumu çocuğun kendine saygısının azalmasına, mutsuzluğuna ve içe kapanıklılığına yol açabilir. Bu çocuklar uslu ve çekingen olabilirler. Otoriter çocuk yetiştirme tutumlarında aileler koydukları kurallara çocuklarının koşulsuz uymasını ve itaat etmesini beklerler. Bu tür ailelerdeki çocuklar kurallara uymadığında cezalandırılır. Çocuklara duygusal destek ve sevgi gösterilmez. Bu şekilde yetiştirilen çocuklar duygu ve düşüncelerini kolay ifade edemeyen otorite varlığında sinen ancak otoritenin olmadığı durumlarda kurallara aykırı davranan çocuklar olarak görülmektedir (45).
- **Hoşgörülü Tutum:** Çocuğa sınırsız haklar tanınıp davranışları sınırlandırılmadığı için neyin doğru neyin yanlış olduğu öğretilmiş olsa bile, uygulama ve denetim yetersizliğinden, verilen cezalar da yetersiz olur ciddiye alınmaz. Evde çocuk merkezdir. Hoşgörülü ortamda yetişen çocuklar bencil olurlar. Daima diğerlerinin dikkatini çekmeye çalışırlar. Kendilerine hizmet edilmesini beklerler. Bu çocuklar ev içinde ve ev dışında çok zayıf bir sosyal uyum gösterirler. Hoşgörü çocukta sosyalleşme ve dışa dönük davranışların gelişmesine imkân sağlarken aynı zaman da saldırganlığın gelişmesine de fırsat vermektedir. İzin verici çocuk yetiştirme tutumlarında aile içinde genellikle çok fazla ilgi ve denetim bulunmaz. Bu tip aileler çocuklarına çok fazla özgürlük verirler ve bazen de hoşgörü ile davranırlar (42-47).
- **Demokratik Tutum:** Bu tutumu benimseyen aile bireyleri arasında sevgi saygı ve güven temeline dayanan ilişkiler mevcuttur. Annenin çocuğun üzerinde denetimi vardır, davranış kurallarını ve sınırlarını açıkça belirtir. Kurallar çocuğa zorla değil, kendi arzusuyla benimsetilmeye çalışılır. Demokratik aile ortamında büyüyen çocuklar; atılgan, hareketli, yaratıcıdır.

Bu tutumu benimseyen aileler, çocuklarla etkileşimlerinde sıcak ve ilgilidirler, sabırlı ve duyarlı bir şekilde çocuklarını dinler ve aile içinde verilecek olan kararlarda çocuklarının görüşlerini alırlar ve onların otonomi ve bireysellik özelliklerini teşvik ederler.

Çocuğuna karşı demokratik davranan annenin davranışları sevgi ve müsamaha boyutuna yakın bir konumdadır. Oysa çocuğuna düşkün annenin davranışları da

sevgi yönünde yoğunlaşırken demokratik anneden daha fazla duygusallık içermektedir. Demokratik annenin duygusallığı ve tutumları daha sakindir.

Anne ve babalarını demokratik olarak algılayan çocukların sosyal uyumu ve karşısındakinin duygularını anlama becerisi ebeveynlerini otoriter olarak algılayanlara göre daha yüksektir. Türk aile yapısına bakıldığında, kontrol baskı ve otoriter çocuk yetiştirme stilinin yaygın olduğu görülür. Otoriter aile stili anne-babanın çocuğuna sevgi göstermesine engel değildir. Çoğu zaman baskıcı kontrole birlikte sıcaklık, yüksek kontrolün çocuğun olumlu sosyal davranışları üzerindeki olumsuz etkisini azaltabilmektedir. Ancak baskıcı tutum çocuğun sosyal gelişimini kısıtlar (42-47).

2.5. DİABET HEMŞİRESİ

Normalden sapma veya bozukluk gösteren, kalıcı yetersizlik bırakabilen, geriye dönüşü olmayan, patolojik değişiklikler sonucu oluşan, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, uzun süre boyunca bakım, gözetim ve denetim gerektireceği beklenen durum olarak tanımlanan kronik hastalıklar; aile içi ilişkilerin bozulmasına, rollerin değişmesine, stresin artmasına, kardeşler arası ilişkilerin bozulmasına ve ekonomik problemlerin ortaya çıkmasına neden olmakta; aile yaşamını maddi, duygusal, davranışsal, bilişsel ve sosyal yönden etkilemektedir (10, 17, 31, 35, 37).

Yani, çocuk ailesinden ayrı düşünülemez. Çocuk sağlığının korunması ve yükseltilmesi için aile merkezli bakım şarttır. Ayrıca büyüme ve gelişme sürecinde çocuğun bakımında tutarlılığın sağlanması önemlidir. Bu noktada primer hemşirelik de devreye girmektedir. Primer hemşirelik; bir hastanın tüm hemşirelik bakımını, belirli bir hemşirenin sürekli sorumluluğu ve rehberliği altına almasıdır. Böylelikle tutarlı ve bütüncül bakım sağlanarak çocuk ve ailesinin sağlığı geliştirilebilecektir.

Aile sağlığını yükseltmek için 5 dominant faktör vardır (48):

1. Ebeveynler güçlendirilmeli, desteklenmeli,
2. Çocuklarını rahatlıkla görmeleri sağlanmalı,
3. Duygusal yükleri paylaşılmalı,
4. Her gün başa çıkmaları için desteklenmeli,
5. Bakımla ilgili güvenlik ve titizlik sağlanmalı (4, 49).

Tip I DM’li adölesanlar ve ailelerinin psikososyal yönden dikkatle değerlendirilmesi, danışmanlık ve eğitim hizmetinin verilmesi sadece çocuğun metabolik durumunu düzeltmekle kalmayıp, aynı zamanda çocuk ve ailenin cesaretle yaklaşabilecekleri derecede etkili başa çıkma becerileri geliştirme konusunda da yardımcı olacak ve yaşamlarında daha olumlu etkilere yol açacaktır (10).

Diabet hemşiresinin, Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association- ANA) ve Amerikan Diabet Eğitimcileri Birliği (American Association of Diabetes Educator- AADE) tarafından yapılan görev tanımı şöyledir: Diabet hemşiresi diabet bakım ve eğitim gereksinimlerini belirlemek, hemşirelik tanıların geliştirmek, hemşirelik bakım ve eğitimi uygulamak ve değerlendirmek için diabetli bireyler, aileler, gruplar ve toplum ile çalışır (10, 17).

2.5.1. Diabet Hemşireliği Standartları

- Profesyonel uygulama
- Profesyonel gelişim (eğitim)
- Ortaklık
- Araştırma, kalite güvencesi sağlama
- Yönetim

2.5.2. Diabet Hemşiresinin Roller

- Diabet bakımının her yönünde tam zamanlı çalışır.
- Konsültan hekim ya da ilgili pediatrist ile çalışır.
- Çalışmaları hastane ya da toplum temellidir, ev ziyaretleri yapabilir.
- Sadece DM’li çocuk ve adölesanlarla değil aile ile birlikte çalışır. Sağlık otoritesi ve diğer sağlık profesyonelleri için hemşirelik konularında öneride bulunur ve kaynak kişidir.
- Meslektaşlarının diabet eğitimcisidir.
- Kapsamlı ve entegre DM hizmetleri için diabet ekibi içinde çalışır.

2.5.3. Diabet Hemşiresinin Görevleri

- DM’li adölesanın bakım önceliklerini belirler, hemşirelik girişimlerini başlatır, izler, değerlendirir, diğer sağlık profesyonellerine yönlendirir.
- DM’li bireyin sağlık potansiyelini artırmak ve desteklemek, bakımın sürekliliğini sağlamak için DM’li birey ile birlikte karar verir.
- DM’li bireyin özbakım yeterliliğini sürekli olarak tanılar ve uygun eğitimi verir (17).

Diabet bakımı her bireyde farklı özellikler gösteren ve yeni planlamalarla farklı bireysel yaklaşımları gerektiren dinamik bir süreçtir. Diabet yönetiminde en az tıbbi yardım ile en iyi glisemik kontrolü sağlamada bütüncü bakım ve interdisipliner ekip yaklaşımı başarıyı artırmaktadır. İnterdisipliner diabet ekibini oluşturan başlıca meslek üyeleri hekim, hemşire ve diyetisyendir. Gerektiğinde davranış bilimci, pediatri, oftalmolog, egzersiz fizyologu, eczacı, ana-çocuk sağlığı uzmanı, yaşlılık (geriatri) uzmanı gibi meslek üyelerinin ekibe katılımı sağlanır (10, 31).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma, Tip I DM tanısı ile izlenen adölesanlarda metabolik kontrole aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumunun etkisini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Kayseri il merkezindeki Erciyes Üniversitesi Mustafa Eraslan ve Fevziye Mercan Çocuk Hastanesi Pediatrik Endokrinoloji Polikliniği'nde yapılmıştır.

Araştırmanın yapılacağı yer olan Erciyes Üniversitesi Hastaneleri bir bölge hastanesi olup, hem Kayseri hem de çevre illerden gelen hastalara hizmet vermektedir. Pediatrik Endokrinoloji Polikliniğinde 8-17 saatleri arasında 1 öğretim üyesi, 2 asistan doktor, 2 poliklinik hemşiresi görev yapmaktadır. Asistan doktor hastaların fizik muayenelerini yapıp gerekli tetkikleri istemektedir. Poliklinikten sorumlu öğretim üyeleri ise sonuçlara göre tedaviyi yönlendirmektedir. Hemşire; boy, kilo ölçümü yapmakta, kan ve idrar tetkikleri için örnek almaktadır. Aynı zamanda hasta ve ailesinin eğitiminden sorumludur.

Tip I DM nedeniyle izlenen hastalar ayda bir kontrole çağrılmakta ve bu kontrollerde açlık kan şekeri, idrar ketonu, kan basıncı, nabız, ağırlık ve boy uzunluğu değerlendirilmektedir. Aylık izlemlere ek olarak üç ayda bir HbA1c kontrolü yapılmaktadır. Hastalar altı ayda bir Tip I DM'nin komplikasyonlarına yönelik olarak izlenmektedir. Tanı konulduktan sonra üç yıl geçen vakalarda komplikasyon riski arttığı için bu izlemlere daha çok dikkat edilmektedir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Mustafa Eraslan ve Fevziye Mercan Çocuk Hastanesi Pediatrik Endokrinoloji Polikliniği'nde Tip I DM tanısı ile takip edilen adölesan ve anneleri oluşturmaktadır. 2008-2009 yılları arasında Tip I DM tanısı ile takip edilen 99 adölesan ve anneleri araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Mustafa Eraslan ve Fevziye Mercan Çocuk Hastanesi Pediatrik Endokrinoloji Polikliniği'ne 01 Ekim 2009–01 Mart 2010 tarihleri arasında başvuran adölesan ve annelerinin tamamı araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Ancak annesi olmayan 4 adölesan, 6 aydan önce Tip I DM tanısı almış olan 12 adölesan, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 1 adölesan, Tip I DM hastalığı dışında başka bir kronik hastalığı olan 2 adölesan araştırma kapsamına alınmamıştır. Ayrıca ön uygulamaya alınan 5 adölesan ve anneleri araştırma kapsamına dahil edilmedikleri için, toplam da 75 adölesan ve anneleri araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.3.3. Araştırma Örneklemine Alma Kriterleri

Annesi olmayan adölesanlar, 6 aydan önce Tip I DM tanısı alan adölesanlar, Tip I DM hastalığı dışında başka bir kronik hastalığı olan adölesanlar, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen adölesanlar ve anneleri araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

3.4.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak üç form kullanılmıştır. Verilerin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak geliştirilen Anket Formu (Ek-1), Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (PARI) (Ek-2) ve Metabolik Kontrol Ölçüm Formu (Ek-3) kullanılmıştır.

1. Anket Formu

Anket Formu; adölesan, anne ve babaya ait sosyodemografik değişkenler, adölesan ve ailesinin Tip I DM'ye ilişkin eğitim alma durumları, adölesanın tedaviye uyumu ve adölesanın yaşadığı güçlükler ile ilişkili soruları içeren toplam 35 sorudan oluşmaktadır.

2. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği - Parent Attitude Research Instrument (PARI)

PARI, anne ve babaların çocuk yetiştirme tutumlarını ölçen bir ölçektir. Schafer ve Bell (1958) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması 1978 yılında Le Compte ve Özer tarafından yapılmıştır. Test tekrar test güvenilirliğinde Spearman korelasyon katsayısı 0.50-0.88 bulunmuştur. Ölçek 60 maddeden ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır (39). Ölçeğin alt boyutları şunlardır;

a. Aşırı Koruyucu Annelik: Bu bölümde 16 madde (1, 3, 4, 7, 11, 12, 14, 26, 27, 28, 32, 34, 36, 46, 51, 57) vardır. Burada aşırı kontrol, müdahalecilik, çocuktan çalışan ve bağımsız olmasını isteme annenin fedakarlığı ve çocuğun bunu anlaması gerektiğine inanma yer almaktadır.

b. Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma: 9 madde (2, 13, 18, 22, 29, 37, 44, 45, 59) yer almaktadır. Çocuğa eşit haklar tanıma, fikirlerini açıkça belirtmesini destekleme, onunla arkadaşlık etme, birçok şeyi paylaşma ile ilgili maddeler bulunmaktadır.

c. Annenin Ev Kadınlığı Rolünü Reddetmesi: 13 madde (6, 9, 16, 17, 21, 23, 31, 38, 41, 42, 49, 52, 55) bulunur. Çocuklarla uzun süre kalmaktan hoşlanmamak, sinirlilik, yeni doğan bebeğin bakımından korkmak gibi konular yer almaktadır

d. Karı-Koca Geçimsizliği: 6 maddeden (8, 19, 33, 40, 48, 54) oluşmaktadır. Bu alt test karı-koca arasındaki anlaşmazlığın çocuk yetiştirmedeki rolü, kocanın düşüncesizliği anneye yardımcı olmayışı gibi maddeleri içermektedir.

e. Sıkı Disiplin: 16 madde (5, 10, 15, 20, 24, 25, 30, 35, 39, 43, 47, 50, 53, 56, 58, 60) yer almaktadır. Cezalandırma, sıkı disiplin, cinsel ve saldırgan davranışları bastırma, anne babanın mutlak hakimiyetine inanma gibi konuları kapsar.

Yanıtlanması, hiç uygun bulmuyorumdan çok uygun buluyoruma göre değişen dörtlü likert tipi bir ölçektir.

Puanlama, çok uygun buluyorum (4) puan, oldukça uygun buluyorum (3) puan, biraz uygun buluyorum (2) puan, hiç uygun bulmuyorum (1) puan şeklinde olmaktadır. Ancak 2, 29 ve 44. maddelere verilen yanıtlar tersine puanlanır. Her boyutun temsil ettiği alt test için ayrı puan elde edilir. Puanların yorumlanması, her alt test toplam puanın yüksekliği, o boyutta yansıtılan tutumun onaylandığını gösterir.

3. Metabolik Kontrol Ölçüm Formu

Metabolik Kontrol Ölçüm Formu, Erciyes Üniversitesi Mustafa Eraslan ve Fevziye Mercan Çocuk Hastanesi Pediatrik Endokrinoloji Polikliniği'nde Tip I DM tanısıyla takip edilen adölesanların metabolik kontrollerini değerlendirme kriterlerine göre araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Metabolik kontrol göstergelerinin referans aralıkları, Diyabet Hemşireliği Derneği'nin 2010 yılı değerlendirme kriterleri (IDF ve ADA'ya göre) doğrultusunda belirlenmiştir (17, 25). Adölesanın boy ve kilosu, beden kitle indeksi (BKİ), açlık kan şekeri, idrar ketonu, en son HbA1c düzeyi, kronik komplikasyon olma durumu, okul veya işe devamsızlık durumu ile ilgili toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Ön Uygulama

Araştırmada hazırlanan veri toplama formunun işlerliğini saptamak amacıyla Tip I DM tanısı ile izlenen 5 adölesan ve annelerine ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucu veri toplama formunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

3.4.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Veri toplama formları, 01 Ekim 2009–01 Mart 2010 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Mustafa Eraslan ve Fevziye Mercan Çocuk Hastanesi Pediatrik Endokrinoloji Polikliniği'nde uygulanmıştır. Araştırmaya alınacak aileler Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Bilgi İşlem Daire Merkezi'nden ve Pediatrik Endokrinoloji Polikliniği kayıt defterinden elde edilen veriler doğrultusunda belirlenmiştir. Aileler 15 gün öncesi telefonla aranarak yapılacak çalışma için çocuklarının kontrolüne anneleri ile gelmeleri söylenmiştir. Veri toplama formları araştırmaya katılanlar tarafından, okur-yazar olmayan bireylerin ise araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Metabolik Kontrol Ölçüm Formu ise, adölesanın kendisinden ve hasta dosyasındaki son bulgularından elde edilen veriler doğrultusunda araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Araştırmanın nasıl ve neden yapıldığı adölesanlara ve annelerine açıklanmıştır. Veriler araştırmaya katılmak için sözel onay veren adölesanlar ile hem sözel hem de Katılımcı Onam Formu'nu (Ek-4) imzalayarak yazılı onay veren annelerden toplanmıştır.

3.5. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan araştırmanın ön uygulaması ve uygulamasının yapılabilmesi için yazılı izin alınmıştır (Ek-5). Araştırmaya katılan adölesan ve annelerine araştırmanın amacı açıklanıp araştırmanın yapılması için sözel onamları alınıp, annelere Katılımcı Onam Formu imzalatılmıştır.

3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında araştırmacı tarafından SPSS programında değerlendirilmiştir (39-43).

Verilerin ifadelendirilmesinde;

- Tanımlayıcı istatistikler (ortalama, yüzdelik),
 - Ölçeğin güvenilirliği için Cronbach's Alpha,
 - Homojenlik testlerine Kolmogorow-Smirnov ve Shapiro-Wilk,
 - İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testleri, verilerin normal dağılım göstermesinden dolayı One-Way Anova testi ve Bağımsız İki Örnek t testi,
 - İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testleri, verilerin normal dağılım göstermeyenlerde ise Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Mann-Whitney U testi,
 - Veriler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson Korelasyon testi,
 - Kruskal Wallis Varyans Analizi sonucu farklılığı yaratan grubu belirlemek amacıyla Sigma Stat programı kullanılmıştır .
- **Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0.87 olarak bulunmuştur.**

4. BULGULAR

Tip I DM tanısıyla izlenen adölesanlarda metabolik kontrole aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumunun etkisini belirlemek amacı ile yapılan çalışmanın bulguları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.1. Adölesanların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş		
10-13 yaş	17	22.7
14-17 yaş	51	68.0
18-21 yaş	7	9.3
Cinsiyet		
Kız	39	52.0
Erkek	36	48.0
Öğrenim Durumu		
İlköğretim	40	53.3
Lise	35	46.7
Toplam	75	100.0

Çalışmaya katılan adölesanların tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de yer almaktadır. Adölesanların; %68.0’i 14-17 yaş grubunda, %52.0’si kız ve %53.3’ü ilköğretim mezunudur.

Tablo 4.2. Adölesanların Ailelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Ailelerin Tanıtıcı Özellikleri	Sayı	%
Aile Tipi		
Çekirdek aile	49	65.3
Geniş aile	15	20.0
Parçalanmış aile	11	14.7
Annenin Yaşı		
25-34 yaş	24	32.0
35-44 yaş	39	52.0
45 yaş ve üzeri	12	16.0
Annelerin Öğrenim Durumu		
Okur yazar değil	5	6.7
İlköğretim	51	68.0
Lise	12	16.0
Üniversite	7	9.3
Annelerin Mesleği		
Ev hanımı	54	72.0
Memur	11	14.7
İşçi	10	13.3
Babanın Yaşı (n=67)		
35-44 yaş	41	62.1
45-54 yaş	20	30.3
55 yaş ve üzeri	5	7.6
Babaların Öğrenim Durumu (n=67)		
İlköğretim	37	55.2
Lise	19	28.4
Üniversite	11	16.4
Babaların Mesleği (n=67)		
Memur	16	23.9
İşçi	19	28.4
Serbest meslek	25	37.3
Emekli	7	10.4
Kardeş Sayısı		
1 çocuk	13	17.3
2 çocuk	24	32.0
3 çocuk	25	33.4
4 çocuk ve üzeri	13	17.3

Tablo 4.2. Adölesanların Ailelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (devamı)

Ailelerin Tanıtıcı Özellikleri	Sayı	%
Maddi Durumu		
Gelir giderden fazla	35	46.7
Gelir gidere denk	32	42.6
Gelir giderden az	8	10.7
Toplam	75	100.0

Çalışmaya katılan annelerinin %52.0'si 35-44 yaş grubunda, %68.0'i ilköğretim mezunu ve %72.0'si ev hanımıdır. Adölesanların babalarının %62.1'i 35-44 yaş grubunda, %55.2'si ilköğretim mezunu ve %37.3'ü serbest meslekte çalışmaktadır. Çalışmaya katılan ailelerin %65.3'ünün çekirdek aile, %33.4'ünün 3 çocuk sahibi oldukları belirlenmiştir. Maddi durumlarını adölesanların %42.6'sı geliri gidere denk ve %10.7'si geliri giderden az olarak değerlendirmişlerdir. Adölesanların tamamının sosyal güvencesi vardır.

Tablo 4.3. Adölesanların Kardeşinde Kronik Hastalık Olma ve Ailesinde DM Olma Durumuna Göre Dağılımı

Kardeşinde Kronik Hastalık Olma ve Ailesinde DM Olma Durumu	Sayı	%
Kardeşinde Kronik Hastalık Olma Durumu		
Var	10	13.3
Yok	65	86.7
Ailesinde DM Olma Durumu		
Var	37	49.3
Yok	38	50.7
Toplam	75	100.0

Tablo 4.3 incelendiğinde, adölesanların kardeşlerinin %86.7'sinde herhangi bir kronik hastalık olmadığı ve ailelerin %49.3'ünde DM hikayesinin olduğu görülmektedir.

Tablo 4.4. Adölesanların ve Annelerinin Hastalığa İlişkin Eğitim Aldıkları Bilgi Kaynaklarına Göre Dağılımı

Bilgi Kaynakları	Sayı	%
Adölesan		
Hemşire	41	54.6
Doktor	17	22.7
Hemşire ve Doktor	11	14.7
Hemşire ve Diyetisyen	6	8.0
Anne		
Hemşire	39	52.0
Doktor	15	20.0
Hemşire ve Doktor	10	13.3
Hemşire ve Diyetisyen	11	14.7
Toplam	75	100.0

Çalışmaya katılan Tip I DM'li adölesanlar ve annelerinin tamamı hastalığa ilişkin eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Hemşireler adölesanların %77.3'üne ve annelerinin %80'ine eğitim vermiştir.

Tablo 4.5. Adölesanların Hastalığa İlişkin Kaynak Okuma ve Okunan Kaynaklarına Göre Dağılımı

Kaynak Okuma ve Okunan Kaynaklar	Sayı	%
DM'ye İlişkin Kaynak Okuma Durumları		
Okuyanlar	68	90.7
Okumayanlar	7	9.3
DM'ye İlişkin Okudukları Kaynaklar (n=68)*		
Dergi	20	29.41
Kitap	58	85.29
Broşür	34	50.0
Toplam	75	100.0

*Birden çok cevap verilmiştir.

Tablo 4.5 incelendiğinde, çalışmaya katılan adölesanların %90.7'sinin hastalıklarına ilişkin kaynak okudukları görülmektedir. Kaynak okuyan adölesanlardan %85.29'unun kitap okuduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 4.6. Adölesanların Tanı Süresine Göre Dağılımı

Tanı Süresi	Sayı	%
0-3 yıl	26	34.7
4-6 yıl	26	34.7
7-9 yıl	15	20.0
10-12 yıl	8	10.6
Toplam	75	100.0

Adölesanların tanı süresine göre dağılımı Tablo 4.4'te yer almaktadır. Çalışmaya katılan adölesanların %34.7'si 0-3 yıl ve yine %34.7'si 4-6 yıldır Tip I DM tanısı almıştır.

Tablo 4.7. Adölesanların Hastalığa Uyumlarını Gösteren Bazı Davranışlarına Göre Dağılımı

Hastalığa Uyumlarına İlişkin Davranışları	Sayı	%
Kan Şekeri Ölçme Sıklığı		
Günde 1 kez	7	9.3
Günde 2 kez	22	29.4
Günde 3 kez	7	9.3
Günde 4 kez	39	52.0
Önerilen İnsülin Yapma Sıklığı		
Günde 2 kez	9	12.0
Günde 3 kez	8	10.7
Günde 4 kez	58	77.3
Adölesanın İnsülin Yapma Sıklığı		
Günde 2 kez	7	9.3
Günde 3 kez	13	17.4
Günde 4 kez	55	73.3
Kan Şekerine Bakma Durumu		
Kendi	48	64.0
Aileden biri	15	20.0
Aileden birinin yardımıyla kendi	12	16.0

Tablo 4.7. Adölesanların Hastalığa Uyumlarını Gösteren Bazı Davranışlarına Göre Dağılımı (devamı)

Hastalığa Uyumlarına İlişkin Davranışları	Sayı	%
İnsülin Enjeksiyonunu Yapma Durumu		
Kendi	49	65.3
Aileden biri	17	22.7
Aileden birinin yardımıyla kendi	9	12.0
Diyet Düzenlenmesi Durumu		
Kendi	25	33.3
Aileden biri	38	50.7
Aileden birinin yardımıyla kendi	12	16.0
Kan Sonuçlarını Kaydetme Durumu		
Kaydedenler	47	62.7
Kaydetmeyenler	28	37.3
Diyet Ayarlamada Güçlük Yaşama Durumu		
Güçlük yaşayanlar	33	44.0
Güçlük yaşamayanlar	42	56.0
Diyet Ayarlamada Güçlük Yaşama Türleri (n=33)		
İnsülin yapmak	6	18.2
İstediği kadar yemek yiyememek	14	42.4
Yemek yeme saatlerine denk gelmemesi	6	18.2
Kan şekerinin fazla yükselmesi	7	21.2
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu		
Yapanlar	43	57.3
Yapmayanlar	32	42.7
Düzenli Egzersiz Yapmama Nedenleri (n=32)		
Egzersiz yapmak istememek	11	34.4
Kendini yorgun hissetmek	14	43.8
Zorlanmak	7	21.8
Toplam	75	100.0

Tablo 4.7’de adölesanların hastalığa uyumlarını gösteren bazı davranışları görülmektedir. Çalışmaya katılan adölesanların %52.0’sinin günde 4 kez kan şekerini ölçtüğü, %77.3’üne günde 4 kez insülin yapmalarının önerildiği ve %73.3’ünün günde 4

kez insülin yaptığı belirlenmiştir. Adölesanların %64.0'ünün kan şeketine bakma işlemini ve %65.3'ünün insülin enjeksiyonlarını kendilerinin yaptığı, ancak %50.7'sinin diyet düzenlemesini aileden biri yaptığı belirlenmiştir. Adölesanların %62.7'si kan şekeri sonuçlarını kaydetmektedir. Çalışmaya katılan adölesanların %44.0'ü diyet ayarlamada güçlük yaşamaktadır ve %42.4'ü istediği kadar yemek yiyememekten zorlanmaktadır. Çalışmaya katılan adölesanların %42.7'sinin düzenli egzersiz yapmadığı ve %43.8'inin kendini yorgun hissettiği için düzenli egzersiz yapmadıkları tespit edilmiştir.

Tablo 4.8. Adölesanların Metabolik Kontrol Göstergelerine Göre Dağılımı

Metabolik Kontrol Göstergeleri	Sayı	%
Boy Persentili		
5 p altı	6	8.0
5-84 p	57	76.0
85-95 p	9	12
95 p üzeri	3	4
Kilo Persentili		
5 p altı	10	13.4
5-84 p	59	78.6
85-95 p	3	4.0
95 p üzeri	3	4.0
En Son Açlık Kan Şekeri Düzeyi		
89 mg/dl ve altı	6	8.0
90-130 mg/dl	24	32.0
131 mg/dl ve üzeri	45	60.0
İdrarda Keton		
Var	7	9.3
Yok	68	90.7
HbA1c		
%8 ve altı	34	45.3
%8 üzeri	41	54.7

Tablo 4.8. Adölesanların Metabolik Kontrol Göstergelerine Göre Dağılımı (devamı)

Metabolik Kontrol Göstergeleri	Sayı	%
Hastalık Nedeni İle Okula Ara Verme Durumu		
Ara verenler	46	61.3
Ara vermeyenler	29	38.7
Hastalık Nedeni İle Okula Ara Verme Süresi (n=46)		
19 gün ve altı	34	73.9
20 gün ve üzeri	12	26.1
Toplam	75	100.0

Çalışmaya katılan adölesanların metabolik kontrol göstergeleri Tablo 4.8’de görülmektedir. Adölesanların %8.0’inin boy persentili ve %13.4’ünün kilo persentili 5 persentilin altındadır. Adölesanların %60’ının en son açlık kan şekeri düzeyi 131 mg/dl ve üzerinde olup, %9.3’ünün idrarda ketonu bulunmaktadır. Ayrıca adölesanların %54.7’sinin HbA1c düzeyi %8’in üzerindedir. Adölesanların tamamı okula devam etmektedir, ancak %61.3’ü hastalık nedeni ile okula ara vermiş olup, %26.1’i 20 gün ve daha fazla sürede okula ara vermiştir. Çalışmaya katılan adölesanların tamamında kronik komplikasyona rastlanmamıştır.

Tablo 4.9. Annelerin Adölesanlara Karşı Tutumlarına Göre Dağılımı

Annelerin Adölesanlara Karşı Tutumları	Sayı	%
Koruyucu	18	24.0
Denetleyici	10	13.4
Otoriter	7	9.3
Hoşgörülü	33	44.0
Demokratik	7	9.3
Toplam	75	100.0

Tablo 4.9’da annelerin adölesanlara karşı tutumları görülmektedir. Adölesanların %44’ü annelerinin kendilerine karşı hoşgörülü, %24’ü annelerinin kendilerine karşı koruyucu davrandıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.10. Adölesanların Yaşına Göre PARI Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

PARI Ölçeğinin Alt Boyutları	Adölesanların Yaşı	N	X ± SS Ort(%25p-%75p)	İstatistiksel Testler	p
Koruyucu	10-13 yaş ^a	17	61.0 (56-62)**	7.633 χ^2	0.02
	14-17 yaş	51	56.0 (49-60)**		
	18 yaş ve üzeri	7	51.0 (35-60)**		
Demokratik	10-13 yaş	17	27.0 (23-29)**	0.493 χ^2	0.782
	14-17 yaş	51	27.0 (25-29)**		
	18 yaş ve üzeri	7	26.0 (25-33)**		
Rolünü Reddetmesi	10-13 yaş	17	36.41 ± 8.70*	1,558 <i>f</i>	0.218
	14-17 yaş	51	32.39 ± 7.75*		
	18 yaş ve üzeri	7	34.42 ± 0.75*		
Karı-Koca Geçimsizliği	10-13 yaş ^a	17	19.58 ± 3.10*	4.688 <i>f</i>	0.012
	14-17 yaş	51	16.17 ± 4.26*		
	18 yaş ve üzeri	7	15.57 ± 5.44*		
Sıkı Disiplin	10-13 yaş	17	47.82 ± 0.50*	0.578 <i>f</i>	0.564
	14-17 yaş	51	45.09 ± 8.96*		
	18 yaş ve üzeri	7	47.28 ± 13.02*		

 χ^2 Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

* X ± SS değerleri verilmiştir.

f One Way Anova testi uygulanmıştır.

** Ort(%25p-%75p) değerleri verilmiştir.

a = Farklılığı yaratan grup 10-13 yaş grubudur.

Tablo 4.10 incelendiğinde, çalışmaya katılan annelerinin koruyucu puanlarının ve karı-koca geçimsizliği puan ortalamalarının 10-13 yaş grubunda yüksek olduğu ve diğer yaş gruplarıyla aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda bu farklılığın 10-13 yaş grubundan kaynaklandığı saptanmıştır. Demokratik, rolünü reddetmesi ve sıkı disiplin alt boyutları ile adölesanların yaşı arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.11. Adölesanların Cinsiyetine Göre PARI Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

PARI Ölçeğinin Alt Boyutları	Adölesanların Cinsiyeti	N	X ± SS Ort(%25p-%75p)	İstatistiksel Testler	p
Koruyucu	Kız	39	58.0 (45-60)**	673.500 ₺	0.758
	Erkek	36	57.0 (52-60)**		
Demokratik	Kız	39	27.0 (24-29)**	684.500 ₺	0.852
	Erkek	36	27.5 (25-29)**		
Rolünü Reddetmesi	Kız	39	34.61 ± 8.28*	1,219 €	0.227
	Erkek	36	32.27 ± 8.30*		
Karı-Koca Geçimsizliği	Kız	39	17.0 (14-20)**	657.500 ₺	0.636
	Erkek	36	16.0 (12-20)**		
Sıkı Disiplin	Kız	39	47.43 ± 0.09*	1.424 €	0.159
	Erkek	36	44.27 ± 9.12*		

₺ Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

* X ± SS değerleri verilmiştir.

€ Bağımsız İki Örnek t testi uygulanmıştır.

** Ort(%25p-%75p) değerleri verilmiştir.

Tablo 4.11’de adölesanların cinsiyetine göre PARI ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Koruyucu, demokratik ve karı-koca geçimsizliği puanlarının kız ve erkeklerde eşit olduğu ve aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Rolünü reddetmesi ve sıkı disiplin alt boyutlarında puan ortalamaları kızlarda daha yüksektir, ancak aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.12. Adölesanların Öğrenim Durumuna Göre PARI Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

PARI Ölçeğinin Alt Boyutları	Öğrenim Durumu	N	$X \pm SS$ Ort(%25p-%75p)	İstatistiksel Testler	p
Koruyucu	İlköğretim	40	59.0 (51-61)**	496.500 ₺	0.030
	Lise	35	54.0 (47-58)**		
Demokratik	İlköğretim	40	27.0 (24-29)**	693.500 ₺	0.945
	Lise	35	26.0 (25-29)**		
Rolünü Reddetmesi	İlköğretim	40	33.40 $\pm$ 8.12*	-0.103 €	0.918
	Lise	35	33.60 $\pm$ 8.66*		
Karı-Koca Geçimsizliği	İlköğretim	40	17.85 $\pm$ 4.05*	2.078 €	0.041
	Lise	35	15.80 $\pm$ 4.49*		
Sıkı Disiplin	İlköğretim	40	46.85 $\pm$ 9.39*	0.890 €	0.376
	Lise	35	44.85 $\pm$ 9.98*		

₺ Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

* $X \pm SS$ değerleri verilmiştir.

€ Bağımsız İki Örnek t testi uygulanmıştır.

** Ort(%25p-%75p) değerleri verilmiştir.

Tablo 4.12’de annelerin koruyucu puanlarının ilköğretime devam eden adölesanlarda yüksek olduğu ve liseye devam eden adölesanlarla aralarındaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($p < 0.05$). Annelerin karı-koca geçimsizliği puan ortalamaları da ilköğretime devam eden adölesanlarda yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Annelerin demokratik puanlarının ve sıkı disiplin puan ortalamalarının ilköğretim grubunda yüksek olduğu, ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Rolünü reddetme puan ortalamaları ise, lise grubunda yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli değildir ($p > 0.05$).

Tablo 4.13. Adölesanların Annelerinin Yaşına Göre PARI Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

PARI Ölçeğinin Alt Boyutları	Annelerin Yaşı	N	X ± SS Ort(%25p-%75p)	İstatistiksel Testler	p
Koruyucu	25-34 yaş	24	56.0 (47-60)**	0.364 χ^2	0.834
	35-44 yaş	39	58.0 (49-60)**		
	45 yaş ve üzeri	12	57.0 (53-61)**		
Demokratik	25-34 yaş	24	27.45 ± 3.02*	0.656 <i>f</i>	0.522
	35-44 yaş	39	26.38 ± 4.58*		
	45 yaş ve üzeri	12	26.25 ± 2.95*		
Rolünü Reddetmesi	25-34 yaş	24	34.45 ± 7.63*	0.969 <i>f</i>	0.384
	35-44 yaş	39	32.25 ± 9.00*		
	45 yaş ve üzeri	12	35.58 ± 7.22*		
Karı-Koca Geçimsizliği	25-34 yaş	24	17.04 ± 4.78*	0.093 <i>f</i>	0.911
	35-44 yaş	39	16.69 ± 4.28*		
	45 yaş ve üzeri	12	17.25 ± 4.02*		
Sıkı Disiplin	25-34 yaş	24	45.66 ± 9.54*	1.402 <i>f</i>	0.253
	35-44 yaş	39	44.79 ± 10.16*		
	45 yaş ve üzeri	12	50.08 ± 7.56*		

 χ^2 Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

* X ± SS değerleri verilmiştir.

f One Way Anova testi uygulanmıştır.

** Ort(%25p-%75p) değerleri verilmiştir.

Çalışmaya katılan 45 yaş ve üzeri annelerin koruyucu boyutta puanları yüksektir ve diğer yaş gruplarıyla aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli değildir. Demokratik puan ortalamaları 25-34 yaş grubunda, rolünü reddetme, karı-koca geçimsizliği ve sıkı disiplin puan ortalamaları ise 45 yaş ve üzeri annelerde daha yüksektir, ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli değildir (hepsi için; $p>0.05$).

Tablo 4.14. Adölesanların Annelerinin Öğrenim Durumlarına Göre PARI Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

PARI Ölçeğinin Alt Boyutları	Annelerin Öğrenim Durumu	N	$X \pm SS$ Ort(%25p-%75p)	İstatistiksel Testler	p
Koruyucu	Okur yazar değil	5	52.0 (47-56)**	2.396 χ^2	0.302
	İlköğretim	51	58.0 (52-61)**		
	Lise	12	55.0 (48-60)**		
	Üniversite	7	54.0 (36-58)**		
Demokratik	Okur yazar değil	5	22.60 $\pm$ 6.42*	6.291 <i>f</i>	0.001
	İlköğretim	51	26.47 $\pm$ 3.23*		
	Lise	12	27.75 $\pm$ 4.11*		
	Üniversite	7	31.00 $\pm$ 2.00*		
Rolünü Reddetmesi	Okur yazar değil	5	30.60 $\pm$ 5.31*	3.726 <i>f</i>	0.015
	İlköğretim	51	35.41 $\pm$ 8.40*		
	Lise	12	27.33 $\pm$ 5.97*		
	Üniversite	7	32.14 $\pm$ 8.11*		
Karı-Koca Geçimsizliği	Okur yazar değil	5	15.00 $\pm$ 3.24*	0.573 <i>f</i>	0.635
	İlköğretim	51	17.07 $\pm$ 4.45*		
	Lise	12	16.25 $\pm$ 4.65*		
	Üniversite	7	18.00 $\pm$ 4.08*		
Sıkı Disiplin	Okur yazar değil	5	48.00 $\pm$ 6.08*	1.761 <i>f</i>	0.162
	İlköğretim	51	47.21 $\pm$ 9.80*		
	Lise	12	40.50 $\pm$ 10.65*		
	Üniversite	7	44.28 $\pm$ 6.12*		

 χ^2 Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.* $X \pm SS$ değerleri verilmiştir.*f* One Way Anova testi uygulanmıştır.

** Ort(%25p-%75p) değerleri verilmiştir.

Tablo 4.14 incelendiğinde ilköğretim mezunu annelerin koruyuculuk puanlarının yüksek olduğu, ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Üniversite mezunu annelerin demokratik puan ortalamaları yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($p\leq 0.001$). İlköğretim mezunu annelerde, rolünü reddetme puan ortalamaları yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.05$). Üniversite mezunu annelerde karı-koca geçimsizliği puan ortalamaları, okur yazar olmayan annelerde de sıkı disiplin puan ortalamaları yüksektir, ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.15. Adölesanların Annelerinin Mesleğine Göre PARI Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

PARI Ölçeğinin Alt Boyutları	Annelerin Mesleği	N	$\bar{X} \pm SS$	F Testi	p
Koruyucu	Ev Hanımı	54	55.50 ± 6.70	2.712	0.073
	Memur	11	47.36 ± 10.15		
	İşçi	10	54.33 ± 9.79		
Demokratik	Ev Hanımı	54	26.09 ± 4.72	0.415	0.662
	Memur	11	27.60 ± 2.54		
	İşçi	10	26.46 ± 3.95		
Rolünü Reddetmesi	Ev Hanımı	54	31.27 ± 8.59	1.072	0.348
	Memur	11	31.20 ± 6.61		
	İşçi	10	34.37 ± 8.52		
Karı-Koca Geçimsizliği	Ev Hanımı	54	16.09 ± 4.06	0.544	0.583
	Memur	11	16.00 ± 3.05		
	İşçi	10	17.22 ± 4.62		
Sıkı Disiplin	Ev Hanımı	54	44.72 ± 12.20	0.713	0.494
	Memur	11	43.00 ± 8.15		
	İşçi	10	46.70 ± 9.40		

Tablo 4.15'te adölesanların annelerinin mesleğine göre PARI ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan ev hanımı annelerin koruyucu, memur annelerin demokratik, işçi annelerin ise rolünü reddetme, karı-koca geçimsizliği ve sıkı disiplin puan ortalamaları yüksektir, ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli değildir (hepsi için; $p>0.05$).

Tablo 4.16. Ailelerin Maddi Durumuna Göre PARI Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

PARI Ölçeğinin Alt Boyutları	Maddi Durumu	N	Ort(%25p-%75p)	χ^2	p
Koruyucu	Gelir giderden fazla	35	58.0 (50-61)	1.936	0.380
	Gelir gidere denk	32	57.5 (49-60)		
	Gelir giderden az	8	53.0 (41-56)		
Demokratik	Gelir giderden fazla	35	26.0 (24-29)	0.732	0.697
	Gelir gidere denk	32	27.5 (23-31)		
	Gelir giderden az	8	27.0 (25-29)		
Rolünü Reddetmesi	Gelir giderden fazla	35	35.0 (25-40)	0.985	0.611
	Gelir gidere denk	32	34.0 (25-39)		
	Gelir giderden az	8	34.0 (29-34)		
Karı-Koca Geçimsizliği	Gelir giderden fazla	35	18.0 (12-21)	0.767	0.681
	Gelir gidere denk	32	16.0 (15-20)		
	Gelir giderden az	8	15.5 (12-18)		
Sıkı Disiplin	Gelir giderden fazla	35	45.0 (36-52)	1.273	0.529
	Gelir gidere denk	32	48.5 (40-52)		
	Gelir giderden az	8	43.0 (41-50)		

Tablo 4.16’da ailelerin maddi durumlarına göre PARI ölçeğinin alt boyut puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Maddi durumlarına göre annelerin çocuk yetiştirme tutumları istatistiksel olarak önemli farklılık göstermemektedir. Koruyucu, rolünü reddetmesi ve sıkı disiplin boyutlarında geliri giderden fazla olan gruptaki anneler yüksek puan almışlardır (hepsi için; $p>0.05$).

Tablo 4.17. Adölesanların Aile Tipine Göre PARI Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

PARI Ölçeğinin Alt Boyutları	Aile Tipi	N	$X \pm SS$ Ort(%25p-%75p)	İstatistiksel Testler	p
Koruyucu	Çekirdek aile	49	58.0 (52-61)**	3.998 χ^2	0.135
	Geniş aile	15	56.0 (47-60)**		
	Parçalanmış aile	11	50.0 (39-60)**		
Demokratik	Çekirdek aile ^a	49	26.0 (24-28)**	8.474 χ^2	0.041
	Geniş aile	15	26.0 (25-28)**		
	Parçalanmış aile ^b	11	32.0 (29-33)**		
Rolünü Reddetmesi	Çekirdek aile ^a	49	35.40 $\pm$ 8.37*	6.095 <i>f</i>	0.004
	Geniş aile	15	32.40 $\pm$ 7.17*		
	Parçalanmış aile ^b	11	26.45 $\pm$ 5.44*		
Karı-Koca Geçimsizliği	Çekirdek aile	49	16.89 $\pm$ 4.87*	0.091 <i>f</i>	0.913
	Geniş aile	15	17.20 $\pm$ 2.90*		
	Parçalanmış aile	11	16.45 $\pm$ 3.75*		
Sıkı Disiplin	Çekirdek aile	49	46.26 $\pm$ 9.82*	0.156 <i>f</i>	0.856
	Geniş aile	15	44.66 $\pm$ 9.83*		
	Parçalanmış aile	11	46.09 $\pm$ 9.41*		

 χ^2 Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.* $X \pm SS$ değerleri verilmiştir.*f* One Way Anova testi uygulanmıştır.

** Ort(%25p-%75p) değerleri verilmiştir.

a,b=Aynı kolanda farklı harf taşıyan gruplar arasındaki fark önemlidir.

Tablo 4.17 incelendiğinde, çekirdek ailede yaşayan annelerin koruyucu boyut puanlarının yüksek olduğu, ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli değildir ($p>0.05$). Parçalanmış ailede yaşayan annelerin demokratik boyut puanları yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.05$). Çekirdek aileye sahip annelerin rolünü reddetme puan ortalamaları yüksek olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.05$). Demokratik ve rolünü reddetme boyutları açısından çekirdek aile ve parçalanmış aile grupları arasındaki fark önemli bulunmuştur. Geniş ailede yaşayan annelerin karı-koca geçimsizliği puan ortalamaları, çekirdek ailede yaşayan annelerin de sıkı disiplin puan ortalamaları yüksektir, ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.18. Ailesinde DM Olma Durumuna Göre PARI Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

PARI Ölçeğinin Alt Boyutları	DM Olma Durumu	N	Ort(%25p-%75p)	U	p
Koruyucu	Var	37	57.0 (49-60)	702.50	0.996
	Yok	38	57.5 (49-60)		
Demokratik	Var	37	27.0 (25-29)	646.50	0.548
	Yok	38	27.0 (24-29)		
Rolünü Reddetmesi	Var	37	34.0 (28-41)	559.0	0.126
	Yok	38	33.5 (25-37)		
Karı-Koca Geçimsizliği	Var	37	17.0 (15-21)	604.50	0.295
	Yok	38	16.0 (13-20)		
Sıkı Disiplin	Var	37	47.0 (40-53)	624.0	0.402
	Yok	38	45.0 (36-51)		

Ailesinde DM olma durumuna göre PARI ölçeğinin alt boyut puanlarının dağılımı Tablo 4.18’de yer almaktadır. Ailesinde DM olan annelerle olmayan anneler arasında aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumları arasında önemli bir fark bulunmamıştır (hepsi için; $p>0.05$).

Tablo 4.19. Annelerin Eğitim Aldıkları Bilgi Kaynaklarına Göre PARI Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

PARI Ölçeğinin Alt Boyutları	Bilgi Kaynakları	N	Ort(%25p-%75p)	χ^2	p
Koruyucu	Hemşire	39	57.0 (47-60)	2.549	0.280
	Doktor	15	57.0 (48-59)		
	Hemşire ve Doktor	10	60.0 (54-62)		
	Hemşire ve Diyetisyen	11	54.0 (51-59)		
Demokratik	Hemşire ^a	39	26.0 (24-27)	9.334	0.009
	Doktor	15	26.0 (24-29)		
	Hemşire ve Doktor ^b	10	30.0 (27-32)		
	Hemşire ve Diyetisyen ^c	11	29.0 (28-32)		

Tablo 4.19. Annelerin Eğitim Aldıkları Bilgi Kaynaklarına Göre PARI Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (devamı)

PARI Ölçeğinin Alt Boyutları	Bilgi Kaynakları	N	Ort(%25p-%75p)	χ^2	p
Rolünü Reddetmesi	Hemşire	39	34.0 (25-40)	2.573	0.276
	Doktor	15	35.0 (31-40)		
	Hemşire ve Doktor	10	29.5 (24-35)		
	Hemşire ve Diyetisyen	11	34.0 (25-36)		
Karı-Koca Geçimsizliği	Hemşire	39	17.0 (12-21)	0.372	0.830
	Doktor	15	16.0 (15-18)		
	Hemşire ve Doktor	10	16.5 (14-19)		
	Hemşire ve Diyetisyen	11	16.0 (13-22)		
Sıkı Disiplin	Hemşire	39	47.0 (36-55)	2.511	0.285
	Doktor	15	50.0 (45-52)		
	Hemşire ve Doktor	10	40.5 (35-51)		
	Hemşire ve Diyetisyen	11	43.0 (40-48)		

a,b,c=Aynı kolanda farklı harf taşıyan gruplar arasındaki fark önemlidir.

χ^2 Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

Tablo 4.19 incelendiğinde; hemşire ve doktordan bilgi alan annelerin koruyucu puanlarının yüksek olduğu, ancak aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Hemşire ve doktor ile hemşire ve diyetisyenden bilgi alan annelerin demokratik boyutta puanları yüksek olup, istatistiksel olarak önemli bir fark vardır. Yapılan ileri düzey istatistik sonucu farklılığı yaratan grubun sadece hemşire, hemşire ve doktor, hemşire ve diyetisyen gruplarından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Rolünü reddetme puanları sadece hemşire ve sadece doktordan bilgi alan annelerde yüksektir. Karı-koca geçimsizliği puanları hemşire ve diyetisyenden bilgi alan annelerde yüksektir. Sıkı disiplin puanları ise sadece hemşireden bilgi alan annelerde yüksek bulunmuştur. Ancak bu gruplarda istatistiksel olarak önemli bir fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.20. Adölesanların Tanı Süresine Göre PARI Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

PARI Ölçeğinin Alt Boyutları	Tanı Süresi	N	$X \pm SS$ Ort(%25p-%75p)	İstatistiksel Testler	p
Koruyucu	0-3 yıl	26	60.0 (57-62)**	31.363 χ^2	0.001
	4-6 yıl	26	57.5 (51-60)**		
	7-9 yıl ^a	15	36.0 (31-52)**		
	10-12 yıl	8	54.5 (46-57)**		
Demokratik	0-3 yıl	26	27.30 $\pm$ 3.42*	1.027 <i>f</i>	0.386
	4-6 yıl	26	26.53 $\pm$ 2.99*		
	7-9 yıl	15	27.06 $\pm$ 4.74*		
	10-12 yıl	8	24.62 $\pm$ 5.90*		
Rolünü Reddetmesi	0-3 yıl	26	33.23 $\pm$ 9.19*	0.438 <i>f</i>	0.726
	4-6 yıl	26	34.03 $\pm$ 8.18*		
	7-9 yıl	15	31.80 $\pm$ 8.63*		
	10-12 yıl	8	35.75 $\pm$ 5.39*		
Karı-Koca Geçimsizliği	0-3 yıl ^b	26	20.0 (17-22)**	19.057 χ^2	0.001
	4-6 yıl	26	15.0 (12-16)**		
	7-9 yıl	15	16.0 (13-18)**		
	10-12 yıl	8	17.5 (12-19)**		
Sıkı Disiplin	0-3 yıl	26	44.76 $\pm$ 9.63*	1.425 <i>f</i>	0.243
	4-6 yıl	26	46.19 $\pm$ 9.47*		
	7-9 yıl	15	44.13 $\pm$ 9.35*		
	10-12 yıl	8	52.12 $\pm$ 0.16*		

 χ^2 Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.* $X \pm SS$ değerleri verilmiştir.*f* One Way Anova testi uygulanmıştır.

** Ort(%25p-%75p) değerleri verilmiştir.

a,b = Farklılığı yaratan grup.

Tablo 4.20’de çalışmaya katılan annelerin koruyuculuk ve karı-koca geçimsizliği puanlarının 0-3 yıl grubunda yüksek olduğu, 4-6 yıl ve 7-9 yıl gruplarında azaldığı, ancak 10-12 yıl grubunda tekrar yükseldiği ve gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu bulunmuştur ($p \leq 0.001$). Yapılan istatistiksel analiz sonucunda,

koruyucu boyutunda 7-9 yıl, karı-koca geçimsizliği boyutunda 0-3 yıl gruplarından kaynaklı farklılık olduğu belirlenmiştir. Demokratik puan ortalamaları 0-3 yıl grubunda, rolünü reddetme ve sıkı disiplin puan ortalamaları ise 10-12 yıl grubunda daha yüksektir, ancak aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.21. Adölesanların Metabolik Kontrol Göstergeleri İle PARI Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon İlişkisi

Metabolik Kontrol Göstergeleri PARI Ölçeğinin Alt Boyutları	Açlık Kan Şekeri	HbA1c	BKİ
Koruyucu	$r=0.212$	$r=0.039$	$r=0.097$
Demokratik	$r=0.204$	$r=-0.242(*)$	$r=0.065$
Rolünü Reddetmesi	$r=0.047$	$r=0.112$	$r=0.082$
Karı-Koca Geçimsizliği	$r=0.255(*)$	$r=0.046$	$r=0.143$
Sıkı Disiplin	$r=0.032$	$r=0.134$	$r=0.107$

Pearson korelasyon testi uygulanmıştır.

Tablo 4.21’de adölesanların metabolik kontrol göstergeleri ile PARI ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki gösterilmiştir. Açlık kan şekeri ile karı-koca geçimsizliği arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). HbA1c düzeyi ile demokratik boyut arasında negatif yönlü bir ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). PARI boyutları ile BKİ arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışma, Tip I DM tanısıyla izlenen adölesanlarda metabolik kontrole aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumunun etkisini belirlemek amacı ile tanımlayıcı çalışma olarak yapılmıştır ve bulguların tartışması aşağıda yer almaktadır.

Çocuk gelişiminde, sosyal ilişkilerin en geniş ve yalını aile içi ilişkilerdir. Aile içi ilişkilerde özellikle anne-çocuk ilişkisi kişilik gelişimindeki en önemli bileşendir. Geleneksel Türk aile yapısına göre; annelerin çocuklarına karşı aşırı özverili, çocukların ise saygılı ve boyun eğici davranmaları beklenmektedir. Anneler, zaman zaman çocuklarının yapabilecekleri işleri de kendileri yapmakta ve çocuğun tüm gereksinimlerini karşılamak annelik olarak algılanmaktadır (41). Annenin çocuğun yaşamında çok fazla var olması; çocuğun sorumluluk almasına, kendi kararlarını vermesine ve hata yapmasına olanak tanımayan, aşırı koruyucu tutumla sonuçlanmaktadır (55). Bu durum özellikle kronik hastalıklı çocuğa sahip olan aileler de daha fazla görülmektedir. Çünkü hastalanmak yalnızca fizyolojik bir süreç değil, aynı zamanda psikolojik, sosyal ve kültürel bir algıdır. İnsanların hastalığı algılamaları farklı olduğu gibi, sağlığın bozulması karşısında yaşanan duygular da farklılık göstermektedir. Bireyin gereksinimlerine, değer yargılarına ve inançlarına çevrenin bireyden beklentileri de eklenince sağlığın bozulmasına ilişkin çeşitli tepkiler görülmektedir (36, 39). Araştırmada adölesanların çoğunluğu, ebeveynlerinin kendilerine karşı koruyucu ve hoşgörülü davrandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.8). Bayat'ın DM'nin adölesan üzerine etkilerini araştırdığı çalışmasında; genellikle ailelerin, akranların ve öğretmenlerin DM'li adölesana karşı aşırı koruyucu ve hoşgörülü davrandıkları

saptanmıştır (56). Bu bulgu geleneksel Türk aile yapısı ve kültürel değerlerdeki ‘hasta çocuğu aşırı koruma’ tutumu ile örtüşmektedir (41, 57).

Çocuğun sadece hasta olup olmaması değil cinsiyeti, yaşı gibi sosyo-demografik özellikleri annelerin çocuk yetiştirme tutumlarını etkiler. Literatürde adölesanın yaşı ne kadar küçük olursa annenin çocuk üzerine yoğunlaşması ve kontrolü tamamen elinde tutmasının da o kadar kolay olacağı belirtilmektedir (58). Araştırmada da literatüre benzer olarak 10-13 yaş grubundaki adölesanların annelerinin daha koruyucu olduğu ve diğer yaş gruplarıyla arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Aile çocuğa güven duygusu kazandırma, koruyuculuk ve topluma uyumlu bir kişilik geliştirmekle görevlidir. Ancak koruyuculuğun zamanla azalması ve aşırı olmaması gerekmektedir. Aksi halde diğer aile üyelerine ayrılan zamanın azalmasına, aile içi ilişkilerin bozulmasına ve karı-koca geçimsizliğine neden olabilir (59). Araştırmada 10-13 yaş grubu adölesanların annelerinin karı-koca geçimsizliği puan ortalamalarının önemli derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Bu bulgu adölesanın yaşının küçük olmasına bağlı annelerin bakım sorumluluklarının fazla olmasıyla da ilişkilendirilebilir. Anneler ailedeki rol ve görevlerine ek olarak hasta çocuğun bakım sorumluluğunu üstlenmektedir. Bu durum annelerin ev ortamından uzakta kalmasına ve diğer aile üyeleriyle yeterince ilgilenememesine neden olmaktadır. Tip I DM’li adölesan kadar annelerinde hastalığa uyumları son derece önemlidir. Çünkü anne-baba uyumu, diğer aile üyelerinin uyumu ve sağlığı için temel noktadır. Aile içi ilişkilerin temelinde anne babanın birbirlerine karşı davranışları yatar. Anne baba arasında sevgi, saygı ve hoşgörüye dayanan bir ilişki olduğunda, anne babanın çocuğuna karşı tutumu da olumlu olmaktadır (60-62).

Adölesanın cinsiyeti annelerin çocuk yetiştirme tutumlarını etkiler. Çünkü gerek annelerin kız ve erkek çocuklar için farklı beklentiler içinde olmaları, gerekse kız ve erkek çocukların doğuştan getirdikleri farklı yapılar çocuğun cinsiyetine göre farklı yetiştirme tutumlarına neden olabilmektedir (41). Çalışmada adölesanların cinsiyetine göre annelerin çocuk yetiştirme tutumlarında önemli bir farklılık olmamasına karşın, kızlarda koruyuculuk ve sıkı disiplin puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.11). T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü’nün araştırmasında çocuğa hiçbir özgür alan bırakmayan ve kendi kararlarını vermesini desteklemeyen eğilimin kız çocukları söz konusu olduğunda daha güçlü olduğu

belirlenmiştir (41, 63). Mızrakçı, annenin kız çocuğuna karşı daha koruyucu tutum sergilediğini bulmuştur (41). Araştırma sonuçlarına göre; geleneksel değerlerdeki erkek çocukların daha değerli görünmesi ve isteklerine daha fazla önem verilmesi gibi bakış açılarının değişmekte olduğu, ancak hala kız çocuklarının daha fazla korunduğu ve sıkı disiplin uygulandığı şeklinde yorumlanabilir.

Adölesanların öğrenim durumuna göre annelerin çocuk yetiştirme tutumları incelendiğinde; ilköğretime devam eden adölesanların annelerinin daha koruyucu oldukları ve liseye devam eden adölesanlarla arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.12). Bu bulgu annelerde koruyucu tutumun zamanla azaldığı şeklinde yorumlanabilir. Ancak ilköğretime devam eden adölesanlarda, herhangi bir fiziksel yetersizliğin ya da hastalığın olması adölesanın bir gruba ait olma duygularını etkileyebilir. Kendilerini sosyal aktivitelerden uzak tutarak yetersizliklerini saklamaya çalışan adölesanların gruba ait olma duyguları azalabilir, hatta yalnızlık ve izolasyon yaşayabilirler. Böyle bir durumda annelerin de aşırı koruyucu tutum sergileyerek gereksiz kısıtlamalar koyması ve akran desteğinin azaltılması yaşanan duyguları şiddetlendirir. Gelişmesi beklenen çalışkanlık, girişkenlik ve başarı duygusunun yerine düşük benlik saygısı, reddedilme ve aşağılık duygusu gelişebilir. Neticede adölesanın hastalığa uyumu ve metabolik kontrolü zorlaşır (4, 64). Çalışmada ilköğretime devam eden adölesanların annelerinin karı-koca geçimsizliği puanlarının daha yüksek olduğu ve liseye devam eden adölesanlarla arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.12). Bu bulgu 10-13 yaş grubu adölesanlarda koruyuculuğun daha fazla olması ve buna bağlı karı-koca geçimsizliğinin de fazla olmasıyla benzer bir bulgudur. Dolayısıyla koruyucu tutumun aile içi ilişkileri olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Çalışmada önemli bir farklılık olmamasına karşın sıkı disiplin puan ortalamaları liseye devam eden adölesanlarda düşük bulunmuştur (Tablo 4.12). Bu dönemde kimlik arayışı, çeşitli fiziksel ve psikolojik değişiklikler ve kendini bağımsız hissetme gereksinimi daha fazladır. Bu dönemde annelerin sıkı disiplinin azalması, adölesanların bağımsızlıklarını ve kendi kimliklerini geliştirme çabalarını destekleyebilir (4).

Annelerin çocuk yetiştirme tutumlarını, sadece çocuklarının sosyo-demografik özellikleri değil, kendilerinin de sosyodemografik özellikleri etkileyebilir. Çalışmaya katılan annelerin %32.0'si 25-34 yaş grubundadır (Tablo 4.2). Annenin yaşının küçük

olması olgunluk düzeyi açısından anneyi olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşı küçük olan anne, çocuğunu kabul etmekte güçlük yaşayabilir ve çocuğuna karşı ilgisiz davranabilir (57, 65). İleriki yaşlarda ise anneler geleneksel değerlere bağlı kalarak aşırı koruyucu tutum sergileyebilir ve karı-koca geçimsizliği artabilir (41). Önemli bir farklılık bulunmamasına karşın çalışmaya katılan 45 ve üzeri yaştaki annelerin koruyucu, rolünü reddetme, karı-koca geçimsizliği ve sıkı disiplin puanları yüksek bulunmuştur. Öte yandan 25-34 yaşları arasındaki annelerde demokratik tutumun daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.13). Bu bulguya dayanarak, genç yaştaki annelerin daha olumlu tutumları benimsedikleri söylenebilir. Olumlu çocuk yetiştirme tutumları, adölesanın ileride kendisine ve topluma faydalı bir birey olmasına katkı sağlar. Benlik saygısı yüksek, sorumluluk duygusu ve özdenetimi gelişmiş olarak yetişen adölesan, gelecekte metabolik kontrolünü rahatlıkla sağlayabilir ve yaşam kalitesi yükselebilir (46, 62). Demokratik tutumun 25-34 yaş grubu annelerde yüksek bulunması, genç annelerin eğitim düzeylerinin yüksek olması ile ilişkilendirilebilir. Çalışmaya katılan üniversite mezunu annelerde demokratik tutum puan ortalamaları önemli derecede yüksek bulunmuştur ($p\leq 0.001$) (Tablo 4.14). Demiriz ve Öğretir'in çalışmasında da benzer bulgular elde edilmiştir (66). Eğitim düzeyi yüksek olan anneler çocuklarının kendilerini yönetmelerine önem verirler. Gelişimi için çocuğa özgürlük verilmesi gerektiğine inanırlar. Çocuk yetiştirmede ana hedefin disiplin olmaması gerektiğini düşünürler. Eğitim düzeyi düşük olan anneler ise geleneksel çocuk yetiştirme tutumlarına bağlı kalırlar (41). Annelerin eğitim düzeyi hastalığa uyum sürecini etkilemesi yönünden de büyük önem taşır. Çünkü eğitim düzeyi Tip I DM'li adölesanın bakımı, tedavisi ve eğitimi ile ilgili sahip olunan bilgiyi etkiler. Çalışmaya katılan annelerin %68'i de ilköğretim mezunudur (Tablo 4.2). İlköğretim mezunu annelerin rolünü reddetme puanları önemli derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.14). Genellikle ailenin geçimi ile ilgili maddi sorumlulukları babalar üstlenirken, anneler daha çok evde kalmakta, ev dışında iş ortamı olmadığı gibi arkadaş ilişkileri de daha sınırlı olmakta ve gün boyu çocukların sorumluluklarını üstlenmek zorunda kalmaktadırlar. Annenin uzun süre çocuğun bakımındaki rutinlerin dışına çıkmaması ve aile içinde yeterli fonksiyon görmemesi annelik rolünü reddetmesine neden olabilir (4, 66). Bu durumun ilköğretim mezunu annelerde daha fazla görülmesi, geleneksel annelik rolünü yerine getirme çabalarının daha çok olması ile ilişkilendirilebilir.

Annelerin eğitim durumları gibi çalışma durumları da Tip I DM'li adölesana karşı tutumlarını etkiler. Çalışmaya katılan işçi annelerde önemli bir farklılık olmamasına karşın rolünü reddetmesi, karı-koca geçimsizliği ve sıkı disiplin puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Tablo 4.15). Bu duruma annelerin çok fazla fonksiyonlarının yanında ekonomik yönden de sorumluluklarının olması neden olabilir. Nitekim çalışmada önemli bir farklılık olamamasına karşın, geliri giderden fazla olan annelerin daha koruyucu oldukları, öte yandan geliri giderden az olan annelerin daha çok ev kadınlığı rollerini reddettikleri ve karı-koca geçimsizliği yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.16). Geliri gidere denk olan annelerin ise; demokratik tutumları istatistiksel açıdan önemli olmamakla beraber yüksek bulunmuştur (Tablo 4.16). Yapılan bir araştırma sonuçlarına göre; sosyoekonomik yönden üst düzeyde olan anne babalar, alt düzeydekilere göre otoriteye daha az önem vermekte, fakat koruyuculuğu, eşitliği daha önemli görmektedirler. Dolayısıyla sadece maddi olanakların kısıtlı olduğu çevrede değil, olanakların üst düzeyde olduğu çevrede de daha olumsuz tutumlar sergilendiği söylenebilir (41).

Annelerin yaş, cinsiyet, eğitim gibi özelliklerinin yanında babalarında sosyodemografik özellikleri çocuk yetiştirme tutumlarını etkiler. Çalışmada Tip I DM'li adölesanların babalarının %55.2'sinin ilköğretim mezunu olduğu ve %37.3'ünün serbest meslekte çalıştığı bulunmuştur (Tablo 4.2). Literatürde babanın eğitim düzeyi yükseldikçe geleneksel cinsiyet rollerine gösterdiği önemin azaldığı belirtilmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan babalar çocuğun bireyselliğini destekleyerek, çocuğu dinleyerek olumlu çocuk yetiştirme konusunda anneye model olabilir (41, 57).

Çalışmaya katılan ailelerin %65.3'ü çekirdek aile iken, %14.7'si parçalanmış ailedir (Tablo 4.2). Çalışmada parçalanmış aileye sahip annelerin demokratik tutum puanları önemli düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.17). Parçalanmış ailede çocuklar genellikle anne ile birlikte kalmakta, babadan görülen ilgi ve sevgi azalmakta ve bu da çocuğun kişiliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Türk toplumunda babanın otoriteyi temsil etmesi, yokluğunda ise annenin bu rolü üstlenerek çocuğuna karşı otoriter davranması gelişebilir. Oysa araştırmamızda parçalanmış ailede yaşayan annelerin sıkı disiplin puan ortalamaları çekirdek ailede yaşayan annelerin puan ortalamalarından daha düşüktür. Diğer taraftan çekirdek ailede yaşayan annelerin rolünü reddetme puan ortalamaları yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark

tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.17). Çekirdek ailede anneler çocuklarını kendi görüşleri doğrultusunda yetiştirebilirler. Ancak çekirdek ailede anne çalışıyorsa çocuğun bakımı sorun olabilir (57). Özellikle kronik hastalıklı bir adölesanı büyütmek, adölesan döneminin getirmiş olduğu değişikliklerle birlikte annelerin yaşadıkları sorunları yoğunlaştırabilir. Araştırma sonuçlarına göre; çekirdek ailede yaşayan annelerin görevlerini yerine getirmekte zorlandıkları ve ev kadınlığı rollerini reddettikleri, öte yandan parçalanmış ailede yaşayan annelerin daha az otoriter, daha çok demokratik davrandıkları yorumuna gidilebilir.

Ailelerin tipi, sosyoekonomik düzeyleri gibi özgeçmişlerinde DM hikayesinin olması annelerin çocuk yetiştirme tutumlarını etkileyebilir. Ailesinde DM olan annelerin rolünü reddetme, karı-koca geçimsizliği ve sıkı disiplin puanları yüksek bulunmuşken, istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.18). Çocuklarında DM tanısı konulan ebeveynlerde görülen evrensel tepkilerden biri de suçluluktur. DM'nin genetik geçişli bir hastalık olması, annelerde suçluluk duygusuna neden olabilir. Bu durum, annelerin tepkilerini ve çocuk yetiştirme uygulamalarını değiştirebilir. İlaveten kronik hastalığın getirisi olan stresin yoğun düzeyde yaşanması aile içi ilişkileri olumsuz yönde etkileyebilir. Anneler ev kadınlığı rollerini reddetme ya da çocuğa karşı otoriter bir tutum sergileyebilir. Bu durumda sağlık personellerinin aileye yardım etme süreci etkin olmalıdır. Annelerin çocuk yetiştirme konusunda karşılaştıkları problemleri, konunun uzmanına danışmasının olumsuz tutumlarında azalmayla sonuçlandığı bilinmektedir (4, 37, 41). Çalışmada; annelerin tamamına, hastalığa ilişkin eğitim verilmiştir (Tablo 4.4). Çalışma da; hemşire ve doktor ile hemşire ve diyetisyenden eğitim alan annelerin, sadece hemşire ile sadece doktordan eğitim alan annelere oranla demokratik tutum puanları önemli derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.19). Bu bulgu sağlık hizmetlerinde ekip hizmetinin önemini gösterebilir. Tek bir sağlık personelince verilen eğitim yeterli olmayabilir ve bu durum annelerin çocuk yetiştirme tutumlarını etkileyebilir. Ailelere sürekli olarak hastalık ve tedavisine ilişkin bilgi verilmesi, hastalığa ve tedaviye uyum açısından son derece önemlidir. Hemşire, aile ile en yakın ilişki kuran kişidir. Sürekli olan bu ilişkide aileyi yakından tanır ve sorunlarını paylaşır. Sağlık hizmetlerinin her aşamasında görev alır. Bu nedenle annenin tutumlarını etkileme ve değiştirme gücü vardır. Aile merkezli bakım veren hemşirenin bakım kalitesinin artmasında, annenin çocuk yetiştirme tutumlarını bilmesi önemlidir. Sağlıklı anne-baba-çocuk ilişkileri sağlıklı bireylerin

dolayısıyla sağlıklı toplumun oluşmasını sağlar. Bu durum hemşireliğin bütüncül bakış açısının önemini ortaya koymaktadır. Hemşirenin bu konuda bilgi ve farkındalığının artması toplum sağlığının gelişmesine katkı sağlayabilir (57, 64).

Çalışmaya katılan adölesanların %34.7'si 0-3 yıl, %10.7'si 10-12 yıldır Tip I DM tanısı almıştır (Tablo 4.6). Çalışmada; annelerinin koruyuculuk ve karı-koca geçimsizlik puanlarının, tanı süresi 0-3 yıl olduğunda arttığı, 4-6 ve 7-9 yıl olduğunda azaldığı, 10-12 yıl olduğunda ise tekrar artış gösterdiği bulunmuştur ve gruplar arasında fark istatistiksel olarak önemlidir ($p \leq 0.001$) (Tablo 4.19). Çocuklarına yeni tanı konulan anneler yaşadıkları suçluluk duygusu ve kriz nedeniyle aşırı koruyucu davranabilir ve beraberinde karı-koca geçimsizliğine neden olabilir. Bu durumun tanı süresi 10-12 yıl olduğunda tekrardan artması, kriz evrelerinin tekrardan yaşanabileceğini düşündürmektedir. Çocuklarının akranlarından farklı olduğunun hissedilmesi veya hastalığa ilişkin ciddi sorunlarla karşılaşılması yeni bir krize neden olabilir. Krizin bu evrelerinde hemşirenin ev ziyaretleri yaparak, aileye bütüncü bakım vermesi ve yardım etme sürecini kullanması, hastalığa adaptasyon açısından son derece önemlidir (4, 37).

Adölesanlarda normal gelişim ile artan bağımsızlık ve kendini hissettiren meydan okuma sürecinde, ebeveynlerin uygun şekilde olaya dahil olması şekli belirlenmelidir. Adölesanlar günlük Tip I DM yönetiminin sorumluluğunu alabilirlerse de, erişkin gözetiminin çok az ya da hiç olmaması kötü metabolik kontrol ile sonuçlanır (17). DM kontrolü, Tip I DM'li adölesanın hastalığı nedeni ile bozulmuş olan metabolik değerlerinin sağlıklı bireylerine yakın değerlerde tutulması ve kontrolünü içerir (10). Çalışmada Tip I DM tanısıyla izlenen adölesanlarda metabolik kontrol göstergeleri incelendiğinde, adölesanların %60'ının en son açlık kan şekeri düzeyi 131 mg/dl ve üzerinde olup, %9.3'ünün idrarda ketonu bulunmaktadır. Ayrıca adölesanların %54.7'sinin HbA1c düzeyi %8'in üzerindedir (Tablo 4.8). Amerika ve Avrupa'daki çeşitli çalışmalar da HbA1c değerlerinin genelde %8'in üzerinde oldukları ve bu değeri aşağı çekmeye çalışmaları şiddetli hipoglisemi riskini belirgin şekilde artırdığı saptanmıştır (67). Bundan dolayı yetişkinlerde ideal bir HbA1c değeri belirlenebilirken ($< \%7$), pek çok adölesanda bu metabolik kontrol sağlanamamaktadır (34). Ülkemizde pediatrik endokrinoloji merkezlerindeki olguların değerlendirildiği bir çalışmada, olguların HbA1c ortalamalarının %8,5 olduğu görülmüştür. Olguların üçte birinin değeri %7,5'un altında, üçte birinin %7,5-9 arasında, üçte birinin ise %9'un üzerindedir

(68). Günümüzün tedavi olanakları hastalığı anlamada ve yeni tedavilerde önemli düzeyde gelişmesine karşın, DM kompleks bir hastalık olmaya devam etmektedir. Ayrıca DM, sağlık sistemleri üzerine önemli mali yük getiren bir hastalıktır. Ülkemizde sağlık sorunları ve bunların etkileri değerlendirilirken, insana verdiği zararın ekonomik yönü (dolaylı maliyetler) göz önünde bulundurulmamaktadır. Örneğin, erken yaşta kaybedilen bir kişinin erken ölümünden dolayı ülkenin uğradığı ekonomik kayıp hesaba katılmamaktadır. Halbuki ülkenin en değerli kaynağı insandır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılında yaptırmış olduğu Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi'ne göre, DM'nin izlenmesi ve tedavisi değişik halk sağlığı müdahaleleri arasında en yüksek maliyet-etkililik oranına sahip uygulamalardan biridir. Dolayısıyla Tip I DM'li adölesanlarda yeterli glisemik kontrolün sağlanamaması, aile ve ülke ekonomisine büyük yük getirdiğini düşünülmektedir. Bu maddi kayıp, komplikasyon varlığında doğrudan 3 kat artmaktadır. Tip I DM'de metabolik kontrolün sağlanması ile hedeflenen asıl amaç komplikasyonların önlenmesi ve Tip I DM hastalarının yaşam kalitesinin yükseltilmesidir (17, 68). Araştırmaya katılan adölesanların tamamında kronik bir komplikasyona rastlanmamıştır (Tablo 4.8). İncedayı ve Çönever'in Tip I DM'li adölesanlarla yapmış olduğu çalışmalarda da benzer bulgular elde edilmiştir. Hobalth ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yetersiz HbA1c ile başvuran Tip I DM'li adölesanların hiçbirinde komplikasyon görülmemiştir (10, 36). Bu bulgular, kronik komplikasyonların daha çok uzun vadede ortaya çıkması ve adölesanlara yoğun insülin tedavisi uygulanması ile ilişkilendirilebilir. Ancak ortaya çıkmamış bir sorun yani risk, soyut bir kavram olup, özellikle toplumumuzda algılanmasında sorun yaşanmaktadır. Bu durum kendini "Bana bir şey olmaz!" yaklaşımı ile göstermektedir. Davranışların değiştirilebilmesi için geleceğin yetişkini olan adölesanlar tarafından komplikasyon risklerinin bireysel olarak algılanması gerekmektedir (69).

Günümüzde sağlık davranış modeli de, sağlıkla ilgili bilgilerin davranış değişikliğini sağlayabilmesi için yeterli olmadığını ortaya koymaktadır. Davranış değişikliği için hastalarda hastalıkları ile ilgili farkındalık, daha sonra bireysel risk algısı ve zedelenebilirlik algısı oluşması gerekmektedir. Buna bir örnek olarak, sigara içen bireylerin sigaranın hastalık riskini arttırdığı konusunda bilgili olmaları, ancak kendilerini risk altında hissetmemeleri verilebilir. Bu açıdan DM hastalarının, davranışlarının sonucunda ortaya çıkan kendilerine yönelik riskleri HbA1c değeri %7,5'un altında, üçte birinin %7,5-9 arasında, üçte birinin ise %9'un üzerindedir (68).

Günümüzün tedavi olanakları hastalığı anlamada ve yeni tedavilerde önemli düzeyde gelişmesine karşın, DM kompleks bir hastalık olmaya devam etmektedir. Ayrıca DM, sağlık sistemleri üzerine önemli mali yük getiren bir hastalıktır. Ülkemizde sağlık sorunları ve bunların etkileri değerlendirilirken, insana verdiği zararın ekonomik yönü (dolaylı maliyetler) göz önünde bulundurulmamaktadır. Örneğin, erken yaşta kaybedilen bir kişinin erken ölümünden dolayı ülkenin uğradığı ekonomik kayıp hesaba katılmamaktadır. Halbuki ülkenin en değerli kaynağı insandır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılında yaptırmış olduğu Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi'ne göre, DM'nin izlenmesi ve tedavisi değişik halk sağlığı müdahaleleri arasında en yüksek maliyet-etkililik oranına sahip uygulamalardan biridir. Dolayısıyla Tip I DM'li adölesanlarda yeterli glisemik kontrolün sağlanamaması, aile ve ülke ekonomisine büyük yük getirdiğini düşündürmektedir. Bu maddi kayıp, komplikasyon varlığında doğrudan 3 kat artmaktadır. Tip I DM'de metabolik kontrolün sağlanması ile hedeflenen asıl amaç komplikasyonların önlenmesi ve Tip I DM hastalarının yaşam kalitesinin yükseltilmesidir (17, 69). Araştırmaya katılan adölesanların tamamında kronik bir komplikasyona rastlanmamıştır (Tablo 4.8). İncedayı ve Çönever'in Tip I DM'li adölesanlarla yapmış olduğu çalışmalarda da benzer bulgular elde edilmiştir. Hobalth ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yetersiz HbA1c ile başvuran Tip I DM'li adölesanların hiçbirinde komplikasyon görülmemiştir (10, 36). Bu bulgular, kronik komplikasyonların daha çok uzun vadede ortaya çıkması ve adölesanlara yoğun insülin tedavisi uygulanması ile ilişkilendirilebilir. Ancak ortaya çıkmamış bir sorun yani risk, soyut bir kavram olup, özellikle toplumumuzda algılanmasında sorun yaşanmaktadır. Bu durum kendini "Bana bir şey olmaz!" yaklaşımı ile göstermektedir. Davranışların değiştirilebilmesi için geleceğin yetişkini olan adölesanlar tarafından komplikasyon risklerinin bireysel olarak algılanması gerekmektedir (69).

Günümüzde sağlık davranış modeli de, sağlıkla ilgili bilgilerin davranış değişikliğini sağlayabilmesi için yeterli olmadığını ortaya koymaktadır. Davranış değişikliği için hastalarda hastalıkları ile ilgili farkındalık, daha sonra bireysel risk algısı ve zedelenebilirlik algısı oluşması gerekmektedir. Buna bir örnek olarak, sigara içen bireylerin sigaranın hastalık riskini arttırdığı konusunda bilgili olmaları, ancak kendilerini risk altında hissetmemeleri verilebilir. Bu açıdan DM hastalarının, davranışlarının sonucunda ortaya çıkan kendilerine yönelik riskleri algılamaya ihtiyaçları vardır (69). Çalışma da Tip I DM'li adölesanların hastalığa uyumlarını

gösteren bazı davranışları incelendiğinde; %9.3'ünün günde bir kez, %29.3'ünün de günde 2 kez kan şekerini ölçtüğü belirlenmiştir (Tablo 4.7). Oysa Amerikan Diabet Birliği, Tip I DM'li adölesanların günde 4 kez veya daha sık kan şekerlerini ölçmelerini önermektedir (17). Adölesanların %20'sinde kan şekerine bakma işlemlerini ve %50.7'sinin diyet düzenlemelerini aileden birisinin yaptığı belirlenmiştir. Katılımcı adölesanların %37.3'ü kan şekeri sonuçlarını kaydetmemekte, %42.7'si düzenli egzersiz yapmamaktadır (Tablo 4.7). Adölesan dönemi, önemli değişikliklerin yaşanması bakımından bireyin nasıl bir yetişkin olacağını belirleyen bir dönemdir. Bu dönemde kronik bir hastalığın olması, genç bireyin yaşamda üstleneceği rolleri kazanması açısından son derece önemlidir (4, 9). Bu nedenle adölesan dönemi sağlığı geliştirme için ideal bir dönem olarak düşünülmeli, bu yaş grubuna yönelik hemşirelik bakımı sağlığın geliştirilmesine ve adölesanların kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmelerine odaklanmalıdır (70). Yapılan çalışmalarda kronik hastalığı olan adölesanlarda davranış sorunlarının normal olanlara göre 2 kat fazla olduğu gözlenmiştir (37).

Tip I DM'de en önemli davranış değişikliklerinden birisi diyet düzenlenmesi durumudur. Diyet, kan glikoz ve lipid düzeylerini mümkün olduğu kadar fizyolojik düzeyde tutmayla ilişkilidir. Tip I DM'li adölesanlarda hastalık nedeniyle büyüme gelişmenin geri kalması, mutlaka uymaları gereken özel bir diyetlerinin olması nedeniyle her istediklerini yiyememeleri, aileye bağımlı kalma, hastalığın etkilerinden dolayı gelecek kaygısı yaşamaları olabilecek sorunlardandır. Bu sorunlar, tedaviye uyumu güçleştirmekte, metabolik kontrolü olumsuz etkileyebilmektedir (4, 39, 40). Araştırmaya katılan Tip I DM'li adölesanların %56'sı diyet ayarlamada güçlük yaşadıklarını ve %42.4'ü istediği kadar yemek yiyemediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.7). Bayat'ın çalışmasında; adölesanların %72'sinin diyet ayarlamada güçlük yaşadıkları ve %58'inin dışarıda yemek yemeleri gerektiğinde diyeti bozdukları bulunmuştur. Bir başka çalışma da yeme bozukluğu olan Tip I DM'li adölesanların aile ilişkilerine bakıldığında, aile desteğinin az olduğu, aile içi iletişimin kötü olduğu ve güven duygusunun az olduğu saptanmıştır. Adölesan döneminde akran önemli olduğundan yaşam biçimi ve rutinlerdeki değişiklikler sorun yaratabilir. Bu durum diyet programlarına uymama biçiminde görülebilmektedir. Ayrıca adölesanlar dış görünümdeki değişim, büyüme ve pubertede gecikme nedeniyle akranlarından daha küçük görünebilmektedir (2, 56, 71).

Araştırmaya katılan Tip I DM’li adölesanların %8’inin boy persentili ve %13.4’ünün kilo persentili 5 persentilin altındadır (Tablo 4.8). Bu durum adölesanın kendisini akranlarından farklı hissetmesine ve çeşitli psikolojik problemlere neden olabilir. Ayrıca adölesanın okul hayatını da olumsuz yönde etkileyebilir. Öğrenmede aksama, akademik başarısızlık ve okul-arkadaş ilişkilerinde bozulma oluşabilir (2, 4, 74).

DM’li çocukların okul hayatlarında yaşadıkları zorluklarla ilgili ülke çapında yapılmış çalışmalar bulunmamaktadır (4, 68). Çalışmaya katılan adölesanların tamamı okula devam etmektedir, ancak %61.3’ü hastalık nedeni ile okula ara vermiş olup, %26.1’i 20 gün ve daha fazla sürede okula ara vermiştir (Tablo 4.7). Bayat’ın, DM’nin adölesan üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında da benzer bulgular elde edilmiştir (56). Tip I DM’li adölesanların akranlarıyla beraber olabileceği okul içi ve çevresi, oyun sahası gibi sosyal çevreleri hastalığıyla baş edebilmede fiziki ve sosyal açıdan rehabilitasyona uygun değildir. Adölesan döneminde önemli bir zamanın geçtiği okul içi beslenme saatleri ve yerlerinin uygunsuzluğu, adölesanın tedavisini ve yaşamını olumsuz etkileyebilir. Bu açıdan Türkiye Diabet Vakfı’nın Milli Eğitim Bakanlığı nezdinde girişimleri olmuştur. Bu çerçevede Milli Eğitim Bakanlığı, DM’li öğrencilerin insülinlerini zamanında yapmalarının sağlanması, ana ve ara öğünlerini saatinde alabilmeleri veya yemek verilmeyen ya da beslenme imkanı olmayan yerlerde ana ve ara öğünlerde beslenme sağlanabilmesi için 2000 yılında bir genelge yayınlamıştır. Ancak genelgenin uygulanma durumu kontrol edilmediğinden, uygulama standart bir şekilde sağlanamamaktadır. Tip I DM’li adölesanların hastanede yattığı günler için verilen raporlar bazı öğretmenler tarafından kabul edilmemektedir ve çocuklar devamsızlık nedeniyle sene kaybı yaşamaktadır. Bu sadece Tip I DM’li adölesanlar için geçerli olmayıp, kronik hastalıklı çocukların genel sorunudur (68). Genel olarak, kronik hastalıklı çocuklar okul sağlığı hizmetlerinden yararlanamadığı gibi, Tip I DM’li adölesanlara hasta hakkı olarak okul sağlığı hizmetleri verilmemektedir. Bu nedenle bu konu bir hak ihlali olarak değerlendirilebilir. Bütün bu durumlar ülkemizde okul hemşireliği hizmetlerinin tam anlamıyla gelişmemiş olduğunu düşündürmektedir. Çünkü okul hemşiresi, öğretmen için yol gösterici bir kişi ve bilgi kaynağı, ana baba için ise iyi bir danışman, aile sorunlarına olumlu yaklaşan ve çocuğun gereksinimlerini ortaya koyabilen bir kişidir (2, 68).

Çalışmaya katılan adölesanların HbA1c düzeylerinin yüksek olması, boy ve kilo persentillerinin düşük olması ve hastalığa bağlı okula devamsızlık durumlarının fazla olması gibi veriler Tip I DM'li adölesanların yeterince metabolik kontrollerin sağlanamadığını düşündürmektedir. Tüm tıbbi müdahalelere karşın, Tip I DM'li adölesanlarda hedeflenen metabolik kontrol kriterlerine ulaşılamamasının nedeni; metabolik kontrolü, adölesanın sorun çözme becerisi, özdenetimi, aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumları gibi birçok değişkenin etkilemesinden kaynaklanmaktadır. Bu yüzden Tip I DM bakımına, adölesan ve ailesinin yüksek düzeyde katılımı gereklidir (7).

Günlük yönetim üzerinde adölesan-ebeveyn çatışmasının önlenmesi kötü metabolik kontrolü önleyebilir. En iyisi adölesan ve aile arasında paylaşılan takip ve tedavi anlayışı ile uygun metabolik kontrol sağlanmasıdır. Adölesanlar da, ebeveyn-çocuk arasında paylaşılan sorumluluk, çatışmayı önleyen stratejiler ve aile odaklı takım çalışması DM kontrolünü artırır (17, 73, 74).

Araştırma da karı-koca geçimsizliği arttıkça adölesanın açlık kan şekerinin yükseldiği yönünde bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.21). Yine araştırma sonuçlarına göre, demokratik tutumu fazla olan annelerin çocuklarında HbA1c düzeyleri diğer ailelere oranla daha düşük seyretmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.21). Bu sonuçlara dayanarak aile içi ilişkileri iyi olan kişilerde metabolik kontrolün sağlanmasının daha kolay olabileceği söylenebilir. Kontrollü bir çalışma da 8-17 yaşları arasındaki DM'li çocuklarda; 'aile odaklı takım çalışması' ile 'standart multidisipliner DM kontrolü' karşılaştırılmıştır. Her ziyaret sonunda sorumluluk paylaşım planının gözden geçirildiği aktif bir aile görüşmesi yapılmasının, ailenin olaya katılımını artırdığı, aile odaklı bakım sağlayarak daha iyi bir metabolik kontrol sağlanmasına imkan tanıdığı görülmüştür. Paylaşılmış sorumluluk planı, DM'li adölesanın bilişsel, fiziksel ve psikososyal olgunlaşmasına katkıda bulunur (73).

Araştırmanın sonuçları;

1. Adölesanların çoğunluğu, annelerinin kendilerine karşı hoşgörülü ve koruyucu davrandıklarını belirtmişlerdir.
2. Aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu, Tip I DM'li adölesanın açlık kan şekerini ve HbA1c düzeyini etkilerken, beden kitle indeksini (BKİ) etkilemediği bulunmuştur.
3. Annelerin koruyucu ve karı-koca geçimsizliği puanları; 10-13 yaş grubu, ilköğretime devam eden ve tanı süresinin 0-3 yıl olduğu adölesanlarda yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

1. Tip I DM'li adölesan ve ailesiyle çalışan sağlık personelinin sadece hastayı değil, adölesanı ve ailesini bir bütün olarak ele alması ve aile merkezli çalışması,
2. Sağlık personelince hastalığın sadece fiziksel yönlerinin değil, psikolojik ve psikososyal yönlerinin de ele alınması,
3. Çocuk sağlığı hemşirelik hizmetlerinde eğitcilik ve danışmanlık hizmetlerinin etkinleştirilmesi,
4. Tip I DM'li adölesan ve ailesine hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi verilmesi,
5. Adölesan ve ailesinin kriz evrelerini sağlıklı bir şekilde atlatıp hastalığa uyumlarının sağlanmasında yardımcı olunması,
6. Aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu konusunda sadece sağlıklı çocuğa sahip ailelerin değil, kronik hastalıklı çocuğa sahip ailelerin de eğitilmesi,
7. Annelere yönelik aşırı koruyucu, aşırı hoşgörülü gibi tutumlar sergilemenin olumsuz yönleri ve hasta çocuğa karşı nasıl bir tutum içinde olmaları gerektiğine ilişkin eğitim programlarının hazırlanıp, bu programların her anne için kolay ulaşılabilir olmasının sağlanması, programlara işlerlik kazandırılması ve yaygınlaştırılması,
8. Sadece Tip I DM'li adölesana yönelik değil, sağlıklı kardeşlerine yönelikte ailelerin nasıl davranmaları gerektiği konusunda eğitim programlarının düzenlenmesi,
9. Özellikle kronik hastalıklı çocukların bakımında babaların da etkin rol almaları ve annelerin bakım yüklerini hafifletmeleri konusunda babaların bilinçlendirilmesi,
10. Hastalara ve ailelerine eğitim verilecek özel eğitim odasının hazırlanması,

11. Kadının eğitim düzeyinin yükseltilmesi ile ilgili çalışmalarda rol alınması, eğitim düzeyi düşük olan annelere çocuk yetiştirme tutumları konusunda eğitim verilmesi,
12. Kronik hastalıklara bağlı maddi güçlükler yaşandığı için, gelir düzeyi düşük olan ailelere bu durumun adölesana olumsuz şekilde yansıtılmaması gerektiğinin açıklanması,
13. Aile bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesinde aileye gereken desteğin verilmesi önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

1. Bayat M. İnsüline Bağımlı Diabetes Mellitusu Olan Adölesanlara Özbakımlarının Öğretilmesi ve Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 1999; ss 1-25.
2. Karabel Z. Tip I DM'li Adölesanlarda Benlik Saygısının Diyetle Uyumla İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Mersin 2006; ss 14-38.
3. Hatun Ş, Dünder Y. Çocuklarda, Adölesanlarda ve Genç Erişkinlerde Tip I Diyabet. Erişim: [<http://www.arkadasimdiyabet.org/documents/hanasson.pdf>], Erişim Tarihi:10 Ocak 2010.
4. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği (6. bs. 2. cilt), Sistem Ofset Basım Yayın, Ankara 2008; ss 148–175.
5. Kirschner R. Diabetes in Pediatric Ambulatory Surgial Patients. Post Anest Nurs 1993; 322-326.
6. Gül E, Bayat M. Diyabetli Çocukların Kardeşlerinin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005; 14: 7-12.
7. Çöner Ç. Tip I Diyabetli Adölesanlarda Sorun Çözme Becerisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2005; ss 3-31.
8. Geçkil E. Yıldız S. Adölesanlara Yönelik Beslenme ve Stresle Başetme Eğitiminin Sağlığı Geliştirmeye Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10: 10-22.

9. Farrant B, Watson PD. Health Care Delivery: Perspectives of Young People with Chronic İllness and Their Parents. *Journal Pediatrics Child Health* 2004; 175-179.
10. İncedayı A. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Tip I Diyabetli Adölesanlarda Sorun Çözme Becerisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2007; ss 4-42.
11. Alçı E, Özgür S. Epilepsili Çocukların Okul Yaşantısına İlişkin Karşılaşılan Güçlükler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1997; 1: 65-73.
12. Kandemir N, Alikaşifoğlu A, Özöm Z, Gönç E. Diyabetle Elele Eğitim Kitabı, Ankara 2008; ss 99-106.
13. Arıkan Ş, Antar S. Diabet Kampına Katılan Ergen ve Çocukluk Çağındaki Tip I Diabetik Hastaların Ruhsal Bulgu ve Belirtilerinin Değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi* 2007; 34: 294-298.
14. Çıgıl Fettahoğlu E, Koparan C, Ozatalay E, Türkkahraman D. İnsüline Bağımlı Diabetes Mellitus Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Gözlenen Ruhsal Güçlükler. *Türkiye'de Psikiyatri* 2007; 9: 32-36.
15. Çırak Y. Kronik Hastalıklı Çocuğu Olan Annelerin Yaşadığı Duygular. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2006; 557: 27-30.
16. Semerci Z.B, Hasta Çocuğa Yaklaşım. Ankara 1999; ss 110-113.
17. Oktay S, Erdoğan S, Olgun N ve ark. Diabet Eğitimcileri İçin 2010 Diabet Ajandası, İstanbul 2010; ss 300-320.
18. Sözen T. İç Hastalıkları, Ankara 2003; ss 110-124.
19. Akalın S, Aslan M, Başkal N ve ark. Diabet ve Siz, İstanbul 2001; ss 89-100.
20. Birol L, Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Ankara 2004; ss 708-709.
21. Sungur G. Diyabetes Mellitus'lu Kadınların Hijyenik Alışkanlıkları ve Üriner Sistem Enfeksiyonu Görölme Durumu, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 2003; ss 4-14.
22. Arslan M. İç Hastalıkları, Ankara 2003; ss 96-108.
23. Balcı M. Diabetes Mellitus Önemi, Fiziopatolojisi, Tanı ve Sınıflama, 11.Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya 2009; ss 307-308.
24. Neyzi O, Ertuğrul T. Pediatri, İstanbul 2002; ss 148-174.

25. Standards of Medical Care in Diabetes American Diabetes Association. Diabetes Care 2010; 33: 35-44.
26. Powers AC. Diabetes Mellitus, Academic Press, Fauca Jameson 2005; 154-168.
27. Bozkurt ZB. Tip I Diabetes Mellituslu Hastalarda Kemik Mineral Dansitesinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bezm-İ Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi, İstanbul 2006; ss 4-37.
28. Bideci A, Demirel F, Çamurdan O, Cinaz P. Tip I Diabetli Çocuklarda İlk Başvuru Bulgularının Değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2006; 49: 112-116.
29. Wagner VM, Muller-Godeffroy E, Von-Sengbusch S, Hager S, Thyen U. Age, Metabolik Control and Type of İnsulin Regime Influences Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents with Type I Diabetes Mellitus. Eur J Pediatr 2005; 491-496.
30. Kuperminc GP, Allen JP. Problem Behavior and Motivations Toward İnterpersonal Problem Solving among High Risk Adolescents. Journal of Youth and Adolescence 2001; 30(5): 597-622.
31. Çövener Ç. Tip I Diyabetli Adölesanlarda Sorun Çözme Becerisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2005; ss 7-31.
32. Weissberg BJ, Glasgow AM, Tynan WD, Wirtz P, Turek J, Ward J. Adolescent Diabetes Management and Mismanagement. Diabetes Care, 1995; 77-82.
33. Moussa M, Alsaeid M, Abdella N. Social and Psychological Characteristics of Kuwaiti Children and Adolscents with Type I Diabetes. Social Science Medicine 2004; 10-25.
34. Scottish Study Group for the Care of The Young With Diabetes, A Longitudinal Observational Study of İnsulin Therapy and Glycaemic Control in Scottish Children With Type I Diabetes, Diabet Med 2006; 1-48.
35. Krenke-Seiffge I, Diabetic Adolescents and Their Families, Stres, Coping and Adaptation Port Chester, Cambridge University Press 2001; 84-232.
36. Bozkut G, Erdim L, İnal S. Ailelerin Çocukların Hastalığının Akut ve Kronik Oluşundan Etkilenme Durumları, Nursing Forum 2005; 8: 35-39.
37. Gürbüz D. Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Çocukların Ebeveynlerinin Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 2009; 1-66.

38. Gültekin G, Baran G. Hastalık ve Çocuk, Aile ve Toplum Dergisi 2005; 2: 54-61.
39. Boling W. The Health of Chronically III Children, Fam Community Health, Lippincott Williams Wilkins 2005; 176-183.
40. Coşkun Y, Bayat M. Epilepsili Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Yaşam Kalitesi, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 2005; ss 1-54.
41. Şanlı D. Annelerin Çocuk Yetiştirme Tutumlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2007; ss 1-104.
42. Ekşi A. Çocuk-Genç ve Ana-Babalar, İstanbul 1990; ss 1-68.
43. Aydın B. Çocuk ve Ergen Psikolojisi, İstanbul 1997; ss 24-69.
44. Ömeroğlu F. Okul Öncesi Dönemde Çocuğun Terbiyesinde Annelerin Rolü ve Annelerin Çocuk Yetiştirme Tutumları, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1996; ss 4-24.
45. Kaya İ. Evlilik Uyumu İle Çocuklardaki Davranış Problemleri Arasındaki İlişkide Çocuk Yetiştirme Tutumlarının Rolü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2003; ss 5-29.
46. Yavuzer H. Yaygın Ana-Baba Tutumları, İstanbul 1997; ss 16-38.
47. Sümer N. Çocuk Yetiştirme Stillerinin Bağlanma Stilleri, Benlik Değerlendirmeleri ve Yakın İlişkiler Üzerindeki Etkisi. Türk Psikoloji Dergisi 1999; 14; 42-44.
48. Hopia H, Tomlinson PS, Paavilainen E. Child in Hospital: Family Experiences and Expectations of How Nurses can Promote Family Health, Journal of Paediatrics and Child Health 2005; 14: 200-212.
49. Johnson SH. The Hospitalized Child, Hight Risk Parenting, Philadelphia 1979; 238-240.
50. Öner N. Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, İstanbul 1997; 538-542.
51. Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri, İzmir 2001; ss 28-318.
52. Eymen U.E. SPSS 15.0 Veri Analiz Yöntemleri, İstanbul 2007; ss 87-142.
53. Sümbüloğlu K. Sümbüloğlu V. Biyoistatistik, İstanbul 2005; ss 12-55.
54. Özdamar K. SPSS ile Biyoistatistik, İstanbul 2000; ss 79-135.

55. Navaro L. Geçekten Beni Duyuyor musun? 14. Basım, İstanbul 2006; 6-50.
56. Bayat M, Çavuşoğlu H. Diyabetin Adölesan Üzerindeki Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 7: 5-16.
57. Ayyıldız T. Zonguldak İl Merkezinde 0-6 Yaş Çocuğu Olan Annelerin Çocuk Yetiştirme Tutumları, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak 2005; 2-78.
58. Hatun Ş, Dünder Y. Çocuklarda, Adölesanlarda ve Genç Erişkinlerde Tip I Diyabet. Erişim: [<http://www.arkadasimdiyabet.org/documents/hanasson.pdf>], Erişim Tarihi:10 Ocak 2010.
59. Demiriz S, Öğretir A. Alt ve Üst Sosyo-ekonomik Düzeydeki 10 Yaş Çocuklarının Anne Tutumlarının İncelenmesi, Kastamonu Eğitim Dergisi 2007; 15: 105-122.
60. Aydoğmuş K, Batlaş A, Batlaş Z. ve ark. Ana Baba Okulu, İstanbul 1990; 107-121.
61. Cüceloğlu D. İçimizdeki Çocuk, İstanbul 1997; 58-70.
62. Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı: Çocuk Yetiştirme Sanatı ve Kişilik Gelişimi, İstanbul 2000; ss 1-120.
63. T.C.Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü (1993). Ailede Çocuk Eğitimi Araştırması, Erişim: [URL: <http://www.aile.gov.tr>], Erişim tarihi: 15.12.2009.
64. Semerci ZB, Pediatride Gelişmeler: Hasta Çocuğa Yaklaşım, Ankara 1999; ss 110-113.
65. Grigorenko EL, Sternberg RJ. Elucidating the Etiology and Nature of Beliefs About Parenting Styles, Developmental Science 2000; 3(1): 93-112.
66. Uğuz Ş, Toros F, İnanç Yazgan B, Çolakkadıoğlu O. Zihinsel veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. Erişim: [<http://www.klinikpsikiyatri.org/files/journals/1/185.pdf>], Erişim Tarihi:10 Ocak 2010.
67. Dietz WH. The Obesity Epidemic in Young Children. British Medical Journal 2001; 322: 313-314.
68. Diyabet Bakım, İzlem ve Tedavisinde Mevcut Durum Değerlendirmesi Çalıştay Raporu (2009). Erişim: [<http://diyabet2020.org/getdoc/1283e91c-ef10-42a5-9d85-ad4b45be529d/Turkiye-de-Diyabet-Profil.aspx>], Erişim Tarihi: 09 Şubat 2010.
69. Simsek PO, Ozon A, Gonc N, Alikasifoglu A, Kandemir N. Epidemiological Data of Type I Diabetes Mellitus in Turkish Children at Two Different Time Periods: 1969-

1991 and 10991-2006. In: Abstracts of 46th Annual Meeting of the European Society for Pediatric Endocrinology (ESPE). Helsinki 2007; 68: 1-282.

70. Geçkil E, Çalışkan Z, Zincir H. Erken ve Orta Adölesan Dönemindeki Öğrencilerin Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Eğitim Gereksinimlerinin İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004; 12-22.
71. Pillitteri A. Child Health Nursing Care of The Children. Philadelphia 1999; 1086-1088.
72. Çetinsoylu N.A. İki Farklı Sosyal Çevrede Okul Öncesi Eğitim Kurumlarına Giden Çocukların Anne-Babalarının Okul Öncesi Eğitimden Beklentilerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 1998; ss 8-35.
73. Oktay S. Diabet Bakımı: Sınırlar ve Ötesi Stratejiler, İstanbul 2002; ss 4-24.
74. Görpe U. Diyabetes Mellitus Hastalığında Psikososyal Sorunlar, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 2008; 62: 259-262.

EKLER

EK-1 ANKET FORMU

ANKET FORMU

Anket No:

Tarih:

Dosya No:

1. Kaç yaşındasınız?

Gün / Ay/ Yıl

2. Cinsiyetiniz:

1) Kız

2) Erkek

3. Öğrenim durumunuz:

1) İlköğretim

2) Lise

3) Okula gitmiyor

4. Aile tipiniz nedir?

1) Çekirdek aile

2) Geniş aile

3) Parçalanmış aile

4) Diğer (açıklayınız).....

5. Annenizin yaşı nedir?.....

6. Annenizin öğrenim durumu nedir?

1) Okur-yazar değil

2) İlköğretim

3) Lise

4) Üniversite

7. Annenizin mesleği nedir?

- 1) Ev hanımı
- 2) Memur
- 3) İşçi
- 4) Diğer (açıklayınız)

8. Babanız yaşıyor mu?

- 1) Evet
- 2) Hayır (12. soruya geçiniz)

9. Babanızın yaşı nedir?

10. Babanızın öğrenim durumu nedir?

- 1) Okur-yazar değil
- 2) İlköğretim
- 3) Lise
- 4) Üniversite

11. Babanızın mesleği nedir?

- 1) Memur
- 2) İşçi
- 3) Serbest meslek
- 4) Diğer (açıklayınız).....

12. Çevrenizdeki insanlara göre kıyasladığınızda aylık ekonomik gelirinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1) Gelir giderden fazla
- 2) Gelir gidere denk
- 3) Gelir giderden az

13. Kaç kardeşsiniz?

- 1) 1 çocuk
- 2) 2 çocuk
- 3) 3 çocuk
- 4) 4 çocuk ve üzeri

14. Kardeşinizin herhangi bir kronik hastalığı var mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

15. Ailenizde diyabet hastası var mı?

- 1) Var
- 2) Yok (17. soruya geçiniz)

16. Kim olduğunu açıklayınız?.....

17. Diyabet ile ilgili annenize bilgi verildi mi?

- 1) Evet
- 2) Hayır (19. soruya geçiniz)

18. Bu bilgiyi kim verdi?.....

19. Diyabet ile ilgili size bilgi verildi mi?

- 1) Evet
- 2) Hayır (21. soruya geçiniz)

20. Bu bilgiyi kim verdi?.....

21. Diyabete ilişkin herhangi bir şey okudunuz mu?

- 1) Evet
- 2) Hayır (23. soruya geçiniz)

22. Bu konuya ilişkin neleri okudunuz?

- 1) Gazete
- 2) Dergi
- 3) Kitap
- 4) Broşür
- 5) Diğer.....

23. Kaç yıldır diyabetlisiniz?

- 1) 0–3 yıl
- 2) 4–6 yıl
- 3) 7–9 yıl
- 4) 10–12 yıl
- 5) 13–15 yıl
- 6) 16–18 yıl

24. Kan şekerinizi ne sıklıkta ölçüyorsunuz?

- 1) Günde 1 kez
- 2) Günde 2 kez
- 3) Günde 3 kez
- 4) Günde 4 kez

25. Ne sıklıkta insülin yapmanız önerildi?

Gündekez

26. Siz ne sıklıkta insülin yapıyorsunuz?

Gündekez

27. Kan şekerine bakma işleminizi kim yapıyor?

- 1) Kendim
- 2) Ailemden biri
- 3) Ailemden birinin yardımıyla kendim

28. İnsülin enjeksiyonunuzu kim yapıyor?

- 1) Kendim
- 2) Ailemden biri
- 3) Ailemden birinin yardımıyla kendim

29. Diyetinizin düzenlenmesini kim yapıyor?

- 1) Kendim
- 2) Ailemden biri
- 3) Ailemden birinin yardımıyla kendim

30. Kan sonuçlarınızı her gün kaydediyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

31. Ev dışında (doğum günü partisi v.s. gibi) yemek yemeniz gerektiğinde diyetinizi ayarlama da herhangi bir güçlüğü oluyor mu?

- 1) Evet
- 2) Hayır (33. soruya geçiniz)

32. Ne tür güçlükleriniz oluyor?.....

33. Her gün düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz?

- 1) Evet (35. soruya geçiniz)
- 2) Hayır

34. Düzenli egzersiz yapmama nedeninizi açıklayınız?.....

35. Annenizin genellikle size karşı tutumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1) Koruyucu
- 2) Denetleyici
- 3) Otoriter
- 4) Hoşgörülü
- 5) Demokratik

EK-2 AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ (PARI)

AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ (PARI)

Soru listesindeki ifadeler hakkındaki görüşünüzü her ifadenin karşısındaki sayılardan birini daire içine alarak bildiriniz. Bu ifadelerde doğru veya yanlış cevap yoktur. Bütün soruların cevaplandırılması test için çok önemlidir. Teşekkürler.

Çok uygun buluyorum=4 Oldukça uygun buluyorum=3

Biraz uygun buluyorum=2 Hiç uygun bulmuyorum=1

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Çocuk yorucu veya zor işlerden korunmalıdır. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. Anne ve babalar, çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. Çocuk boşa geçen dakikalarını bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse, kendisi için o kadar iyi olur | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse o kadar iyi terbiye edilebilir. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken o kadar çok şey vardır ki zamanını boşa geçirmesi affedilemez. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. Babalar biraz daha şefkatli olsalar anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de anne ve babanın istediğini yapabilmek için yeterince özgür olmamasıdır. | 4 | 3 | 2 | 1 |

10. Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.	4	3	2	1
11. Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.	4	3	2	1
12. Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir kişi olacaktır.	4	3	2	1
13. Büyükler, çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha düzgün daha akıcı olur.	4	3	2	1
14. Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek bir annenin görevidir.	4	3	2	1
15. Anne babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidir.	4	3	2	1
16. Bütün genç anneler, bebek bakımından beceriksiz olacaklarından korkarlar.	4	3	2	1
17. Eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa hangi anne olursa olsun sonunda çocuklar sinirine dokunur.	4	3	2	1
18. Anne ve babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklemeli, biraz da kendilerini çocuklarına uymalıdır.	4	3	2	1
19. Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babaların daha anlayışlı olmalarını dilerlerdi.	4	3	2	1
20. Bir çocuğa ne olursa olsun dövüşmekten kaçınması gerektiği öğretilmelidir.	4	3	2	1
21. Çocuklar bencil olduklarında ve hep bir şeyler istediklerinde, annenin tepesinin atması çok normaldir.	4	3	2	1
22. Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun buluyorlarsa bunu anne babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır.	4	3	2	1

23. Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar.	4	3	2	1
24. Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder.	4	3	2	1
25. Küçük bir çocuk cinsiyet konusundan sakınmalıdır.	4	3	2	1
26. Bir annenin çocuğu hakkında herşeyi bilmesi hakkıdır. Çünkü çocuk onun bir parçasıdır.	4	3	2	1
27. Uyanık bir anne baba çocuğunun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır.	4	3	2	1
28. Çocuklar, anne babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidir.	4	3	2	1
29. Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verilirse büsbütün şikayetçi olurlar.	4	3	2	1
30. Sert terbiye, sağlam ve iyi karakter geliştirir.	4	3	2	1
31. Genç bir kadın henüz gençken yapmak istediği pek çok şey olduğu için, anne olunca kendisini kötü hisseder.	4	3	2	1
32. Anneler çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerin feda eder.	4	3	2	1
33. Babalar daha az bencil olsalar kendilerine düşen görevi yaparlardı.	4	3	2	1
34. İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.	4	3	2	1
35. Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir.	4	3	2	1
36. Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır.	4	3	2	1
37. Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne babaya uymalarını istemek doğru değildir.	4	3	2	1
38. Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar.	4	3	2	1

39. Bir çocuğa başı derde girdiğinde dövüşmek yerine büyüklere başvurmaları öğretilmelidir.	4	3	2	1
40. Anne baba arasındaki bazı konular hafif bir tartışma ile çözümlenemez.	4	3	2	1
41. Ev bakımından ve idaresinde en kötü şeylerden biri de kişinin kendini evde tutuklanmış gibi hissetmesidir.	4	3	2	1
42. Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir.	4	3	2	1
43. Oğlan ve kız çocuklarının birbirlerini soyunurken görmemeleri gerekir.	4	3	2	1
44. Çocukların sorunlarına eğilirseniz sizi oyalamak için birçok masal uydururlar.	4	3	2	1
45. Eğer anne-babalar çocukları ile şakalaşp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha çok yönelirler.	4	3	2	1
46. Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektikleri için çocuklar onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar.	4	3	2	1
47. Bir çocuk eninde sonunda anne-babasınınkinden daha üstün bir akla sahip olamayacağını öğrenir.	4	3	2	1
48. Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştirmiyorsa belki de, bu babanın evde kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur.	4	3	2	1
49. Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü bir şey olamaz.	4	3	2	1
50. Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörü ile karşılanamaz.	4	3	2	1
51. Anne babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler aramaları ve boşa zaman geçirmeleri gerektiğini öğretmelidirler.	4	3	2	1

52. Akıllı bir kadın yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar.	4	3	2	1
53. Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatını onun planlaması lazımdır.	4	3	2	1
54. Kendi haklarına sahip olabilmesi için bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir.	4	3	2	1
55. Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek, bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusu verir.	4	3	2	1
56. Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder.	4	3	2	1
57. Anne babalar çocuklarını, kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecek bütün güç işlerden sakınmalıdırlar.	4	3	2	1
58. Çocuklar aslında sıkı disiplin içinde mutlu olurlar.	4	3	2	1
59. Çocukların toplantılarıyla, kız erkek arkadaşlıklarıyla ve eğlenceleriyle ilgilenen anne babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar.	4	3	2	1
60. Anne ve babaya sadakat her şeyden önce gelir.	4	3	2	1

EK-3 METABOLİK KONTROL ÖLÇÜM FORMU

METABOLİK KONTROL ÖLÇÜM FORMU

1. Hastanın boyu: Boy persentili:
2. Hastanın kilosu: Kilo persentili:
3. Hastanın beden kitle indeksi:
4. En son açlık kan şekeri düzeyi:
5. İdrarda keton
 - 1) Var
 - 2) Yok
6. En son HbA1c düzeyi: %.....
7. Kronik komplikasyon
 - 1) Var
 - 2) Yok (9. soruya geçiniz)
8. Hangi kronik komplikasyon?.....
9. Okula gidiyor musunuz?
 - 1) Evet (11. soruya geçiniz)
 - 2) Hayır
10. Okula neden gitmiyorsunuz? (13. soruya geçiniz)
11. Hastalığınız nedeniyle okula ara verdiniz mi?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır (13. soruya geçiniz)
12. Ne kadar süre ara verdiniz?

13. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

1) Evet

2) Hayır (16. soruya geçiniz)

14. İşe düzenli olarak gidiyor musunuz?

1) Evet (16. soruya geçiniz)

2) Hayır

15. İşe düzenli olarak gitmeme nedeniniz nedir?

16. Düzenli olarak kontrole gidiyor musunuz?

1) Evet (Anketi bitiriniz)

2) Hayır

17. Düzenli olarak kontrole gitmeme nedeninizi açıklayınız?

EK-4 KATILIMCI ONAM FORMU

KATILIMCI ONAM FORMU

Bu çalışmanın amacı, Tip I Diyabetes Mellitusu olan adölesanlarda metabolik kontrole aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumunun etkisini belirlemektir. Size bir anket uygulanacaktır. Anketi cevaplayıp cevaplamamak konusunda serbestsiniz. Anketi cevaplamamanız durumunda size verilecek tıbbi bakımda herhangi bir eksiklik yapılmayacaktır. Kimliğiniz ile ilgili kayıtlar gizli tutulacaktır. Görüşmeyi istediğiniz zaman sonlandırma hakkınız vardır.

Aşağıda imzası bulunan ben,yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım.

Araştırma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum. Söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih :/...../.....

Adı Soyadı:

İmza:

EK-5 ETİK KURUL KARARI

KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	: KAYSERİ 1 NOLU ETİK KURULU
AÇIK ADRES	: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Melikgazi/KAYSERİ
TELEFON	: 0 352 437 49 10 - 11
FAKS	: 0 352 437 52 85
E-POSTA	: byancar@erciyes.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Tip 1 Diyabetes Mellitusu Olan Adölesanların Metabolik Kontrolüne Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumunun Etkisi						
	ARIŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU							
	EUDRACT NUMARASI							
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ ÜNVANI/ADI/SOYADI	Öğrt.Gör.Dr. Handan Zincir						
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI							
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI							
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI							
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu						
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ							
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	Kayseri 1 Nolu Etik Kurulu						
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ							
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ							
	UZMANLIK TEZİ/ AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ	☒	AKADEMİK AMAÇLI	☐			
	ARAŞTIRMA FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐					
		FAZ 2	☐					
FAZ 3		☐						
FAZ 4		☐						
BE/BY		☐						
DİĞER		☐	Diğer ise belirtiniz					
İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA		☐	Belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ	☒	ÇOKMERKEZ	☐	ULUSAL	☐	ULUSLARARASI	☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	
	SIGORTA	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	
	ILAN	
	YILLIK BİLDİRİM	
	SONUÇ RAPORU	
	DİĞER	

ERCIYES
TIP FAKÜLTESİ
BAHRI YANCAR
Fakülte Sekr.

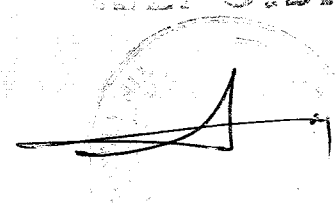
KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2009/98	Karar Tarihi : 08.10.2009
	Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi Dr. Handan Zincir'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve kurulumuz kararının başvuru sahibine ve dekanlık makamına arzına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kulavuzu, ve Etik Kurul SOP
----------------------	--

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI : Prof. Dr. Kader KÖSE**ETİK KURUL ÜYELERİ**

Ünvanı / Adı Soyadı Ek Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Kader KÖSE	Biyokimya	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ K ☐	
Prof. Dr. Duran ARSLAN	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ K ☒	E ☒ K ☐	
Prof. Dr. Nazan DOLU	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒	E ☐ K ☒	E ☒ K ☐	
Doç. Dr. İrfan ÖZYAZGAN	Plastik ve Rek. Cer.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ K ☒	E ☒ K ☐	
Doç. Dr. Polat DURUKAN	Acil Tıp	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ K ☒	E ☐ K ☒	
Yrd. Doç. Dr. H.Basri ULUSOY	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ K ☒	E ☒ K ☐	
Yrd. Doç. Dr. Gülay YILDIRIM	Deontoloji	C.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒	E ☐ K ☒	E ☐ K ☒	
Öğr. Gör. Dr. Ahmet ÖZTÜRK	Tıp Bilişimi ve Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ K ☒	E ☒ K ☐	
Ecz. Dilşad KÜÇÜKKEMAH	Eczacı	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒	E ☐ K ☒	E ☒ K ☐	
Av. Zübeyde ÇELEBİ	Avukat	E.Ü.	E ☐ K ☒	E ☐ K ☒	E ☒ K ☐	
Sevtap KOÇER			E ☐ K ☒	E ☐ K ☒	E ☐ K ☒	


Bahri YANCAR
Fakülte Şefi

ÖZGEÇMİŞ

Türkan KADİROĞLU 1987 yılında Kayseri'nin Yahyalı ilçesinde doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Kayseri'de tamamladı. 2007 yılında Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu'ndan mezun oldu. Mezuniyet sonrasında Erciyes Üniversitesi Mustafa Eraslan ve Fevziye Mercan Çocuk Hastanesi Çocuk İntaniye Kliniği'nde hemşire olarak görev yapmaya başladı. 2008-2009 öğretim yılında Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans programına başladı.