

T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
ÇOCUK SAĞLIĞI ENSTİTUSU

JÜVENİL DİYABETLİ ÇOCUK VE ADOLESANLARDA  
PSİKOSOSYAL DEĞERLENDİRME

ANA ÇOCUK SAĞLIĞI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DERYA TOPARLAK  
(Psikolog)

Tez Yürütücüsü : Prof.Dr. Ayşe EKŞİ

İSTANBUL - 1989

T. C.  
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
Dokümantasyon Merkezi

## İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA</u>
I. GİRİŞ .....	1
II. GENEL BİLGİLER .....	3
A. JOVENİL DİYABET ve TEDAVİSİNİN ÖZELLİĞİ .....	3
B. DİYABETİN PSİKOLOJİK YÖNÜ .....	5
C. ARAŞTIRMA KONUSU OLAN ÇOCUKLUK ve ADOLESANS ÇAĞININ RUHSAL ÖZELLİKLERİ ve DİYABETİN BU DÖNEMLERDEKİ ETKİLERİ .....	14
1. Okul Çocukluğu Dönemi .....	14
2. Adolesans Dönemi .....	16
III. MATERYAL ve METOD .....	18
A. DENEKLER .....	18
B. YÖNTEM .....	19
a. Genel Bilgi Listesi .....	19
b. Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formu .....	19
c. Piers-Harris Çocuklar İçin Benlik Kavramı Ölçeği .....	20
C. DEĞERLENDİRME .....	21
IV. BULGULAR .....	23
A. GENEL BİLGİ LİSTESİ BULGULARI .....	23
B. YARI-YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU BULGULARI .....	28
1. Çocuğun Hastalığı ve Hastalıkla Başaçıkmanda Karşılaştığı Durumların Değerlendirilmesi .....	28
2. Çocuğun Kendisiyle ve Çevresiyle İlgili Düşünce ve Problemlerinin Değerlendirilmesi .....	36
C. PİERS-HARRIS TESTİ BULGULARI .....	44
V. TARTIŞMA .....	49
VI. SONUÇLAR .....	63
VII. ÖZET .....	66
KAYNAKLAR .....	68
EKLER .....	73

## I. GİRİŞ

Hiç kuşkusuz tüm bedensel hastalıklar, bireyin kişiliğine, geçmiş yaşantılarına, hastalığın şiddetine, en genel anlamda içinde bulunduğu koşullara göre değişmekle birlikte genellikle, büyük-küçük herkeste ruhsal tepkilere yol açabilir. (3, 7, 21, 36, 38, 63)

Kısa bir süre için bile olsa, bireyin bedenine ve kişiliğine yönelik zorlanmalar, günlük yaşamın sıradanlığından oldukça farklıdır. Epilepsi, diyabet gibi kronik hastalıklarda ise bu zorlanmalar ve uygulanan tedavi yaşam boyu sürmektedir.

Klasik çocuk diyabeti olarak bilinen Jüvenil diyabetin başlangıcı her ne kadar her yaşta olabilirse de, an fazla çocukluk çağına rastlar. Bu gerçek erken yaşlarda başlayan diyabetin, büyüme ve gelişmesini henüz tamamlamamış bir beden ve kişilik üzerindeki etkilerini çok daha önemli hale getirir.

Diğer yandan konuyla ilgili çalışmalar göstermiştir ki, Jüvenil diyabetin varlığı çocuğu etkilediği gibi, tüm aile içinde uyum krizine yol açabilmektedir. (10) Tanı konmasından itibaren artık çocuk ve aile, sağlığın kaybıyla gelen ve uyum gerektiren çok çeşitli problemlerle karşı karşıya gelecektir. Bunlarla baş etmeyi sağlayabilmek için yeni roller,

yeni sorumluluklar yüklenmeleri gerekmektedir. Bugün, diyabet tedavisinin amacı, sadece fiziksel iyiliği sağlamak değil, aynı zamanda normale en yakın yaşamın sürdürülmesini başarmaktır. Çocuğun ve ailesinin sürekli diyetle, insülin enjeksiyonlarına razı olabilmesi, bunların nasıl uygulanacağını öğrenilmesi, bir başka deyişle, diyabete uyumla ilgili tüm bilgi ve becerilerin edinilmesi etkin bir eğitim programıyla sağlanabilir. Bunu sağlamak amacıyla gelişmiş ülkelerde çocuk hekimlerinin diğer meslek uzmanlarıyla işbirliği yapmaları bir kural olarak kabul edilmiş bir rutindir. Bugün u ülkelerde, Liason terapi, grup çalışmaları, danışmanlık hizmetleri, diyabet kampları gibi uygulamalara önem verilmektedir. (6, 15, 25, 32, 34, 44, 45) Diyabetik hastanın eğitiminde başarının sağlanması, danışmanlık ve psikoterapi gerektiren durumların belirlenebilmesi, hasta grubun ayrıntılı tanınması, zorluklarının saptanması ile mümkündür.

Oysa ki ülkemizde, diyabetik hasta grubuyla yapılmış, grup özelliklerini belirlemeye yönelik çalışmalar çok azdır. Bu gereksinimi kısmende olsa karşılayabilmek amacıyla 7-18 yaşları arasındaki Jüvenil diyabetli çocuk ve adolesanların psiko-sosyal uyum düzeyini diyabetle başa çıkmada karşılaştıkları problemleri saptamak amacıyla bir çalışma planlanmıştır. Bu çalışmada, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Büyüme Gelişme ve Endokrinoloji Bilim Dalı polikliniğinde Jüvenil Diyabet tanısıyla takip edilen 36 olgu ve aileleri incelenmiştir.

## II. GENEL BİLGİLER

### A. JÜVENİL DİYABET VE TEDAVİSİNİN ÖZELLİĞİ

Şekerli diyabet, vücutta insülin etkisinin yetersizliği veya yokluğu sonucu ortaya çıkan, kompleks ve kronik bir enerji metabolizması bozukluğudur. Şekerli diyabet, karbonhidrat metabolizmasındaki bozukluğun derecesine göre değişik tiplere ayrılır. Bunlardan, her yaşta olabilsede en çok çocukluk çağında görülen Tip 1 Diabetes Mellitus; Primer Jüvenil Diyabeti, İnsüline Bağımlı Diyabet (IDDM - İnsülin Dependent Diabetes Mellitus) olarak isimlendirilir. (46)

Şekerli diyabetin sıklığı değişik toplumlarda farklı olmakla birlikte, son yıllarda bütün ülkelerde gerek çocuk, gerekse erişkin yaşlarda artış göstermektedir. Hastalık 1 yaştan küçüklerde nadirdir. Diyabetli hastaların % 5'i 15 yaşın altındadır. 7-15 yaş grubunda sıklık 1 : 500 ile 1 : 2000 arası bildirilmektedir. Belirgin cins farklı görülmemiştir. (46)

Hastalığın etyolojisinde kalıtsal faktörlerin etkisi bilinmektedir. Çocukluk çağı diyabetinde kalıtsal kusur, genellikle virüslerin başlattığı otoimmün mekanizmanın geliştirdiği adacık harabiyetine yatkınlık olarak kabul edilmektedir. Kabakulak, kızamıkçık, hepatit virüsünün etyopatogenezdeki rolü gözlenmiştir. Hastalık genellikle genetik

eğilimle kazanılmakta ancak çevreden gelen akut enfeksiyonlar, travma, aşılama, diş çekimi, ruhsal sarsıntı gibi çevresel etkenlerle ortaya çıkmaktadır. (15, 25, 46)

Jüvenil Diyabet poliüri (sık idrara çıkma), polidipsi (çok su içme), polifazi (çok yeme), halsizlik, kilo kaybı, ağız kuruluğu, M.S.S. depresyonu ve koma ile ortaya çıkabilmektedir. (15)

Kolay bozulan ve yönetimi zor bir hastalık olarak tanımlanan çocukluk çağı diyabetinde, tıbbi tedavi ve bakımın amacı, uygun dozda insülin ve yaşa göre uygun diyet verilerek, karbonhidrat metabolizmasını dengede tutmak, ketoasidoz ve hipoglisemileri önlemek, normal büyüme gelişmeyi sağlamak ve dejeneratif komplikasyonların gelişmesini önlemektir. Ayrıca, bunların çocuğa ve aileye öğretilmesiyle, tedavinin doğru olarak uygulanması ve psiko-sosyal uyumun sağlanması da amaçlanır. (6, 46) Kısaca diyabetik çocuğun tedavi programı başlıca insülin enjeksiyonlarını, diyeti ve egzersiz uygulamalarını içerir. Bu da rutin tetkik ve hastane kontrollerini gerektirir.

Diyet, normal bir çocuğun yaşına ve ihtiyaçlarına göre gereken günlük karbonhidrat alımını kısıtlayıcı özelliktedir. Şekerli gıdaların alınmamasının yanısıra diğer gıdalar miktar olarak sınırlanmış ve öğün adedi arttırılmıştır. Öğün saatleri verilen insülinle birlikte en uygun metabolik kontrolü sağlayacak şekilde belirlenmiştir. (6, 25, 46) İnsülin miktarı, diyabetin bütün semptomlarını ortadan kaldıracak ve glikozüriyi tamamen ortadan kaldırmaya teşebbüs etmeksizin idrar şekerini en az düzeye indirecek şekilde ayarlanmıştır. (6, 46) Günlük doz genellikle ikiye bölünerek (sabah akşam) bacak, kol ve karın bölgelerinde deri altına enjekte edilir. (46) Tedavide üçüncü önemli unsur egzersizdir. Çocuk belirli zamanlarda egzersiz yapmalı ve aşırı hareket

ettiğinde hipoglisemiye düşmemek için uygun besinleri alarak, hareket ve metabolik kontrol arasındaki dengeyi sağlamalıdır. (42)

Tedavide, düzenli hastane kontrol ve tetkikleri, diyabetik hastanın katlanması gereken diğer işlemlerdendir. Bu kontrollerde genel sağlık kontrolü, büyüme ve gelişmenin izlenmesi, kan, idrar testleri temel uygulamalardır. Kontrollerin sıklığı diyabetin gidişiyle ilgili olup, düzensiz şeker düzeyinde daha sık olarak yapılmaktadır. Bu kontrollerin diğer bir önemide, komplikasyonların saptanmasına yönelik, göz, damar, kas sistemi ile ilgili kontrollerin yapılmasıdır.

Tedaviye uyumda çıkan problemler, diğer meslek uzmanlarının da tedavide rol almasını gerektirir. İyi bir tedavi ekibi, diyabet konusunda deneyimli pedyatrist, özel yetişmiş hemşire, diyetisyen, psikolog, sosyal çalışmacı ve teknisyenden oluşmalıdır. (25)

## B. DİYABETİN PSİKOLOJİK YÖNÜ

Diyabetin gelişiminde psikolojik etkenlerin rolü uzun süredir bilinmektedir. 1684 yılında Thomas Willis hastalığın uzun süreli üzüntüye bağlı olduğunu yazmıştı. (9, 41, 59) 1930'larda Menninger diyabetik-psikotik hastaların fiziksel ve zihinsel durumları arasındaki bir ilişkiden söz etmişti. (9) Aynı yıllarda Abney şeker hastalığına bağlı ruhsal bozukluklar arasında paranoid tabloların, şizofreni ve psikoz manyak depresifin seyrek olduğunu, ancak "melancolie pancreatique" diye adlandırılan tablolara daha sık rastlandığını belirtmiştir. Delay, pankreasla ilgili ruhsal bozukluklar arasında, bu iç salgı bezinin hiperplazisi sonucu zaman zaman görülen ve hastalık süresince devam eden, gelip geçici kan şekeri seviyesinin düşmesinden ve buna bağlı

olarak ortaya çıkan yorgunluk, fenalık duygusu ve narkolepsi nöbetlerinden söz etmiş ve şeker hastalarında temporal epilepsinin, anlık bilinç kaybının yani absans nöbetlerinin daha sık görüldüğüne dikkati çekmiştir. (37)

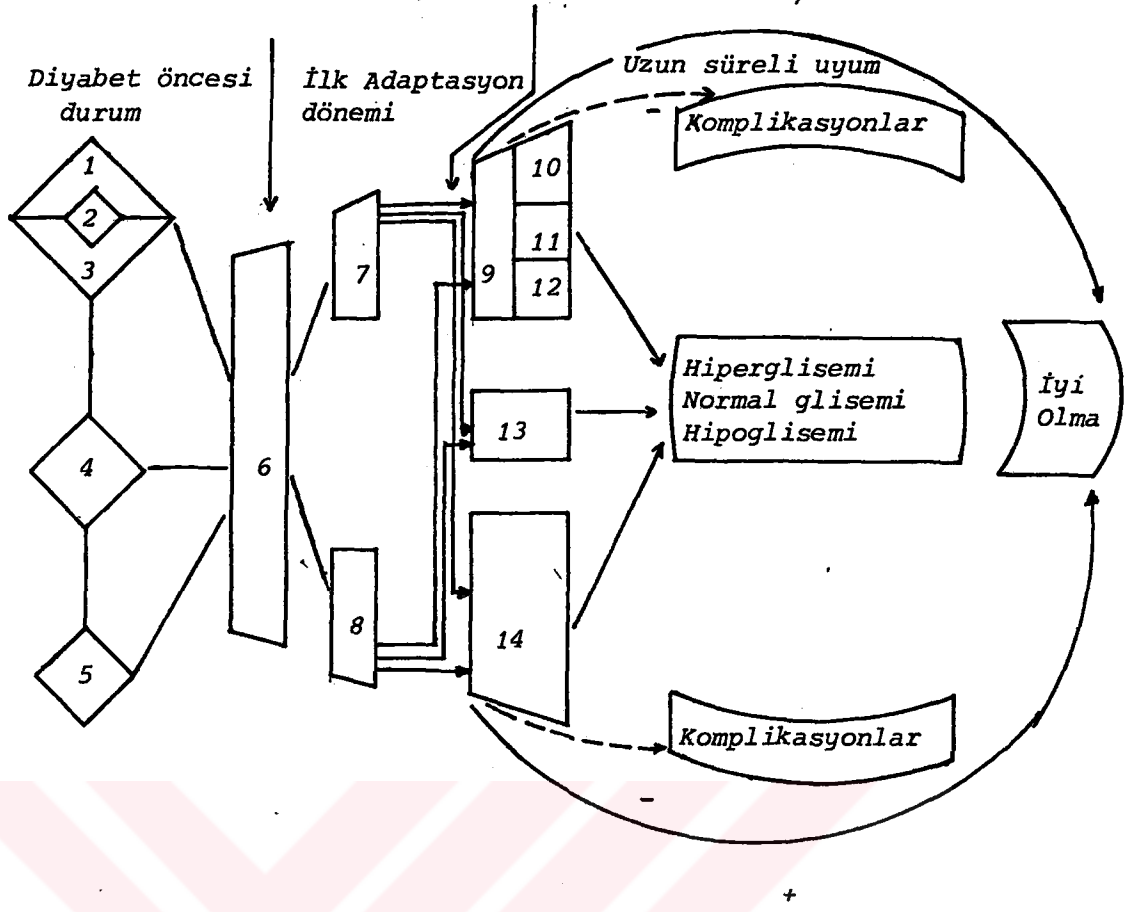
1950'lerde araştırmacılar bir "diyabetik kişilik" tablosu çizmeye, belli kişilik özellikleriyle diyabet eğilimi arasında ilişki kurmaya çalışmışlardır. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda diyabetik insana özgü bir kişilik profili olduğu varsayımı doğrulanamamıştır. (17, 59)

Son yıllarda "diyabetik kişilik" araştırmalarının gözden düşmesine karşın, bu hastaların özel uyumu ve davranış sorunlarıyla ilgili araştırmalar gündeme gelmiştir.

Bu araştırmalarda, hastalığın başlangıcında ve hastalığın gidişinde psikolojik etkenlerin rolü araştırılmaktadır. Önceleri araştırmalar genelde, dar bir çerçeve içinde ve tek yönlü yapılmış, hastalıkla hastanın psikolojik durumu arasındaki ilişkiye bakılırken, hasta kişinin içinde bulunduğu sosyal ortam dikkate alınmamıştır. (23, 28, 41) zamanla, sadece hasta değil tüm aile ele alınır hale gelmiş, hastanın aileye, ailenin hastaya ve hastalığa etkilerinin incelenmesine büyük önem vermeye başlanmıştır. (2, 4, 5, 9, 10, 15, 40, 43, 45, 50)

Diyabete uyumda rolü olan tüm faktörler ve etkileşimleri Şekil 1'de görülmektedir. (39) Bugün yapılan çalışmalar bu faktörleri ve etkileşimlerini ayrıntılı olarak irdelemeyi amaçlamaktadır. (18, 22, 25-28, 32, 33, 42, 43, 45, 51, 52, 55, 56, 59)





Şekil 1 - Uyumu etkileyen faktörlerin dönemlere göre dağılımı  
(Laron Z., Galatzer A.) 1982 (39)

1) Çocuğun mental sağlığı, 2) Aile dinamikleri, 3) Ebeveynin mental sağlığı, 4) Çocuğun medikal durumu, 5) Ailenin sosyo ekonomik durumu, 6) Adaptasyon mekanizmaları, 7) Çocuğun yeni psiko-sosyal durumu, 8) Ebeveynin yeni psiko-sosyal durumu, 9) Rız olma (uyuma), 10) İnsülin, 11) Diyet, 12) Fiziksel aktiviteler, 13) Diyabet bilgisi, 14) Dış streslere uyumu (okul, yaşlılar, iş)

Pek çok çalışmacı kronik hastalıklara gösterilen tepkileri ve problemleri incelemişler (1, 3, 7, 8, 36, 49, 61, 65), diyabet gibi hastalıkların başlangıcında tepkilerin üniversal olduğunu görmüşlerdir. Bunlar, geçici reaksiyonlar veya hafiften çok ciddiye doğru değişen uyum bozuklukları, anksiyete, depresyon, kızgınlık, diğer insanlardan kaçma, günlük

işleri yapmada oyun gibi aktivitelere katılmada isteksizlik, çalışma ve öğrenme yeteneklerinin azalması gibi çok çeşitli olabilirler. Çaresizlik, anksiyete ve kızgınlık büyük olabilir ve bu tepkiler çoğu kere, aşırı susama, altını ıslatma, aşırı yorgunluk ve zayıflık, bazen de stupor veya koma gibi dramatik bir başlangıçla daha da artabilir. (10, 25)

E.Kubler-Ross Jüvenil Diyabet başlangıcında görülen psikolojik krizleri 5 döneme ayırmıştır. 1) Şok ve inkar, 2) Kızgınlık/öfke, 3) Pazarlık/Hastalığın geçeceğini ümit etme, 4) Depresyon, 5) Kabul etme ve uyum. (25) Bu dönemlerin özellikleri Ek Tablo 1'de verilmiştir. Tanı konulmasıyla gözlenen, duygusal tepkilerle dolu olan bu dönemlerden sonra gelen orta dönem, kısmen kendini iyi hissetmedir, tüm işlevler yapılmaktadır. Bu da bir kaç yıl, nadiren 10 yıldan uzun sürer. Son dönem ise, fiziksel komplikasyonların başlamasıyla görülür.

Diyabetin başlangıç döneminde duygusal faktörlerin rolünü bildiren eski çalışmaların çoğu hastalığı izleyen klinisyenin gözlediği klinik olgu çalışmalarıdır, ani stres yaratan çevresel olayların etkilerini veya diyabet ve psikiyatrik hastalık arasındaki ilişkileri kapsamaktadırlar. Bunlara benzer çalışmalar yakın yıllarda da yapılmaktadır.

Slavson ve arkadaşları yeni tanı konmuş 25 yetişkin diyabetik hastayı psikiyatrik açıdan değerlendirmiş, 14 hastanın yakın geçmişinde obje kaybına bağlı, çözümlenmemiş duygusal deprivasyon belirtileri gösterdiklerini bildirmişlerdir. (59)

Simonds, iyi kontrolde ve kötü kontrolde olan diyabetik hastaları kontrol grubuyla karşılaştırarak psikiyatrik tanı ve kişiler arası çatışmalar açısından incelemiştir; kontrol grubunda ve zayıf kontrolü olan grupta, iyi kontroldeki gruba göre anksiyete ve depresyonu yüksek bulmuştur. Psikiyatrik

diyagnoz açısından 3 grupta farklılık saptamamış, iyi kontrollü diyabetik grubun akıl sağlığı açısından en iyi durumda olduğunu bildirmiştir. (56)

Diyabetik kişilerin psikolojik değerlendirmesini yapan Tefik, klinik gözlem ve Rorschach testi verilerine göre, diyabetik kişilerin nevrotik eğilimlerinin kuvvetli olduğunu, hastalıkta streslerin önemli rol oynadığını ve bunun hastalığın hem ortaya çıkışında hemde gidişinde önemli olduğunu belirtmiştir. Bu stres, daha çok hastalığın başlangıcından hemen önce yaşanmış aktüel stres niteliğindedir. (59)

Erdoğan'da kendi olgularında, hastalık öncesi dönemde % 55 oranında medikal, travmatik ve psikolojik kaynaklı stres bildirmektedir. Psikolojik kaynaklı stres bunlar içinde ön sırada gelmektedir. (15)

Hastalığa uyum, sadece diyabet de değil tüm kronik hastalıklarda önemlidir. 103 kronik hastalığı olan adolesanla, sağlıklı çocukları karşılaştıran Kellerman (1980) çalışmasında anksiyete yönünden sağlıklı ve hastalıklı grup arasında fark olmadığını, prognozun stabilitesinin hem düşük anksiyeteye hemde tanı konduktan sonra geçen sürenin uzunluğuna bağlı olduğunu belirtmiştir. Prognozu stabil olanlarda, değişken ve kötü olanlara göre daha düşük anksiyete saptanmıştır. Hekimler tarafından gözlenen ve hasta üzerinde olumsuz etkileri olduğu düşünülen, hastalığın niteliği, belirtileri, ciddiyeti, hastaneye yatma sayısı gibi değişkenlerin bu çalışma grubunda önemli olmadığı belirtilmiştir. (36)

Kellerman'ın değerlendirdiği bu 103 adolesanı, Zeltzer (1980) kronik hastalığın psikolojik etkilerini araştırmak amacıyla ayrıca değerlendirmiştir. Dört puanlı Likert tipi bir ölçek kullanan Zeltzer aile içi ilişkileri, okul ve arkadaş aktivitelerini, bağımsızlık ve otonomi gibi kişilik özelliklerini,

hasta çocuğun kendiyile ilgili düşüncelerini, sosyal ve seksual fonksiyonlarını, gelecekle ilgili düşüncelerini ve hastalığın etkilerini sorgulamış, hasta ve sağlıklı grup arasında önemli bir fark bulamamıştır. Hasta grubun tüm paternlerde psikolojik açıdan normallerle bir olduğunu ve hastalıklarıyla ilgili gerçekçi tavır geliştirdiklerini belirtmiştir. (65)

Allen (1985) çalışmasında, kronik hastalıklı 5-10 yaşlarında 23 çocuğu sağlıklı çocuklarla eşleştirmiş, kognitif gelişme, uyum ve mizah anlayışı açısından değerlendirmiştir. Bu çalışmada da, geniş bir ölçüm alanında hasta ve sağlıklı çocuklar arasında sadece birkaç önemsiz farklılık bulunmuştur. (3)

Diyabete uyumda rolü olan yaş, mental kapasite ve davranış özelliklerinin incelenmesi, bireyle ilgili faktörlerin etkisini ortaya koymaktadır.

Jacobson ve arkadaşları (1986), akut medikal problemlili bir grup çocukla, jüvenil diyabet tanısı henüz konmuş bir grup çocuğu (9 - 15 yaş) karşılaştırmış bu iki grup arasında benlik saygısı, kendini yönetme, sosyal ilişkiler açısından bir fark bulamamıştır. Kişilik özellikleri, sosyal ilişkileri gibi özelliklerin, diyabete uyumda yaş, cinsiyet sosyal sınıf gibi demografik özelliklere göre daha önemli olduğunu belirtmişlerdir. (27) Jacobson ve arkadaşlarının (1987) 18 ay süreyle izlediği diyabetik gruptan elde edilen bulgular da, adolesanların (13 - 15 yaş), ön adolesan döneminde olanlardan (9 - 12 yaş) daha az uyumlu olduklarını göstermiştir. (29)

Aileleriyle birlikte değerlendirmeye alınan 12-21 yaşlarındaki Jüvenil Diyabeti adolesanların kendini idare ve kognitif olgunluk açısından değerlendirilmesinde, metabolik kontrolün kognitif olgunluğa bağlı olduğu görülmüştür. Kognitif

yönden iyi olanlar hem daha iyi metabolik kontrol sağlamakta hem de kendilerini "diyabetini kontrol altında tutabilecek" biri olarak algılamaktadırlar. Buna karşılık, kognitif olarak yaşlılarından daha az olgun olan adolesanlara, "kendini idare" ve "davranışlarını kontrol" sorumluluğu verildiğinde bunu üstlenememişlerdir. (Ingersol, 1986)(26)

6 - 18 yaşlarında 146 çocuk ve genç idrar testi ve kendilerine enjeksiyon yaparken gözlenmiş, insüline bağımlı diyabet hakkındaki bilgi düzeyleri açısından değerlendirilmiştir. (Johnson ve ark.) Bilgi düzeyi açısından, ana-babaların olgulardan daha fazla bilgi sahibi oldukları saptanmıştır. Kızlar erkeklerden daha doğru biçimde uygulama yapabilmektedir. Diyabet bilgisiyle, beceri ölçeği arasında korelasyon bulunamamış, insülin enjeksiyonlarını hazırlama ve uygulama, idrar testlerini yapma gibi uygulama alanlarında büyük çocuklar küçük çocuklardan daha iyi skorlar almışlardır. Hastanın cinsiyeti ve yaşı gibi değişkenler, hasta eğitim programı düzenlenirken dikkate alınmalıdır. Örneğin çocuğun kendisine enjeksiyon uygulaması için 9, idrar testlerini kendisinin yapabilmesi için 12 yaş en iyi zamanlardır. (33)

Lavigne, 6 - 16 yaşlarındaki 41 diyabetik çocuk ve kardeşlerini, psikolojik uyum açısından incelemek amacıyla, rutin pediyatrik kontrolleri yapılan 35 çocuk ve kardeşleriyle eşleştirdi. Bu çocukların ana-babalarında aile içi uyumsuzluk veya boşanma gibi durumlarında farklılık yoktu. Achenbach Behavior Checklist 6 - 11 ve 12 - 16 yaşlarındaki kız ve erkeklere ayrı ayrı uygulanarak davranış problemleri ayrıntılı olarak incelendi. Erkek diyabetli hastalarda davranış problemlerinin hastalığın süresine bağlı olarak artma eğiliminde, erkek kardeşlerde ise azalma eğiliminde olduğu görüldü. (40)

13 - 19 yaşlarında 50 adolesan ve ailesi ile Ahlfield ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise diyabetik gençler ve aileleri arasındaki çatışma alanlarını saptamak ve günlük yaşamın çeşitli durumlarına bireysel bakış açılarını saptamak amaçlanmıştır. Günlük hayatlarıyla ilgili olayları kapsayan bir soru listesi hem gençler, hemde anne-babaları tarafından doldurulmuştur. Adolesanların bakış açıları cinsiyetlerinden ve diyabetin başlama yaşından etkilenmektedir. Örneğin, kızların okul performansı ve dikkat yoğunluğu açısından daha az etkilendiği görülmüştür. 9 - 12 yaşlarında diyabeti ortaya çıkan erkek çocuklar diyabetten daha az etkilenmişlerdir. Diyabeti önemseme, duygusal olarak olumsuz etkilenme adolesan çağındakilerin ana-babalarında daha belirgindir. (2)

Diyabetik çocuklarla yapılan çalışmalar ve klinik gözlemler sonunda, fiziksel görünümle ilgili düşüncelerin kızlarda daha olumsuz olduğu görülmüştür. Lokal enjeksiyon problemi, derialtı lipid hipertrofisi ve derialtı yağ dokusu kaybı öncelikle kozmetik bir problemdir. Bu durum özellikle adolesans çağındaki kızlarda bunalım ve ruhsal problemler yaratmaktadır. (6)

Kaufman, 5 diyabetik gencin hastalıkları hakkındaki fantazilerini ve beden imajıyla, bedensel hastalık arasındaki ilişkiyi nasıl algıladıklarını araştırmış, fiziksel hastalıkla beden imajı arasında bir bağlantı olduğunu görmüştür. Tüm gençlerin hastalığın gelişimi ile ilgili, fiziksel nedenleri az ve yanlış yansıttıkları bulunmuştur. Hastalar diyabet nedeniyle duygularının incindiğini tarif etmişlerdir. (35)

Diyabetik adolesan kızlarda benlik saygısı ve depresyonu araştıran Sullivan 12 - 16 yaşlarında 105 diyabetik ve 100 nondiyabetik kıza (Rosenberg Self Esteem) Scale Rosenberg Benlik

Saygısı Skalası, ve (Beck Depression Inventory) Beck Depresyon envanterini uygulamıştır. Benlik saygısı skorları açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Fakat adolesanlarla yapılan bu çalışmada diyabetik kızlarda, diyabetik olmayanlardan anlamlı şekilde daha fazla depresyon görülmüştür. Depresyon skalasının ayrıntılı incelenmesi, iki grup kızın skorlarının birbirine benzer olduğunu fakat diyabetik grupta depresyonun fizyolojik semptomlar biçiminde ifade edilmesinin bu farkı yarattığını göstermiştir. Diyabetik kızlarda depresyon karamsarlık, kararsızlık, inhibisyon, kendini aşağı görme gibi ölçümlerden ziyade, öncelikle hayati depresyonlarda görülen fizyolojik semptomlar biçiminde ifade edilmektedir. (57)

Diyabetik adolesanların aile karakteristikleriyle metabolik kontrol arasındaki ilişkiyi araştıran Anderson ve arkadaşları HbA<sub>1c</sub> seviyesine göre adolesanlar, iyi, orta, zayıf kontroldekiler olarak gruplandırmışlardır. İyi kontroldekilerin aile üyeleri arasında daha az çatışma bildirilmiş, bu gençlerin ailelerinin çocuğu bağımsız davranmaya teşvik ettikleri saptanmış. İyi kontroldeki adolesanlarda daha az anksiyete, daha olumlu benlik kavramı bulunmuştur. Bu bulgular diyabetik adolesanın psikolojik ve fiziksel fonksiyonları, metabolik kontrolü ve aile çevresi arasında karmaşık bir etkileşim olduğunu düşündürmektedir. (4)

Johansson'ın daha büyük diyabetiklerle (19 - 28 yaş) yapmış olduğu çalışmada, bu kişiler her ne kadar normal eğitim ve meslek yaşantısı göstermişlerse de, meslek seçme, karar verme aşamasında mesleki rehberlik almamalarının zorluğunu yaşadıklarını, kliniklerde verilen bilgilerden tatmin olmadıklarını ortaya koymuşlardır. Hastalıkla ve kendileriyle ilgili her türlü bilginin kendilerine değilde ailelerine verilmesi karşısında kendilerini çocuk gibi hissettiklerini

belirtmişlerdir. Çalışmacı izlenimlerine dayanarak psikolog ve sosyal çalışmacının tedavi ekibi içinde yer almasını önermektedir. (32)

### C. ARAŞTIRMA KONUSU OLAN ÇOCUKLUK VE ADOLESANS ÇAĞININ RUHSAL ÖZELLİKLERİ VE DİYABETİN BU DÖNEMLERDEKİ ETKİLERİ

Yukarıda sözü edilen pek çok çalışmada hasta sayısının az olması, ölçme değerlendirme güçlükleri nedeniyle çok farklı yaşlardaki çocukların birlikte incelendiği görülmektedir. Oysa ki çocuklar her yaşta farklı düşünür ve hissederler, öğrenmeleri ve uygulamaları da farklıdır. Bunlara bağlı olarak da diyabet sorunuyla etkileşimleri farklı olacaktır. (9) Aşağıda, çalışmamızda yer alan 7 - 18 yaşlarındaki çocukların özellikleri, gelişim dönemlerine göre iki alt grupta ele alınmıştır.

#### 1. Okul Çocukluğu Dönemi (6 - 12 Yaş)

Normalde, ilkokul çağını içine alan bu dönemde çocuk, bilişsel açıdan Piaget'in "somut işlemler" adını verdiği aşamadır. Bağımlılığı azalmış, zaman, uzay, sayı kavramları yerleşmiş, şekil ve çizimleri anlamaya başlamıştır. Hayalle gerçeği ayırt etmeyi öğrendiği gibi, doğum, ölüm ve tanrı hakkında gerçekçi kavramlar geliştirmektedir. Doğruyu yanlış ayırabilir. (21, 31, 48, 54, 63) Artık özgül durumlardan genel davranış kurallarını çıkar sağlayabilir, böylece vicdan, engellenmeye karşı sabretme ve davranışları üzerinde özdenetim gibi yetilerini geliştirirler. Devamlı canlı ve hareketlidirler. (31, 63) Arkadaş ilişkileri, oyunlar yaşantısında önemli yer tutar. (54) Sürekli



bir işle uğraşır, yeni şeyler öğrenmeye, beceri kazanıp üstünlük göstermeye çalışırlar. Erikson bu dönemi "çalışma dönemi" olarak karakterize eder. Bu dönemdeki tehlike yetersizlik-aşağılık duygusunun gelişmesidir. Çocuk, eğer bir işi becermekten yada arkadaşları arasındaki konumundan umudunu keserse, kendini yetersiz, başarısız, beğenilmeyen olarak görür. Somut işlem dönemi olması nedeniyle hastalık ve sağlık konusunda gittikçe artan bir bilinçlenme göstermektedir. Hastalığı çok sayıda belirtilerle tanımlayabilmekte, hastalığın nedenini dışsal kabul etmektedir. "mikroplar", "pislik" gibi etkenleri hastalık nedeni olarak gösterebilmek de, bazen bedensel ve zihinsel olayları birbirinden ayıramayıp, anne sözü dinlememe, kardeşine zarar verme gibi "kötü davranışlarının" cezası olarak hasta olduğunu sanmaktadır. (9)

Bu dönemde sorumluluk verilmeyen, aşırı koruyucu tutumla yetiştirilen çocukların diyabete uyumları başarısız olacaktır ve iyi bir benlik geliştirmeleri engellenecektir. Arkadaşları arasında kabul görmek ve yaşatları gibi oynamak isteyen bu çocuklar diyabetin getirdiği sıkıntılar karşısında sıklıkla bilinç dışı savunma mekanizmalarına sığınır. Başlıca inkar ve regresyon mekanizmalarını kullanırlar. Diyabetini yok sayarak, yasaklanan yiyecekleri yemek, ara beslenmeleri unutmama, hipogliseminin erken belirtilerini görmezden gelme gibi... Alt ıslatma, bebeksi davranma gibi regressif belirtiler gösterebilirler. Bilinç dışı "diyabetli olmayı reddetme" davranışları çoğunlukla tam aksi sonuçlar doğurur. Düşük ya da yüksek kan düzeyi yetişkin ilgisinin daha da artmasına, denetimlerinin fazlalaşmasına neden olur. Yoğun okul devamsızlığı, başarısızlığı sık karşılaşılan durumdur. (9, 10)

## 2. Adolesans Dönemi

Bu dönemde, pek çok adolesanda cinsel uyanışla birlikte yeni ruhsal tepkiler ve davranışlar belirmeye başlar. (64) Örneğin anne-babadan bağımsız olmak isterken, aynı zamanda hâlâ yakın ilgi, sevgi ve desteğe ihtiyaç duyar. Bedensel görünümüne dikkati artmıştır. Bu konudaki kaygılar ergende utangaçlık, uyum problemleri yaratır. (14, 30, 64) Kimi ergen fiziksel olgunlaşmanın kanıtlarını saklamaya çalışırken kimi de yapay olarak belirginleştirme gayreti içine girer. Genç, bu çağda kendine uygun bir kimlik aramaktadır. Bu nedenle, kendisiyle ilgili düşünceleri sürekli değişiklik gösterir. Duygularını bedenini inceler, nasıl bir kişi olduğu, olmak istediği konusunu araştırır. (60)

Erikson, gencin kimlik teşkilinde iki temel sorunla ilgili olduğunu belirtir. Bunlar, "kendilerini ne olarak hissettikleriyle başkalarının gözünde ne oldukları" ve "önceden edinilen rol ve becerilerin günlük olaylarla nasıl bağlanacağı" sorunudur. (16)

Adolesansın son döneminin tehlikesi rol karmaşası kimlik bunalımıdır. Pek çok durumda, genç kişileri asıl tedirgin eden şey, bir meslek kimliği oturtma konusundaki yetersizliktir. Soyut düşüncenin gelişmiş olduğu bu dönemde hastalıkla ilgili bilgisi artmış, gerçekçi nedensellik ilişkilerini öğrenmeye başlamıştır. (9, 48)

Diyabetin varlığı bu dönemi, gencin yaşamındaki en zor ve müdahale gerektiren dönem haline getirebilir. Sürekli sorgulamaların, duygusal değişimlerin olması durumu daha da güçleştirebilir. Gelecek endişesi, gelecek yaşamın karmaşıklığı önemli bir sorun haline gelebilir. Anne-baba ya da diğer yetişkinlerle açıkça iletişim kuramama, öfke, uygunsuz seksual davranış, kaçış, intihar eylemleri ve depresyon ortaya çıkabilir. (10)

Bu çağda, ruhsal değişiklikler arasında nelerin hormonal değişmelerden, nelerin kan glikoz düzensizliklerinden kaynaklandığını belirlemek güçtür. Hiperglisemi püberte gelişmesini geciktirerek hem erkeklerde hem kızlarda beden imajını bozabilir, aynı zamanda kızlarda adet düzenini etkileyebilir veya vajinal enfeksiyonlara neden olabilir. (9)

Hiperglisemik reaksiyonların korkusuyla spor yapmaktan vazgeçmek, yaşlılarından ayrı kalmaya ve sosyal faaliyet yokluğuna yol açabilir. (10)

Yeme bozuklukları, gencin zor durumlarla başa çıkamadığının göstergesi olabilir. Blumia özellikle genç kızlarda yaygın görülür. Aşırı miktarda alınan besin o oranda yüksek insülin ihtiyacını doğurur. Bu da kötü obesite siklusunun ortaya çıkmasına, kötü kişisel imaja ve diyabet kontrolünün zorlaşmasına neden olur. Anoreksiya nervosa, bu çağda diyabetle birlikte ortaya çıkabilir, bu da diyabetlide teşhis ve tedavisi en zor olan bozukluktur. Kilo kaybetmek için insülin dozunu atlamak veya enjeksiyon yapmamak sık görülür. (9, 10, 17)

### III. MATERYAL VE YÖNTEM

#### A. DENEKLER

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Büyüme Gelişme ve Endokrinoloji Bilim Dalı Polikliniğinde Jüvenil Diyabet tanısı konmuş 16 kız ve 20 erkek çocuk ile aileleri üzerinde yapılmıştır.

4.5 ay süreyle, 7 yaşın üstünde ve en az 6 aydır diyabetik olan çocuklar poliklinik kontrollerine geliş sıralarına göre saptanmış, görüşme ve testleri yapılmak üzere randevu verilerek çağırılmıştır. Görüşme ve testler iki ayrı oturumda tamamlanacağı için, ulaşım zorluklarından kaynaklanacak kaybı engellemek amacıyla İstanbul'da oturan olgular tercih edilmiştir. Olguların yaş dağılımı 7 - 18, yaş ortalaması 11.81 desimal yıldır. Çalışmaya alındıkları dönemde hastalık süreleri 6 ay ile 10 yıl (Ort. 3.36 desimal yıl) arasındadır. Randevu verildiğinde ve görüşmeler süresince hiç bir olgunun seker düzeyiyle ilgili problemi yoktur. Tüm olgular ve anneleri kontrole geldikleri gün çocuk hekimi ve diyetisyenler tarafından düzenlenen diyabet ve tedavisiyle ilgili bilgilerin verildiği toplantılara katılmışlardır.

İlk randevuya 43 olgu çağrılmış, bunlardan 36'sı gelmiştir. İlk randevuya gelenlerin tümü ikinci görüşmeye de katılmıştır.

## B. YÖNTEM

Çalışmamızda diyabetik olguların psiko-sosyal durumlarını ve diyabetle ilgili problemlerini saptamak ve benlik kavramlarını değerlendirmek amaçlanmıştır. Bunlar için:

- a) Genel bilgi listesi
- b) Yarı yapılandırılmış görüşme formu
- c) Piers-Harris Çocuklar İçin Benlik Kavramı Ölçeği (Piers - Harris Children's Self-Concept Scale: The Way I Fed About My Self) kullanılmıştır.

### a) Genel Bilgi Listesi

Bu liste, araştırmamıza katılan olguların yaş, eğitim düzeyi, doğum yeri, kaçınıcı çocuk olduğu, diyabetin başlama yaşı, anne-baba yaşı, eğitim ve meslekleri, kardeş sayısı, kardeşlerin yaş, eğitim ve diyabetik olup olmadıklarına ait bilgileri kapsamaktadır. (Ek 2)

### b) Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Özellikle son yıllarda yapılmış benzeri araştırmalarda, "psikolojik görüşme yönteminin" çok daha kapsamlı ve derinliğine bir değerlendirmeye olanak sağladığı için sıklıkla kullanıldığı görülmektedir. Bizim çalışmamızda da yarı yapılandırılmış görüşme (semi - structured interview) yöntemi, çok daha uzun zaman gerektirmesine ve istatistiksel değerlendirme güçlüğüne rağmen, üstünlüğü tarafımızdan da kabul edildiği ve amacımıza en uygun yöntem olduğu için yeğlenmiştir.

Görüşme sırasında yapılan değerlendirmeleri, görüşme sonrasında sayısal olarak gösterebilmek amacıyla önce tarafımızdan bir form geliştirilmiştir. Form hem psiko-sosyal durumu hem de diyabetle ilgili değerlendirmeleri kapsamaktadır. Görüşmeler, hem anne hem çocukla önceden belirlenmiş bu forma bağlı kalarak (Ek 3) bir sohbet ortamı içinde yapılmıştır. Görüşmelere anne ve çocuk ayrı ayrı alınmış, her görüşme yaklaşık 1 saat sürmüştür. Ayrıca çocuklara Piers-Harris Benlik Kavramı Testi verilmiştir.\*

#### c) Piers-Harris Çocuklar İçin Benlik Kavramı Ölçeği

Çalışmamızda, çocukların benlik kavramı düzeylerini belirlemek amacıyla Piers ve Harris (1969) tarafından geliştirilmiş, Piers-Harris Çocuklar İçin Benlik Kavramı Ölçeği (Piers-Harris Children's Self-Concept Scale; The Way I Feel About My Self) kullanılmıştır. (Tablo 42) Ölçekteki itemler Jersild'in (1952) çocukların kendilerinde hoşlanıp hoşlanmadıkları şeyleri belirten cümlelerden oluşan koleksiyonundan alınmıştır. Başlangıçta 164 itemden oluşan ölçek iki kez yapılan item analizi sonucunda 80 itemlik son şeklini almıştır. (Piers - Harris 1969) (11)

Ölçek 9 yaşından 16 yaşına kadar geniş bir yaş dilimine uygulanabilir. Bireysel farklılıklar olmasına rağmen 15-20 dakika gibi kısa bir zamanda tamamlanabilen ölçek, çocuk ve ergenlerin kendilerine ilişkin tutumların gelişimi ve bu tutumlar arasındaki ilişkileri araştırmak, diğer bir deyişle kendileri hakkında neler düşündüklerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir.

Ölçek "evet" ya da "hayır" şeklinde cevaplanan 80 bildirim cümlesinden oluşmaktadır. Cevap anahtarına göre puanlanan ölçekten yüksek puan alması öğrencinin olumlu bir benlik kavramına sahip olduğunu göstermektedir.

---

\* Grubumuzda uygulama, uygun yaş diliminde olan 32 olguyla yapılmıştır.

item analizi sonucu ölçekte altı yorumlanabilir faktör bulunmuştur. Bunlar, I. Davranış, II. Zekâ ve Okul Durumu, III. Fiziksel Görünüm ve Tutumlar, IV. Kaygı, V. Popüler Olma, VI. Mutlu ve Hoşnut Olma faktörleridir.

Ölçeğin, Türkçe çevirisinin eşdeğerlilik ve güvenilirlik çalışması Çataklı (1985) tarafından gerçekleştirilmiştir. (11) Türkçe'ye çevrildikten sonra geri çevirme tekniğiyle tekrar kontrol edilen ölçeğin düzeltilmiş şeklinin geçerliliği deneysel olarak araştırılmıştır. Yapılan analizler sonucunda Türkçe çevirinin orjinal İngilizce formla eşdeğer olduğu görülmüştür. Bundan sonraki aşamada yapılan değerlendirmede ölçeğin güvenilirliği araştırılmış ve test-tekrar test güvenilirliği için bulunan korelasyonların, puanların yüksek değişmezlik düzeyine sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Ölçeğin kapsadığı altı faktörle ilgili güvenilirlik çalışmaları tamamlanmadığı için henüz bu değerlendirmeler kullanılamamaktadır. (11)

### C. DEĞERLENDİRME

Çalışmamızda kullanılan "Genel Bilgi Listesi" ve "Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu"na anne ve çocukların verdikleri yanıtlardan ortalama bir puan elde edilmiş ve kodlanarak bilgisayar ile değerlendirilmiştir. Değişkenlerin frekans dağılımı ve yüzdeleri belirlenmiş ki-kare ve korelasyon analizleri uygulanmıştır. (58)

"Benlik Kavramı Ölçeği" cevap anahtarı yardımıyla değerlendirilmiş, elde edilen skorlar gruptaki denek sayısının az olması nedeniyle Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Orjinal formda bulunmasına karşın henüz Türkçe uyarlamasında güvenilirlik çalışmaları yapılmadığı için ölçekte alt skorlar saptanamamıştır. Ancak çalışmamız da önemli

olduğu düşünülerek, her iteme alınan cevaplar tüm grup için saptanmış, yüzde dağılımları belirlenmiş ve cevap anahtarına uygunluk açısından değerlendirilmiştir.

Ayrıca psiko-sosyal durum ve diyabete uyumla ilgili genel bir değerlendirme yapmak amacıyla aşağıdaki şemaya göre bir puanlama yapılmış ve bu puanlar arasında korelasyon bakılmıştır.

I. Grup = Psiko Sosyal Durum (PSD)

<u>Alınan değişkenler</u>	<u>Maksimum Puan</u>
Çocuğun annesiyle ilişkisi	4
Çocuğun babasıyla ilişkisi	4
Çocuğun kardeşleriyle ilişkisi	4
Çocuğun arkadaşlarıyla ilişkisi	4
Okul başarısı	5
	<hr/>
Toplam maksimum PSD puanı	21

II. Grup = Diyabete Uyum Puanı (DUP)

<u>Alınan değişkenler</u>	<u>Maksimum Puan</u>
Enjeksiyon yapma sıklığı	5
Enjeksiyona tepki	5
Diyete uymada güçlük	5
Diyete tepki	5
Egzersiz yapma	3
Diyabetini söyleme	3
	<hr/>
Toplam maksimum DUP puanı	26



#### IV. BULGULAR

##### A. GENEL BİLGİ LİSTESİ BULGULARI

Bu bölümde öncelikle Genel Bilgi Listesinden elde edilen bulguların dağılımı verilmiştir.

Tablo 1- Hastaların Cinsiyetine Göre Dağılımı

<u>Cinsiyet</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Kız	16	44.4
Erkek	20	55.6
TOPLAM	36	100.0

Tablo 2- Hastaların Yaşlarına Göre Dağılımı

<u>Yaş</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
7 - 9	5	13.9
9 - 11	9	25.0
11 - 13	12	33.3
13 - 15	6	16.7
15 - 17	2	5.6
17 - 19	2	5.6
TOPLAM	36	100.0

Çalışma kapsamına alınan 36 olgudan 16'sı kız (% 44.4), 20'si (% 55.6) erkektir. Yaşları 7 - 18 arasında olan olguların yaş ortalaması 11.8'dir. % 14'ü 7 - 9 yaşında, % 25'i 9 - 11, % 33'ü 11 - 13, % 17'si 13 - 15, % 5.5'i 15 - 17, % 5.5'i ise 17 - 19 yaşında dağılım göstermektedir.

Tablo 3- Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

<u>Eğitim</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
İlk okul öğrencisi	12	33.3
İlk okul mezunu ( <i>devam etmiyor</i> )	3	8.3
Orta okulda öğrenci	17	47.2
Orta okul mezunu ( <i>devam etmiyor</i> )	1	2.8
Lisede öğrenci	3	8.3
<b>TOPLAM</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>

Olgularımızın büyük bir bölümü (% 89) öğrenimine devam etmektedir. Sadece 4 olgu mezun olduktan sonra öğrenimine devam etmemiştir. Bunların 3'ü (% 8.3) ilkokul, 1'i (% 2.8) orta okul mezunudur. Öğrencilerin ise 12'si (% 33) ilkokulda, 17'si (% 47) orta okulda, 3'ü de (% 8) Lise'de okumaktadır.

Tablo 4- Diyabetin Başladığı Yaşa Göre Hastaların Dağılımı

<u>Yaş</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
1 - 3	1	2.8
3 - 5	3	8.3
5 - 7	5	13.9
7 - 9	8	22.2
9 - 11	10	27.8
11 yaş üstü	9	25.0
<b>TOPLAM</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>

Olgularımızın diyabet başlangıç yaşı 1 ; 4 ile 13 ; 4 yaşları arasında değişmektedir. Diyabet, olguların % 25'inde 1 - 7 yaşları arasında, % 75'in de ise 7 yaşın üstünde başlamıştır.

Tablo 5- Diyabetin Süresine Göre Hastalığın Dağılımı

<u>Diyabetin süresi</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
1 yıldan az	6	16.7
1 - 3 yıl	11	30.6
3 - 5 yıl	10	27.8
5 - 7 yıl	5	13.9
7 - 9 yıl	1	2.8
9. yıl ve üstü	3	8.3
<b>TOPLAM</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>

Grubumuzdaki olguların hastalık süresi 6 ay ile 10 yıl arasında değişmektedir. Diyabet süresi 5 yıldan kısa olan olgular çoğunluğu oluşturmaktadır (% 75). % 14'ü ise 5 - 7 yıldır diyabetiktir. Sadece 4 olgu (% 11) 7 yıldan daha uzun süredir diyabetiktir.

Tablo 6- Anne-Baba Eğitim Düzeyleri Dağılımı

Eğitim	ANNE		BABA	
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Okur yazar değil	7	19.4	-	-
Okur yazar	8	22.2	1	2.8
İlkokul	16	44.5	29	80.5
Ortaokul	3	8.3	3	8.3
Lise	2	5.6	2	5.6
Üniversite	-	-	1	2.8
<b>TOPLAM</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>

Anne ve babalar eğitim açısından değerlendirildiğinde annelerin % 80.6'sının, babaların tümünün okur yazar olduğu görülmektedir. İki grupta da büyük çoğunluk ilkökul mezunudur. Orta-Lise eğitimi yapanların sayısı aynıdır. Sadece bir baba yüksek öğrenim yapmıştır.

Tablo 7- Anne ve Babaların İşlerine Göre Dağılımı

<u>Anne işi</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Ev kadını	33	91.7
Öğretmen	2	5.5
İşçi	1	2.8
<hr/>		
TOPLAM	36	100.0
<hr/>		
<u>Baba işi</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Küçük esnaf	8	22.2
İşçi	5	13.9
Serbest	4	11.2
Emekli	4	11.2
Öcretli	3	8.4
Memur	2	5.5
Öğretmen	2	5.5
Çiftçi	2	5.5
Yurtdışında işçi	2	5.5
Hayatta değil	2	5.5
Mühendis	1	2.8
Çalışmıyor	1	2.8
<hr/>		
TOPLAM	36	100.0

Tablo 8- Ailede Toplam Çocuk Sayısı (R = 1-8) Ort. = 3.36

<u>Toplam çocuk sayısı</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>
n	1	11	10	8	3	1	1	1
%	2.8	30.6	27.8	22.2	8.3	2.8	2.8	2.8

Tablo 9- Diyabetik Çocuğun Ailede Kardeş Sıralamasındaki Yeri

<u>Kaçıncı çocuk olduğu</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
1	17	47.2
2	7	19.4
3	4	11.1
4	4	11.1
5	1	2.8
6	2	5.6
7	-	-
8	1	2.8
TOPLAM	36	100.0

Ailelerin büyük çoğunluğu (% 80.6) 2 - 4 çocuklu aileler olup, ortalama çocuk sayısı 3.36'dır. Diyabetik çocuklar aile içindeki sıralamada % 47.2'si (17 kişi) birinci çocuk, % 19.4'ü de (7 kişi) ikinci çocuktur.

Tablo 10- Okulda Sınıfta Kalanların Sene Kayıpları Dağılımı

<u>Sene Kaybı</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Yok	29	80.5
1 yıl	4	11.1
2 yıl	2	5.6
3 yıl .	1	2.8
TOPLAM	36	100.0

Grubumuzda, diyabete rağmen okul başarısızlığı olmayan ve sonuçta sene kaybına uğramayanların oranı oldukça yüksektir. (% 80.5) 1 ve 2 yıl sınıfta kalan 6 çocuğun okul başarısızlığının hastalık nedeniyle olmadığı saptanmıştır. 3 sene kaybı olan çocuk ise 1 yıl okula geç verildiği, 1 yıl hastalığın başlangıcı okul başlangıcına denk geldiği, 1 yıl ise şehir değişikliği nedeniyle sene kaybetmiştir.

## B. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU BULGULARI

### 1. Çocuğun Hastalığı ve Hastalıkla Başa Çıkmada Karşılaştığı Durumların Değerlendirilmesi

Tablo 11- "Hastalıktan kısa süre önce, önemli bir hastalık ya da sıkıntı verici bir olay oldu mu?" sorusuna verilen yanıtlar dağılımı.

<u>Hastalık öncesi stres</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Yok	15	41.7
Medikal	5	13.9
Psikolojik	16	44.4
TOPLAM	36	100.0

Psikolojik sorunlar başta olmak üzere, olguların % 58.3'ünde hastalık öncesi stres kaynağı saptanmıştır. Hastalık öncesi geçirilen diş çekimi, kabakulak, boğaz enfeksiyonu Medikal stres başlığı altında toplanmıştır.

Psikolojik stres kaynakları ise stresi meydana getiren olay ve duygulara göre (Tablo 12)'de belirtilmiştir.

Tablo 12- Psikolojik Stres Kaynakları Dağılımı

<u></u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Aile tartışması	3	18.7
Korku	5	31.3
Ozüntü	7	43.7
Kardeş kıskançlığı (?)	1	6.3
TOPLAM	16	100.0

Tablo 13- Ailelerin "Hastalık teşhis edildiğinde neler Hissettiniz?" sorusuna cevapları dağılımı

<u>Hastalığa ilk tepkisi</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
İnanamama, yanlışlık olduğunu düşünme	3	8.3
Özülme, şok olma	28	77.8
Kadere razı olma, kadere boyun eğme	3	8.3
Diğer	2	5.6
TOPLAM	36	100.0

Tablo 14- Hastaneye başvuru şekli dağılımı

<u>Başvurma şekli</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Klinik bulgular	27	75.0
Koma	5	13.9
Diğerleri	4	11.1
TOPLAM	36	100.0

Olguların büyük çoğunluğuna (% 75) çeşitli yakınmalar sonucu yapılan tetkiklerde tanı konulmuştur.

Tablo 15- En Sık Görülen Hastalık Belirtileri Dağılımı

<u>Belirtiler*</u>	<u>Kaç kişide görüldüğü</u>	<u>%</u>
Çok su içme	19	52.8
Çok yeme	17	19.4
Sık sık idrara çıkma	14	38.8
Gece işemesi	9	25.0
Halsizlik	9	25.0
Zayıflama	20	55.5
Kusma, mide bulantısı	2	5.5
Karın ağrısı	2	5.5
Ağız kuruluğu	1	2.8
Sinirlilik	1	2.8
Göz şikayetleri	2	5.5
Gece korkusu	1	2.8

\* Olguların herbirinde birden fazla belirti görülmüş, oranlar, toplam 36 kişide belirtilenlerin görülme sıklığına göre hesaplanmıştır.

Olguların % 55.5'inde zayıflama  
% 52.8'inde çok su içme  
% 38.8'inde sık idrara çıkma  
% 25.0'inde halsizlik ve gece işemesi  
% 19.4'ünde ise aşırı yeme en sık görülen belirtilerdir.

Tablo 16- Hastaneye Yatma Sayısı Dağılımı

<u>Hastaneye yatma durumu</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Hiç yatmamış	1	2.8
Bir kez yatmış	26	72.2
İki kez yatmış	6	16.7
Üç kez yatmış	3	8.3
<b>TOPLAM</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>



Olguların çoğunluğu ilk tanı konmak üzere tetkikler için yatmıştır (% 72.2). İki kez yatanların sayısı 6 (% 16.7), 3 kez yatanlar ise 3 kişi (% 8.3)'dir. Bir olgunun teşhisi yurt dışında konulmuş ve hiç yatırılmadan takip edilmiştir. Çocukların hastanede yatma süreleri toplam 0 - 94 gün arasında, ortalama 21.7 gündür.

Tablo 17- Geçirdikleri Koma Sayısı Dağılımı

<u>Koma sayısı</u>	<u>Olgu sayısı</u>	<u>%</u>
Hiç komaya girmedi	25	69.4
1 kez komaya girdi	6	16.7
2 kez komaya girdi	3	8.3
3 kez komaya girdi	2	5.6
TOPLAM	36	100.0

Olguların % 69.4'ü (25 olgu) hiç komaya girmemiştir. 11 olgunun girdiği toplam 18 komanın 5'i hastalığın ilk ortaya çıktığında geçirilen komadır.

Tablo 18- "Tanı Konulduktan Hemen Sonra Tedaviyi Kim Üstlendi?" Sorusunun Yanıtları Dağılımı

<u>Tedaviyi üstlenen</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Anne	32	88.9
Çocuğun kendisi	-	-
Baba	3	8.3
Diğerleri	1	2.8
TOPLAM	36	100.0

Tedaviyi üstlenen, tanı konulduğunda çocuğun yanında olan (hastanede birlikte) kalan kişidir. Bu kişi genellikle annedir (% 88.9). Yaşı büyük olsa bile çocuğun başlangıçta tedaviye aktif olarak katılmadığı görülmüştür. Sadece bir çocuğun tedavisini ağabeyleri üstlenmiştir.

Tablo 19- Çocuğun Kendi İnsülin Enjeksiyonunu Yapma Dağılımı

<u>Kendi enjeksiyonunu yapma durumu</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>Yaş ortalaması</u>
Hiç yapmıyor	13	36.1	10.02
Nadiren yapıyor	8	22.2	13.44
Arada yapıyor	4	11.1	12.75
Sık sık yapıyor	8	22.2	11.93
Her zaman yapıyor	3	8.3	15.83
TOPLAM	36	100.0	

Çocukların % 36.1'i kendi insülin enjeksiyonunu yapmamaktadır. Bunlardan 18 yaşındaki bir olgu hemiplejik olduğu için uygulama yapması mümkün değildir. Enjeksiyon uygulayanların en küçüğü 9.11 yaşındadır. 12 yaşın altında 8 çocuk uygulama yapabilmektedir.

Tablo 20- Çocukların İnsülin Enjeksiyonuna Tepkileri

<u>Tepkiler</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
* Çok uyumlu problem çıkarmaz, iğne yapımına aktif katılır	1	2.8
İtiraz etmez, yaşına göre katılımı iyi	15	41.7
İstekli değil ancak kurallara uyar	14	38.9
Problem çıkarır, ancak iğne olur, katılımı çok az yada yok	6	16.7
Problem çıkarır, zorla uygulama yapılır.	0	0
<b>TOPLAM</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>

\* Katılım : Çocuğun sadece kendine iğne yapması olarak alınmamış, aynı zamanda iğneyi hazırlama, iğne saatine dikkat etme, gibi ölçülerde göz önüne alınarak değerlendirilmiştir.

Çocukların çoğu (% 83.4) kurallara uygun olarak enjeksiyon olmaktadır. Hiç itiraz etmeyen enjeksiyonla ilgili herşeyi üstlenmiş sadece bir çocuk (% 2.8) saptanmıştır.

Tablo 21- "Diyete Uymada Hangi Sıklıkla Güçlük Çıkarır?" sorusuna Annenin Verdiği Yanıtlar Dağılımı

	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>yaş ortalaması</u>
Diyete uymada her zaman sorun yaratır	1	2.8	12.33
Sık sık sorun yaratır	4	11.1	11.10
Arada sorun yaratır	5	13.9	10.86
Nadiren sorun yaratır	13	36.1	11.85
Hiç bir zaman sorun çıkarmaz	13	36.1	12.42
<b>TOPLAM</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>	

Diyete uymada "sık sık" ve "her zaman" sorun yaratan çocukların yaşları (10 ; 1 - 12 ; 4) ortalama 11.35'dir. Bu çocuklar grubun (% 13.9)'unu oluşturmaktadır. Diğer çocukların sayısı "arada sorun çıkaran"lardan "hiç sorun çıkarmaz"lara gittikçe artmaktadır. Bu gruplara yaş ortalaması açısından bakıldığında da yaş ortalaması gittikçe artmaktadır.

Tablo 22- Diyetin Gereklerine Uyum Dağılımı

<u>Tepkiler</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Diyetini çok iyi biliyor. Her zaman uyguluyor. Denetim gerekmiyor	11	30.6
Diyetini biliyor. Genelde dikkat ediyor. Arada miktar kaçırma yada sevdiği şeylerden tatma var	13	36.1
Diyetini biliyor. Arada yasaklara uymama, gizli yeme var. Zaman zaman denetim gerekiyor.	4	11.1
Dikkat etmiyor. Sık sık denetim gerekiyor. Uygulama denetimle iyi, ancak problem çıkarıyor.	7	19.4
Hiç uymuyor. Devamlı denetim gerekiyor.	1	2.8
<b>TOPLAM</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>

Çocukların büyük çoğunluğunun diyetin sınırlarını bildiği ve kendilerini kontrol edebildiği görülüyor (% 77.8). Hiç uymayan sürekli denetim gerektiren tek diyabetli çocuk vardır.

Tablo 23- Egzersiz Uygulaması Dağılımı

<u>Uygulama şekli</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Düzenli egzersiz yapıyor, gerekliliğinin bilincinde	5	13.9
Düzensiz olarak yapıyor. Gerekli olduğunu biliyor, hareketli, özel birşey yapmıyor.	16	44.4
Egzersiz yapmıyor.	15	41.7
<b>TOPLAM</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>

Düzenli olarak egzersiz yapan, gerekli olduğunu bilen çocuk sayısı 5 (% 13.9)'dir. Çocukların çoğu egzersizin gerekli olduğunu bilmekte ancak özel bir şey yapmamaktadır. Bu genellikle "zaten hareketli; egzersize gerek kalmıyor" şeklinde açıklanmıştır (% 44.4). Hiç egzersiz yapmayan çocuk sayısında oldukça fazla (% 41.7) olup 15 kişidir.

Tablo 24- "Diyabet Olduğunu Başkalarına Söylüyor mu?" sorusuna verilen yanıtların dağılımı

<u>Yanıtlar</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Hastalığını söyler, gizlemez	28	77.8
Hastalığını gerektiğinde söyler ancak gizleme eğilimi var.	6	16.7
Hastalığını hiç söylemez, gizler.	2	5.6
<b>TOPLAM</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>

Diyabeti kabul etmenin bir göstergesi sayılabilecek olan, başkasına diyabetli olduğunu söyleme durumu, çocukların % 77.8'inde söz konusudur. Sadece 2 çocuk (% 5.6) diyabetini diğer kişilere söylememektedir.

Tablo 25- "Tedavide En Zor Gelen Nedir?" sorusuna verilen yanıtların dağılımı

<u>Yanıtlar</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Hiç bir şey zor gelmiyor	8	22.2
İğne olmak zor geliyor	10	27.8
Diyete uymak zor geliyor	6	16.7
Hastaneye gelmek/ hastanede beklemek	7	19.4
Erken kalkmak - geç yatmak	4	11.1
Her konuda problem var	1	2.8
<b>TOPLAM</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>

## 2. Çocuğun Kendisiyle ve Çevresiyle İlgili Düşünce ve Problemlerin Değerlendirilmesi

Tablo 26- Diyabetli Çocuğun Anne, Baba ve Kardeşleriyle Anlaşma Düzeyinin Değerlendirilmesi

<u>Anlaşma düzeyi</u>	<u>Anneyle</u>		<u>Babayla</u>		<u>Kardeşleriyle</u>	
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Çok iyi	7	19.4	6	16.7	2	5.6
İyi	22	61.1	17	47.2	9	25.0
Fena değil	7	19.4	7	19.4	17	47.2
Kötü	-	-	1	2.8	7	19.4
Değerlendirememeyen	-	-	5	13.9	1	2.8
<b>TOPLAM</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>

Diyabetik çocukların ana babalarıyla ilişkilerinin genelde iyi olduğu görülmektedir. Annesiyle anlaşamayan, problem çıkaran çocuk olmamasına karşın, bir çocuk babasıyla hiç anlaşamadığını bildirmiştir. Babası ölmüş ya da birlikte

olmayan 5 çocuğun baba-çocuk ilişkisi değerlendirilememiştir. Bir çocuğunda kardeşi olmadığı için değerlendirme yapılamamıştır.

Tablo 27- Diyabetik Çocuğun Arkadaşlarıyla İlişkilerinin Değerlendirilmesi

<u>Anlaşma düzeyi</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Çok iyi	8	22.2
İyi	22	61.1
Fena değil	6	16.7
Kötü	-	-
TOPLAM	36	100.0

Diyabetik çocukların arkadaşlarıyla ilişkilerinin genelde iyi olduğu görülmektedir. (% 83.3)'ünün kolay arkadaşlık kurduğu ve arkadaşları tarafından sevildiği saptanmıştır. Arkadaşlarıyla ciddi uyumsuzluğu olan çocuk yoktur.

Tablo 28- Olguların Okul Başarısı Dağılımı

<u>Okul başarısı</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Devam etmiyor/ beklemede	2	5.6
Devam ediyor, başarısız	2	5.6
Devam ediyor, başarılı	26*	63.9
Devam ediyor, çok başarılı	6	16.7
TOPLAM	36	100.0

\* Bu yıl mezun olup tamamen kişisel nedenlerle okula devamı istemeyen 4 olgu, okudukları sürede başarılı oldukları için bu gruba dahil edilmişlerdir.

Grubun büyük çoğunluğunda belirgin okul problemi yoktur.

Tablo 29- Çocuğun Günlük Aktivitelere Katılım Dağılımı

	<u>n</u>	<u>%</u>
Çok iyi, aktif, yaşına göre faaliyetlerde bulunuyor, kendini meşgul ediyor.	30	83.3
İyi, kendini meşgul ediyor, TV seyretmek gibi daha az aktif olan faaliyetlere katılıyor.	6	16.7
TOPLAM	36	100.0

Çocukların hepsinin günlük aktivitelere katılım bakımından iyi oldukları görülmektedir. Kendini meşgul etmekte zorluk çeken çocuk yoktur. Sorgulamalar sırasında büyük çoğunluğunun arkadaşlarıyla oyun oynamayı tercih ettiği saptanmıştır.

Tablo 30- Çocukların Gelecekle İlgili Düşünceleri Dağılımı

<u>Düşünceler</u>	<u>Belirten olgu sayısı</u>	<u>%</u>
Olumlu düşünceler, geleceğe yönelik planları var	22	61.1
Belirgin düşüncesi yok	10	27.8
Endişeleri var	1	11.1
TOPLAM	33	100.0

Bir çocuk endişesini "Annemler benden birşey saklıyor, başka hastalığım var" gibi sözleriyle belirtmiştir.



Tablo 31- Çocuklarda Hastalık Sonrası Değişen Özellikler Dağılımı

	<u>Olgu sayısı</u>	<u>%</u>
Tik	1	2.8
Sinirlilik, hırçınlıkta artma	7	19.4
Tırnak yeme	1	2.8
Sinirli olma	1	2.8
Mızızlık	1	2.8
Şımarmak	2	5.6
Daha fazla sorumluluk almak	1	2.8
Değişim yok	21	60.6
Neşesinde azalma	1	2.8
TOPLAM	36	100.0

Tablo 32- Anne Tarafından Tanımlanan Çocuğun Davranış Özellikleri\*\*

<u>Davranış özellikleri*</u>	<u>n</u>	<u>%***</u>
Sinirli, huzursuz	16	44.4
Şımarık, istedikleri olsun ister	18	50.0
Hırçın, kolay kızar	15	41.6
Mızız, çabuk ağlar	8	22.2
Hareketli, atılgan	9	25.0
Uysal, neşeli, sakin	4	11.1
Güvensiz	2	5.6
Sorumluluk almaz	1	2.8
Çekingen	2	5.6
Kavgacı	1	2.8
Duygusal	5	13.9

\* Her olgudan birden fazla yanıt alınmıştır.

\*\* Bu tablonun ayrıntılı dağılımı ek tablo'da verilmiştir.

\*\*\* % Oran saptamaları 36 kişi üzerinden yapılmıştır.

Tablo 32'de alınan yanıtlar tamamen annenin çocuklarını tanımlama cümlelerinden oluşturulmuştur. Bu yanıtların çocuklara göre dağılımı Ek 4'de verilmiştir. Annelerin % 50'si çocuklarının, şımarık, istediği hemen yapılsın isteyen çocuklar olduğunu belirtmiştir. Buna yakın sayıda annede % 44.4, sınırlı, huzursuz, % 41.6, hırçın, kolay kızar tanımlamalarını kullanmıştır. Çocuğun sorumluluk almasına ve kendine güvenine değinen sadece 3 anne vardır. Bu annelerde olumsuz özellik olarak bu durumları belirtmişlerdir. Diğer annelere özellikle çocuğun kendine güvenip güvenmediği, sorumluluk alıp almadığı sorulmuştur. Buna alınan yanıtlar Tablo 33'tedir.

Tablo 33- "Çocuk Sorumluluk Alır mı, Kendine Güvenir mi?" sorusuna\* verilen yanıtların cinsiyete göre dağılımı

Sorumluluk	KIZLAR		ERKEKLER		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Her zaman sorumluluk alır	8	50.0	9	45.0	17	47.2
Sorumluluk almaktan kaçındığı durumlar var	8	50.0	10	50.0	18	50.0
Hiç sorumluluk almaz	-	-	1	5.0	1	2.8
TOPLAM	16	100.0	20	100.0	36	100.0
Güven	n	%	n	%	n	%
Kendine her konuda güvenir	11	68.7	9	45.0	20	55.6
Bazı konularda kendine güvenmez	4	25.0	10	50.0	14	38.8
Kendine hiç güvenmez	1	6.3	1	5.0	2	5.6
TOPLAM	16	100.0	20	100.0	36	100.0

\* Soru çocuğun günlük olaylar karşısındaki güven ve sorumluluğunu değerlendirmek amacıyla sorulmuştur. Diyabetle ilgili davranışları kapsamaz.

Diyabete uyumda önemli olan kendine güven ve sorumluluk alma davranışının hastalık dışındaki durumunu değerlendirmek amacıyla sorulan soruya alınan yanıtlar, grubun % 47.2'sinin her zaman sorumluluk aldığını % 55.6'sının ise kendine her konuda güvendiğini göstermektedir. Kızların % 50'si, erkeklerin % 45'i her zaman sorumluluk alırken sorumluluk almayan kız yoktur. Sadece bir erkek de sorumluluk almamaktadır.

Tablo 34- Diyabet Tedavisiyle İlgili Değişkenlerin Cinsiyete Göre Anlamlılık Dağılımı

Değişkenler	Cinsiyete göre Ki-kare	Serbestlik derecesi	P değeri
Enjeksiyon yapma sıklığı	6.559	4	0.16 anlamlı değil
Enjeksiyona tepki	1.787	3	0.61 " "
Diyete Uymada güçlük	4.176	4	0.38 " "
Diyete uymaya tepki	4.971	4	0.29 " "
Egzersiz uygulama	5.490	2	0.06 anlamlı
Diyabeti söyleme	1.719	2	0.42 anlamlı değil

Sadece egzersiz yapma değişkeni cinsiyete göre  $P = 0.06$  seviyesinde anlamlı fark göstermektedir. Bu fark erkeklerin lehinedir.

Tablo 35- Diyabet Tedavisiyle İlgili Değişkenlerin Yaşa Göre Değerlendirilmesiyle Elde Edilen Bulguların Anlamlılık Dağılımı

Değişkenler	Yaşa Göre Serbestlik Ki-Kare Derecesi	P değeri
Enjeksiyon yapma sıklığı	6.331	4 0.17 anlamlı değil
Enjeksiyona tepki	4.779	3 0.18 " "
Diyete uymada güçlük	2.866	4 0.58 " "
Diyete uymaya tepki	5.832	4 0.21 " "
Egzersiz uygulama	0.406	2 0.81 " "
Diyabeti söyleme	5.142	2 0.07 sınır

Grup 12 yaşın altında ve 12 yaşın üstündekiler olmak üzere ikiye ayrılmış, iki grup arasında tüm değişkenlerde anlamlı farklılık bulunamamıştır. Sadece diyabeti söyleme değişkeni  $P = 0.07$  seviyesi sınır kabul edildiğinde küçüklerin lehine anlamlı kabul edilebilir.

Tablo 36- Diyabet Tedavisiyle İlgili Değişkenlerin Diyabet Başlangıç Yaşına Göre Değerlendirilmesiyle Elde Edilen Bulguların Anlamlılık Dağılımı

Değişkenler	Diyabet Başlangıç Yaşına Göre Serbestlik Ki-kare Derecesi	P değeri
Enjeksiyon yapma sıklığı	20.965	20 0.399 anlamlı değil
Enjeksiyona tepki	10.798	15 0.755 " "
Diyete uymada güçlük	22.564	20 0.310 " "
Diyete uymaya tepki	15.849	20 0.725 " "
Egzersiz uygulama	5.842	10 0.828 " "
Diyabeti söyleme	7.009	10 0.724 " "

Bu değerlendirme yapılırken Tablo 4'deki yaş grupları esas alınmıştır. Tüm değişkenlerde hastalık başlangıç yaşına göre anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 37- Diyabet Tedavisiyle İlgili Değişkenlerin Diyabet Süresine Göre Değerlendirilmesiyle Elde Edilen Bulguların Anlamlılık Dağılımı

Değişkenler	Diyabet Süresine Göre Ki-kare	Serbestlik derecesi	P değeri
Enjeksiyon yapma sıklığı	24.685	20	0.2137 anlamlı değil
Enjeksiyona tepki	9.609	15	0.843 " "
Diyete uymada güçlük	17.063	20	0.648 " "
Diyete uymaya tepki	20.841	20	0.405 " "
Egzersiz uygulama	16.050	10	0.098 " "
Diyabeti söyleme	10.951	10	0.361 " "

Bu değerlendirme yapılırken Tablo 5'deki Diyabet süreleri esas alınmıştır. Tüm değişkenlerde diyabet süresine göre anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 38- Diyabet Tedavisiyle İlgili Değişkenlerin Anne Eğitime Göre Değerlendirilmesiyle Elde Edilen Bulguların Anlamlılık Dağılımı

Değişkenler	Anne Eğitime Göre Ki-kare	Serbestlik derecesi	P değeri
Enjeksiyon yapma sıklığı	16.875	16	0.393 anlamlı değil
Enjeksiyona tepki	13.613	12	0.326 " "
Diyete uymada güçlük	17.154	16	0.375 " "
Diyete uymaya tepki	19.634	16	0.237 " "
Egzersiz uygulama	19.987	8	0.010 anlamlı
Diyabeti söyleme	10.399	8	0.238 anlamlı değil

Egzersiz yapma ile anne eğitimi arasında  $P = 0.01$  düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur. Anne eğitimi arttıkça çocukların egzersiz uygulamaları artmaktadır.

Tablo 39- PSD ve DUP Puan Ortalamalarında  $\pm$  Standart Sapma Çıkarıldıktan Sonra Sapma Gösteren Deneklerin Dağılımı

Denek No	PSD $\pm$ Standart Sapmadan Uzaklaşma Puanı (17.24 $\pm$ 2.28) Dışında Kalan Puanlar
11	2.48
15	- 2.46
30	- 2.96
36	4.46

Denek No	DUP $\pm$ Standart Sapmadan Uzaklaşma Puanı (17.83 $\pm$ 2.28) Dışında Kalan Puanlar
9	- 2.06
22	2.40
24	3.40
30	- 5.06
34	2.40

Sadece 30 nolu denek her iki grupta da en düşük puanı alandır.

### C. PIERS-HARRIS TESTİ BULGULARI

Tablo 40- Piers-Harris Testi Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

	Kızlar	Erkekler	
Denek sayısı	14	18	Fark anlamlı değil
Yaş ortalaması	11	12.8	" " "
P-H ortalama puanı	59.07	58.11	" " "

Deneklerin Piers-Harris testi puanları Mann-Whitney U testine göre kızlarda ve erkeklerde anlamlı farklılık göstermemiştir.

Tablo 41- Piers-Harris Testi Puanlarının Diyabet Süresine Göre Dağılımı

	Diyabet süresi		Fark anlamlı değil		
	2 yıl ve daha az	Diyabet süresi 2 yıldan fazla			
Denek sayısı	14	18	"	"	"
Yaş ortalaması	11.29	12.09	"	"	"
P-H ortalama puanı	56.78	59.80	"	"	"

Deneklerin Piers-Harris testi puanları Mann-Whitney U testine göre diyabeti iki yıldan az veya fazla süredir devam edenler arasında da anlamlı fark görülmemiştir.

Tablo 42- Piers-Harris Testi İtemlerine Tüm Olguların Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n=32)

Piers - Harris Testi İtemleri	Deneklerin Yanıtları		Beklenen Yanıt		
	E	%	H	%	
1. İyi resim çizerim	22	68.7	10	31.2	E
2. Okul ödevlerimi bitirmem uzun sürer	12	37.5	20	62.5	H
3. Ellerimi kullanmada becerikliyimdir	21	65.6	11	34.3	E
4. Okulda başarılı bir öğrenciyim	28	87.5	4	12.5	E
5. Aile içinde önemli bir yerim vardır	25	78.1	7	21.9	E
6. Sınıf arkadaşlarım benimle alay ediyorlar	2	6.2	30	93.7	H
7. Mutluyum	29	90.6	3	9.3	E
8. Çoğunlukla neşesizim	8	25.0	24	75.0	H
9. Akıllıyım	31	96.9	1	3.1	E
10. Öğretmenler derse kaldırıncaya heyecanlanıyorum	19	59.3	13	40.6	H
11. Dış görünüşüm beni rahatsız ediyor	2	6.2	30	93.7	H
12. Genellikle çekingenim	15	46.9	17	53.1	H
13. Arkadaş edinmekte güçlük çekiyorum	2	6.2	30	93.7	H
14. Büyüdüğümde önemli bir kimse olacağım	22	68.7	10	31.2	E
15. Aileme sorun yaratıyorum	10	31.2	22	68.7	H
16. Kuvvetli sayılırım	21	65.6	11	34.3	E
17. Sınıvlardan önce heyecanlanıyorum, korkuyorum	14	43.7	18	56.2	H
18. Okulda terbiyeli, uyumlu davranırım	31	96.9	1	3.1	E
19. Herkes tarafından pek sevilen biri değilim	4	12.5	28	87.5	H
20. Parlak fikirlerim var	17	53.1	15	46.9	E
21. Genellikle kendi dediklerimin olmasını isterim	18	56.2	14	43.7	H
22. Birşeyden kolayca vazgeçerim	8	25.0	24	75.0	H
23. Müzikte iyiyim	18	56.2	14	43.7	E
24. Hep kötü şeyler yaparım	1	3.1	31	96.9	H
25. Evde çoğu zaman huysuzluk ederim	10	31.2	22	68.8	H
26. Sınıfta arkadaşlarım beni sayarlar	29	90.6	3	9.4	E
27. Sinirli biriyim	22	68.7	10	31.2	H
28. Gözlerim güzeldir	19	59.3	13	40.6	E



Piers - Harris Testi İtemleri	Deneklerin Yanıtları		Beklenen Yanıt		
	E	H			
29. Sınıfta derse kalktıgımda bildiklerimi sıklımdan anlatırım	29	3	90.6	9.4	E
30. Derslerde sık sık hayal kurarım	3	29	9.3	90.6	H
31. (Kardeşiniz varsa) Kardeş(ler)ime sataşırım	14	18	43.7	56.3	H
32. Arkadaşlarım fikirlerimi beğenir	26	6	81.2	18.8	E
33. Başım sık sık derde girer	3	29	9.4	90.6	H
34. Evde büyüklerimin sözünü tutarım	31	1	96.9	3.1	E
35. Sık sık üzölür meraklanırım	14	17	43.8	53.2	H
36. Ailem benden çok şey bekliyor	9	23	28.1	71.9	H
37. Halimden memnunum	26	6	81.2	18.8	E
38. Evde ve okulda pek çok şeyin dışında bıraktığıdımı sanıyorum	1	31	3.1	96.9	H
39. Saçlarım güzeldir	21	11	65.6	34.4	E
40. Çoğu zaman okul faaliyetlerine gönüllü olarak katılırım	29	9	90.6	28.1	E
41. Şimdiki halimden daha başka türlü olmayı isterdim	12	20	37.8	62.5	H
42. Geceleri rahat uyurum	29	3	90.6	9.4	E
43. Okuldan hoşlanmıyorum	4	28	12.5	87.5	H
44. Arkadaşlar arasında oyunlara katılmak için bir seçim yapılıırken, en son seçilenlerden biriyim	4	28	12.5	87.5	H
45. Sık sık hasta olurum	6	26	18.7	81.3	H
46. Başkalarına karşı iyi davranırım	32	0	100.0	-	E
47. Okuldaki arkadaşlarım iyi fikirlerim olduğunu düşünürler	24	8	75.0	25.0	E
48. Mutsuzum	3	29	9.4	90.6	H
49. Pek çok arkadaşım var	32	0	100.0	-	E
50. Neşeliyim	27	5	84.4	15.6	E
51. Pek çok şeye aklım ermez	11	21	34.4	65.6	H
52. Yakışıklıyım (Güzelim)	22	10	68.7	31.2	E
53. Hayat dolu bir insanım	24	8	75.0	25.0	E
54. Sık sık kavgaya karışırım	7	25	21.9	78.1	H
55. Erkek arkadaşlarım arasında seviliyim (popülerim)	23	9	71.9	28.1	E
56. Arkadaşlarım bana sataşırılar	6	26	18.8	81.2	H

Piers - Harris Testi İtemleri	Deneklerin Yanıtları		Beklenen	
	E	H	%	yanıt
57. Ailem benle düş kırıklığına uğruyor	6	26	18.8	H 81.2
58. Hoş bir yüzüm var	24	8	75.0	E 25.0
59. Evde hep benle uğraşırlar	15	17	46.9	H 53.1
60. Oyunlarda ve sporda başı ben çekerim	12	20	37.5	E 62.5
61. Ne zaman birşey yapmaya kalksam herşey ters gider	6	26	18.8	H 81.2
62. Hareketlerimde sakarım	8	24	25.0	H 75.0
63. Oyunlarda ve sporda, oynamak yerine seyredirim	8	24	25.0	H 75.0
64. Öğrendiğimi çabuk unuturum	3	29	9.4	H 90.6
65. Herkesle iyi geçinirim	30	2	93.8	E 6.2
66. Çabuk kızarım	22	10	68.8	H 31.2
67. Kız arkadaşlarım arasında sevilirim (popülerim)	24	8	75.0	E 25.0
68. Çok okurum	15	17	46.9	E 53.1
69. Bir grupla birlikte çalışmaktansa tek başıma çalışmaktan hoşlanırım	16	16	50.0	H 50.0
70. (Kardeşiniz varsa) Kardeş(ler)imi severim	31	1	96.9	E 3.1
71. Vücutça güzel sayılıyorum	20	12	62.5	E 37.5
72. Sık sık korkuya kapılıyorum	10	22	31.2	H 68.8
73. Her zaman birşeyler düşürür kırarım	2	30	6.2	H 93.8
74. Güvenilir bir kimseyim	30	2	93.8	E 6.2
75. Başkalarından farklıyım	10	22	31.2	H 68.8
76. Kötü şeyler düşünürüm	3	29	9.4	H 90.6
77. Kolay ağlarım	12	20	37.5	H 62.5
78. İyi bir insanım	29	3	90.6	E 9.4
79. İşler hep benim yüzümden ters gider	5	27	15.6	H 84.3
80. Şanslı bir kimseyim	22	10	68.8	E 31.2

## V. TARTIŞMA

Bu çalışmada çocukların ve gençlerin psiko-sosyal uyumu ve diyabetle başçıkmda karşılaştıkları problemlerin saptanması amaçlanmıştır. Bu tür, derinliğine araştırmalar için en uygun yöntemin görüşme yöntemi olduğu görüşü tarafımızdan da benimsenmiştir. Bu yöntemin en sakıncalı yönü, araştırmacının ve görüşülen kişinin subjektif olması nedeniyle yanıltıcı cevaplara ulaşılabilmesi olasılığıdır. Bu sakıncayı ortadan kaldırmak amacıyla görüşme süresi hayli uzun tutularak yanıtlar ve tepkiler kontrol sorularıyla tekrar tekrar irdelenmiştir. Böylece olabildiğince gerçeğe uygun bilgi alınmaya çalışılmıştır. Çalışmacının tarafsızlığını sağlamak için görüşmeler önceden hazırlanmış görüşme formuna bağlı kalınarak yürütülmüş, değerlendirmede bu yanıtların sınıflandırılması yapılmıştır. Puanlama için anne ve çocuğun değerlendirmeleri esas alınarak ortalama puanı saptanmıştır. Kısaca tüm uygulama süresince objektif ve doğru bilgi alma konusunda çok çaba sarfedilmişse de, bu tip çalışmalarda bunu yüzde yüz sağlamanın mümkün olmadığını da dikkate alınması gerekmektedir. Hastanede yatmanın ayrıca bir stres yaratabileceği düşünülerek yatan hastalar çalışma dışında tutulmuştur.

Genel bilgilerin değerlendirilmesi, hasta çocuk aile yapılarının benzer özellikler gösterdiğini ortaya çıkarmıştır.

Anne-baba eğitim düzeyleri çok benzer olup, okur-yazarlık oranı annelerde % 81, babalarda ise % 100'dür. Çoğunluk ilk okul mezunudur. Grupta yüksek öğrenim yapmış bir baba ve lise mezunu iki anne vardır, annelerin büyük çoğunluğu ev kadınıdır. Babalar ise genellikle küçük esnaf, işçi, memurdur. Ailelerin hiç biri çok yüksek veya çok düşük sosyal ekonomik düzeyden gelmemiştir. Bu da, sosyo-ekonomik düzeyden kaynaklanan farklılıkların en aza inmesi açısından önemlidir. Ailelerin tümü çekirdek aile yapısında ve 2-4 çocukludur. 5'in üzerinde çocuğu olan aile sayısı 6'dır. Bu ailelerde büyük çocuklar evli olduğu için birlikte yaşayan üye sayısı 6 civarındadır. Grupta, sadece iki olgunun aile yapısı farklılık göstermektedir. Birinde hala ve amca aileyle birlikte yaşamaktadır. Diğerinde çocuk tedavi amacıyla istanbul'da yaşayan ağabeyi ile kalmaktadır.

Olgularımız cinsiyete ve yaşa göre iki grup halinde incelenmiştir. Cinsiyete göre yapılan gruplamada kız ve erkek olguların sayısı (16 kız, 20 erkek) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu grubun yaş ortalamalarının da birbirine yakın olduğu, farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Yaşlarına göre gelişim dönemleri esas alınarak 12 yaşın altında ve 12 yaşın üstünde olanlardan iki grup oluşturulmuştur. Bu gruplardaki olgu sayısı arasındaki fark anlamlı değildir. (12 yaşın altında olanlar 17 kişi, 12 yaş ve üstünde olanlar ise 19 kişidir) Bu gruplardaki cinsiyete göre dağılımda benzerdir. Yaşa ve cinsiyete göre oluşturulan bu grupların birbirine benzer olması, yapılan değerlendirmelerin güvenilir olması açısından önemlidir.

Yaşa göre yapılan sınıflamada I.grup yaş ortalaması 9.71, II.grup yaş ortalaması 13.76'dır. Birinci grup ilk okul çağı sonunu, ikinci grup ise adolesans çağının başlangıç dönemini temsil etmektedir.

Tüm çocuklar içinde okulu yarım bırakan ve önemli okul başarısızlığı gösteren yoktur.

Diyabetin ortaya çıkmasında özellikle psikolojik kaynaklı stres yaratan olayların önemli yer tuttuğu bilinmektedir. (53) Bizim grubumuzda (Tablo 12-13) psikolojik kaynaklı stres olayları Erdoğan ve Tefvik'in bulgularıyla benzerdir.

Hastalık, olguların çoğunda klinik belirtilerle ortaya çıkmıştır. Trajik bir başlangıç sayılabilecek koma azdır (% 13.5). Ailelerin çoğu, tanı konduğunda hissettiklerini "çok üzüldük", "şok olduk", "çocukta şeker olduğunu bilmiyorduk, şaşırdık", "ömür boyu sürdüğünü biliyorduk, üzüldük" şeklinde dile getirmişlerdir. Bir anne ise "inanamadım, hâlâ da kabul edemiyorum" diyerek inkârını belirgin şekilde ortaya koymuştur.

Genetik yükten dolayı suçluluk duygusu, bir baba da belirgindir ve bunu anneye yansıtmaktadır. Kendi annesi ve iki çocuğu diyabetik olan bu babanın "sen hastalıklı çocuk doğurdun" şeklinde anneyi suçladığı saptanmıştır. Bu ailedeki inkârın, tüm aile ilişkilerinin bozulmasına neden olduğu görülmektedir. Aynı zamanda bu ailenin araştırmada değerlendirilen çocuğu, hem diyabete tepkileri hem de sosyal ilişkileri grup içinde en kötü olan çocuktur.

Diyabet tanısının konması akla, tedaviyi kimin üstleneceği ve çocuğun tedaviye katılmasının nasıl sağlanacağı sorularını getirmektedir. Çalışma ve gözlemler annenin, tedavide asıl sorumluluk alan kişi olduğunu göstermiştir.

Küçük çocukların tedavisini tamamen üstlenen anne, çocuk büyüksé bazan uygulayıcı ve bazan denetleyici rolü üstlenmektedir. Bizim çalışmamızda da tedaviyi ilk üstlenen çoğunlukla annedir (% 88.9). Tedaviyi başlangıçta üstlenen baba

sayısı 3 olup (% 8.3), "annenin hasta olması" gibi gerekçelerle sorumluluk aldıkları saptanmıştır.

Tüm çocuklar gelişimsel olarak, diyeti ve gereklerini anlayabilecek düzeydedirler. Diyete uymada "her zaman" ve "sık sık" sorun yaratan 4 çocuğun yaşları adolesansın başlangıç dönemindedir. Bu çocukların önceki yıllarda daha uyumlu olduğu, son zamanlarda özellikle yiyecek miktarına uyma, diyetini kendi hazırlama gibi konularda problem çıkarttıkları bildirilmiştir. Literatürde de benzer bulgular verilmiştir. Yaş büyüdükçe diyetle ilgili problemlerin azaldığı görülmüştür. (Tablo 22)

Kendine enjeksiyon yapabilecek çocuk sayısı fazla olmakla birlikte, bunu yapan çocuk sayısı azdır. Çocukların % 63.9'u enjeksiyon kullanmayı bilmekte ancak % 30.5'i "sık sık" ve "her zaman" kendi iğnelerini yapmaktadır. Hiç yapmayanlar % 36.1 olup, bunların yaşları incelendiğinde gruptaki küçük çocuklar olduğu görülmektedir. Yaş büyüdükçe iğnesini kendi kendine yapma sıklığının artması beklenirken, özellikle adolesansın başlangıç döneminde iğnesini yapmama, bunu annesinin yapmasını isteme gibi davranışlar gözlenmiştir. Bu durum çelişkili davranışlar dönemi olan bu yaşlarda, diyabet tedavisini yüklenmekte kendini hazır hissetmeyen gencin bir süre daha anne denetimini istemesinden kaynaklandığı şeklinde düşünülebilir. Bir baba dışında iğne yapan babanın olmadığı görülmüştür. Bu baba da, annenin hasta olması nedeniyle uygulama yapmaktadır. Askerde sağlık memurluğu yapan bir baba ise iğne yapımını başlangıçta üstlenmiş, sonra çocuğa öğreterek ona bırakmıştır. Diğer babaların ise enjektör kullanmayı bilmediği, "bana zor geliyor", "dayanamam", "gerekirse dışarıda yaptırırım" gibi gerekçelerle bunu öğrenmedikleri ve anneye bıraktıkları görülmüştür. Hastalıkla ilgili diğer konularda da babanın katılımı oldukça azdır. Ancak evi uzak

olanların hastane kontrollerine geldiği, diyet konusunda da daha fazla bilgili oldukları görülmüştür. Birkaç baba diyetle ilgili herşeyi bilmekte ve tedaviye anneye birlikte aktif olarak katılmaktadır. Bu ailelerde diyabetle ilgili problemin olmadığı aile ilişkilerinin de iyi olduğu dikkat çekicidir. Tedaviyi tam bilmemekle birlikte çoğu babanın anneyi denetlediği her türlü olaydan anneyi sorumlu tuttukları saptanmıştır.

Diyabetin gereklerinden olan egzersiz uygulamalarının tam yerleşmediği, gerek ailenin gerekse çocuğun hastanede aldıkları bilgilere bağlı olarak egzersizin önemini bildikleri saptanmıştır. Uygulama "çocuk zaten hareketli" gibi nedenlerle aksatılmaktadır.

Diyabetini kabul etmenin göstergelerinden biri sayılabilecek gerektiğinde diyabetini başkalarına söyleme ile ilgili bulgular Tablo 24'de görülmektedir. Gruptaki çocukların ve ailelerin çoğunluğu hastalığını, arkadaş, okul, akraba çevrelerinde söylemektedir. Diyabetini söylemeyen iki çocuktan birinin ailesi de çok yakın çevresi dışında kimseye söylememektedir. Bu çocuğun ve ailesinin diyabete uyumuna ve sosyal ilişkilerine bakıldığında, hemen hiç sorun olmadığı, çocuğun tedaviyi tamamen üstlendiği, insülin enjeksiyonlarını başlangıçtan beri yaptığı, çevresiyle ilişkilerinin iyi olduğu görülmüştür. Aile, hastalığın ortaya çıktığında yaşanan şaşkınlığı kısa sürede attığını, çocuğa karşı her şey normalmiş gibi davrandıklarını belirtmiştir. Hastalığı gizlemelerini ise; "anlayıssız bir çevredeyiz, çocuğun adının hastalıklı olarak çıkmasını, arkadaşları arasında gurunun kırılmasını istemiyoruz" şeklinde açıklamışlardır.

Gizleme eğiliminin, bazı çocuklarda hastalıklarının büyüklerce sohbet konusu yapılmasına kızmalarından kaynaklandığı görülmüştür. Tedavide çocukların en zorlandığı şeyler

sorgulandığında alınan yanıtların % 28'i iğne yapmak, % 17'si diyete uymaktır. Bunlara yakın sayıda çocuk hastaneye gelmekten ve hastanede beklemekten sıkıldıklarını belirtmişlerdir. Tüm olguların % 22'si ise hiç bir şeyin zor gelmediğini belirtmişlerdir. Her konuda problem yaratan çocuk daha önce değinildiği gibi ailevi problemleri en fazla olan çocuktur.

Psiko-sosyal durumla ilgili genel değerlendirmeler çocukların anneleriyle ve arkadaşlarıyla daha iyi ve yakın ilişkiler kurduklarını göstermektedir. Babalar genellikle çocuğu şımartma, her istediklerini yapma eğilimindedirler. Anneler ise hastalıkla ilgili koruyucu tavır göstererek çocuğun bağımsızlığını olumsuz etkilemektedirler. Diyabete uyumda ve tedaviyi üstlenmede çok önemli olan sorumluluk verme davranışının bu tavırla engellendiği literatürde de belirtilmektedir. Koruyucu davranan ailelerin çocukları daha az sorumlu ve diyabet tedavisinde ailelerine daha bağılıdır. Özellikle adolesanlarda, sadece hastalığa yönelik bile olsa bağımsızlaşma çabalarının engellenmesi gencin çevresiyle ilişkilerinin bozulmasına, özellikle anne-babasıyla iyi iletişim kuramamasına neden olmaktadır. (19, 20) Çalışmamızda kızların % 50'sinin, erkeklerin % 45'inin sorumluluk aldığı, kızların % 68.7'sinin, erkeklerin % 45'inin kendine çok güvendiği belirtilmiştir. Bunun dışındaki çocuklar içinde zaman zaman "kendine az güvenme", "bazen sorumluluk almama" bildirilmiştir. Annesi tarafından güvensiz olduğu belirtilen 2, sorumsuz olduğu belirtilen 1 çocuk vardır. (Tablo 33) Bu sonuçlar aslında çocukların potansiyel olarak tedavinin gereklerini üstlenmeye hazır olduklarını düşündürmektedir. Başarısızlık anneye güvenme ve konuyla ilgili becerilerin çocuğa geç kazandırılmasından kaynaklanmaktadır.



Diyabetik çocuklarımızın arkadaş ilişkileri genellikle olumlu ve başarılıdır. Hepsi oyun oynamayı seyirci kalmaya tercih etmekte, grup faaliyetlerine katılmaktadır. Arkadaşları tarafından "diyabetli" oldukları için alay edilen iki çocuğun zaman zaman hırçın hatta bazan saldırgan davrandıkları saptanmıştır. Kardeş ilişkileri değerlendirildiğinde ise, tüm çocuklarda gözlenen, bir ölçüye kadar normal kabul edilen kardeş kıskançlığı bizim grubumuz çocuklarında da belirgindir. Diyabet bazan kıskançlığı arttırıcı bir etken olabilmektedir. Bu sağlıklı kardeşe yönelmiş öfke olarak karşımıza çıkmaktadır.

Besin kısıtlamaları, insülin enjeksiyonları olan çocuk bunları yaşamayan sağlıklı kardeşine öfke duyarken sağlıklı kardeşte, diyabetik çocuğa gösterilen ilgili kıskanabilmektedir. Bizim diyabetik olgularımızdan birinin kardeşine okuldan sürekli şeker getirdiği ve evdeki tatlıları yemesi için kardeşine sürekli tatlı taşıdığı annesi tarafından gözlenmiştir. Bu çocuk, şeker yiyerek diyabetik olunacağını sanmaktadır. Kardeşine karşı bu duygusunu "o da şeker hastası olsun" diyerek, kızdığı bir anda annesine söylemiştir. Ablası diyabetik olan 4 yaşında bir kız kardeşinde, en ufak bir hastalıkta "ablam gibi diyabetik olurum" şeklinde korktuğu annesi tarafından bildirilmiştir. Diyabetik çocukların kırgınlıklarının daha çok besin kısıtlamalarından, kardeşlerinin korkusunda enjeksiyonlardan kaynaklandığı gözlenmiştir.

Arkadaş ilişkilerindeki olumlu tutumun günlük aktivitelere katılımı da sürdüğü görülmektedir. (Tablo 29) Çevreyle ilişkilerin iyi olduğu çocuğun, genellikle kendini meşgul edebildiği saptanmıştır. Oyun dışında televizyon seyretme, kitap okuma, ders çalışma ön sırada yer almaktadır.

Diyabetli çocukların okul başarısı açısından değerlendirilmeleri literatürde değişik bulgularla verilmektedir. Kimi

yazarlar diyabetin okul başarısını düşürdüğünü, uyumu bozduğunu belirtirken, kimi yazarlarda diyabetle ilgili bir etkinin söz konusu olmadığını savunmaktadırlar. (47, 61, 62)

Bazı yazarlar erken yaşlarda başlayan diyabetin, doku lezyonlarına yol açması sonucunda dikkat ve öğrenme kapasitelerinin etkileneceğine dikkati çekmektedirler. (26) Sık sık hastaneye yatma, hipoglisemilere bağlı dikkat yoğunlaştırmada zorluk çekme okul başarısızlığına neden olabilecek diğer faktörlerdir.

Bizim grubumuzda zihinsel yetersizliği düşündüren olgu yoktur. Okul başarısı genelde iyi ve iyinin üstündedir. Olgular bütün olarak ele alındığında, çevresiyle olumlu ilişkiler kurabilen, hastalığı nedeniyle dışlanmayan, fiziksel gerilik, hastalığa bağlı komplikasyonları olmayan çocukların, okul başarısızlığının olmamasında normal kabul edilmelidir. Okuldaki problemin, ara öğünleri alırken ve hastalığın ne olduğunu arkadaşlara anlatırken çıktığı belirlenmiştir. Küçük yaştaki çocuklar ara öğünleri daha rahat almaktadırlar. Birkaç ilkokul çocuğu derste yemek yemeyi "ayrıcalık" olarak algılamakta ve bundan hoşlanmaktadırlar. Gençler bu konuda daha hassas davranmakta, arkadaşlarından ayrıcalıklı olmayı istememektedirler.

Çocukların davranış özellikleri tamamen annenin değerlendirmesiyle araştırılmış, çocuğun sinirli, huzursuz, şımarık, her istediği olsun isteyen, mızımız gibi özelliklerle tanımlandığı görülmüştür. Kronik hastalığı olan çocuklarla yapılan çalışmalar regresyon bilinçdışı mekanizmasının anksiyete ve depresyona bağlı davranışların ön sırada yer aldığını göstermektedir.

Ancak davranışların hangisinin anksiyete, hangisinin depresyonun belirtisi olduğu konusunda literatürde bir fikir birliği

yoktur. Eason ve arkadaşlarının belirttiği gibi yetişkinler için anksiyete veya depresyon belirtisi olan tüm davranışlar "duygusal stres" adı altında birlikte ele alınabilir. (13) Bizim olgularımızda saptanan sorunlar karşısında kolay öfkelenme, hırçınlık, hareketlilik, atılganlık yanısıra kolay ağlama, istediklerinin olması için direnme davranışları da görülmüştür. (Tablo 32 ve Ek 4) Bu davranışların çocuk tarafından belirtilenler Piers-Harris testi bulguları tartışılırken verilmiştir. Belirgin davranış problemleri olan 30 nolu olgu dışında olgularda önemli düzeyde davranış bozukluğunu, uyum problemlerini, alışkanlık bozukluğunu düşündüren özellikler yoktur. Birkaç olguda da isteklerini kabul ettirebilmek için hastalığı kullanma eğilimi saptanmıştır. 12 yaşın üstündeki olgularımız ön adolesans dönemini temsil etmektedir. Bu gençlerin muhtemelen fiziksel değişimle birlikte vücut ihtiyaçlarının artmasının da etkisiyle aldıkları besinleri miktar olarak az buldukları dikkati çekmektedir. Olgular tek tek değerlendirildiğinde ise, daha büyük yaşta-kilerin meslek seçme ile ilgili sorunlarının olduğu bu konuda yapılacak danışmanlıktan yararlanabilecekleri gözlenmiştir.

Çalışmada adolesanın cinsiyeti, yaşı, hastalığın başlangıç yaşı, hastalığın süresi, anne eğitimi gibi değişkenlerin, kendi iğnesini yapma sıklığı bu enjeksiyona tepki, diyete uymada güçlük, diyete tepki, egzersiz uygulamaları ve hastalığını başkalarına söyleme gibi değişkenlerle ilişkileri araştırılmış, testine göre bu değişkenler arasındaki ilişkiler Tablo 34, 35, 36, 37, 38'de gösterilmiştir. Bu değerlendirmelerde anlamlı kabul edilebilecek ilişki çok az değişken arasında bulunmuştur. En yüksek anlamlılık anne eğitimi ile egzersiz yapma arasında saptanmıştır. ( $P = 0.01$ ) Anne eğitimi arttıkça çocuğun egzersiz yapması artmaktadır. Bu bulgu, annenin egzersizin gerekliliğine inanması, çocuğu bu

yönlendirmesiyle ilgili olabileceği gibi, annelerin eğitimlerinin çok farklı olmadığı göz önüne alınırsa, ileri eğitim düzeyindeki annelerin az sayıdaki çocuğunun tümünün egzersiz yapıyor olması bu sonuca neden olabilir. Ayrıca egzersiz uygulamalarında erkeklerin lehine  $P = 0.06$  düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur. Bu bulgu, genelde, kızlardan daha hareketli ve sporla daha ilgili olan erkek çocukların egzersiz uygulamalarına da daha istekli katıldıklarını düşündürmektedir. Hastalığını başkasına söyleme ile yaş arasındaki ilişkide, 12 yaşından küçüklerin lehine anlamlı kabul edilebilecek fark saptanmıştır. ( $P = 0.07$ ) Buna göre ileri yaşlardakilerin hasta olmanın endişesiyle başa çıkamamaları ve inkar mekanizmasıyla diyabetlerini gizleme eğiliminde oldukları düşünülebilir. Değerlendirmelerde gruplara düşen olgu sayısının az olması da güvenilir sonuçlar almamızı engellemiş olabilir. Ayrıca tüm değişkenlerin birbirleriyle etkileşimi farklı olduğu için gruplar çok farklı özellikteki bireylerden oluşmuştur. Örneğin yaşa göre yapılan sınıflandırmada diyabetle ilgili davranışlar üzerinde etkin olabilecek hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi gibi değişkenleri sabit tutmak mümkün olmadığı için sonuçların yorumlanması güçleşmektedir. Gereken durumlarda bireysel analizler yapmak daha ayrıntılı bilgi toplamak için verimli bir yol olabilir.

Olguların psiko-sosyal durumu ile davranışları arasında bir ilişkinin var olup olmadığını saptamak amacıyla da iki grup oluşturulmuştur. Birinci grup aile arkadaş ilişkileri ve okul başarısı puanlarının toplanmasıyla elde edilmiş, psiko sosyal durum PSD olarak isimlendirilmiştir. İkinci grup ise kendi enjeksiyon yapma sıklığı, enjeksiyona tepki, diyetle uyum, diyetle tepki, egzersiz yapma ve diyabetini söyleme değişkenlerinden alınan puanların toplamıdır. Bu diyabete uyum puanı da DUP olarak isimlendirilmiştir.\* PSD ve DUP

---

\* Bu grupların oluşturulma şekli ve alınabilecek maksimum puanlar yöntem değerlendirme kısmında verilmiştir.

değerleri her olgu için tek tek hesaplanmış ve bunların ortalamaları alınmıştır. PSD puanı grup ortalaması 17.24, standart sapması 3.28'dir. DUP puanı ortalaması 17.83, standart sapması ise 3.77'dir. İki grup puanlar arasındaki ilişkiye bakılmış ve psiko-sosyal durumla (PSD), diyabete uyum puanı (DUP) arasında korelasyon 0.48 olarak saptanmıştır. Bu korelasyonun anlamlılık seviyesi 0.004'dür. Bu sonuç diyabete uyumu iyi olan çocuğun psiko-sosyal uyumunun da iyi olduğu şeklinde yorumlanabilir. İki grup ortalaması, ayrı puanlamalar kullanıldığı için karşılaştırılamamaktadır. Ancak PSD  $\mp$  Standart Sapma, DUP  $\mp$  Standart Sapma alındığında grup içinde uyumu en fazla ve en düşük olanları saptamak mümkündür. Buna göre grup ortalaması ve standart sapmasının dışında PSD puanı olan 4 kişiden ikisi negatif, ikisi pozitif sapma göstermişlerdir. DUP puanlarının aynı şekilde değerlendirilmesinde ise iki negatif bir pozitif yönde sapma vardır. Yani gruptaki çocuklar diyabete uyma ve psiko-sosyal ilişkiler açısından birbirlerine benzer sonuçlar almışlar, bunlardan ikisinin sosyal uyumda, ikisinin de diyabete uyumda grup değerlerinin altında olumsuz tepkiler gösterdiği saptanmıştır. Grup genelinden daha iyi uyum gösterenlerin sayısı ise diyabete uymada üç, sosyal ilişkilerde ikidir. Daha önceki tartışmalarda belirtildiği gibi ilişkileri en bozuk olan ve diyabet uygulamalarına tepki gösteren çocuğun DUP ve PSD puanlarının en düşük puanlar olduğu görülmektedir. (Tablo 41)  
(Denek No 30)

## PIERS-HARRIS Testi ile ilgili Sonuçlar ve Tartışma

Benlik kavramı açısından grubumuzun özelliklerini saptamak amacıyla test için yaşları uygun olan 32 olguya Piers-Harris Benlik Kavramı Ölçeği uygulanmıştır. Literatürde bu test kullanılarak diyabetik grupla yapılan çalışma çok azdır. Ancak değişik benlik kavramı ölçekleri kullanılarak değerlendirmeler yapılmıştır. (1, 4, 12, 24, 27, 29, 36, 57)

Jacobson ve arkadaşları 1986 ve 1987 yıllarında yaptıkları iki ayrı çalışmada Coopersmith Benlik Kavramı Envanterini (The Coopersmith Self-esteem Inventory) kullanmışlar, diyabetik olmaya bağlı benlik kavramında farklılık olmadığını göstermişlerdir. (27, 29)

Rosenberg Benlik Kavramı Skalasını (Rosenberg scale of self esteem) kullanan Kellerman, kronik hastalığı olan adolesanlar ile sağlıklı adolesanlar arasında benlik kavramı açısından önemli fark bulamamıştır. Aynı şekilde bu testi kullanarak, diyabetik adolesan kızlarla, sağlıklı adolesan kızları karşılaştıran Sullivan'da iki grup arasında fark olmadığını belirtmektedir. (36, 57)

Adams kronik hastalığı olan gençlere Piers-Harris benlik kavramı ölçeğini uygulamış ve kronik hastalığı olan gençlerde yüksek benlik kavramı düzeyi saptamıştır, benzer sonuç Anderson'un diyabetik adolesanlarla yaptığı uygulama sonuçlarında da görölmektedir. (1, 4)

Bu iki çalışmada kıyaslama değeri olarak kullanılan Piers Harris'in bildirdiği norm 51.8 ortalama puandır. Bu puana göre bizim grubumuzdaki tüm deneklerin aldığı benlik kavramı puanı da (58.5) bu değerden yüksektir. Anderson ayrıca farklı yaşlardaki çocuklar ve kızlarla erkekler arasında fark olmadığını bildirmekte, Adams bu testin stres ölçümü için

uygun olduğunu belirtmektedir. ( 1) Simonds'un Piers-Harris testiyle yaptığı çalışmada da Hb A<sub>1c</sub> seviyeleri yüksek ve düşük olanlarda benlik kavramı farklılığı görülmemiştir. (56)

Biz çalışma grubumuzu cinsiyete ve hastalık süresine göre iki ayrı kriter için değerlendirdik. Gruplardaki olgu sayısının az olması nedeniyle değerlendirmede Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Grup özellikleriyle ilgili bilgiler Tablo 40, 41'de gösterilmiştir. Yapılan değerlendirmelere göre kız ve erkekler arasında benlik kavramı bakımından fark bulunamamıştır. Bu sonuç Anderson'un bulgularıyla aynıdır. Diyabet süresinin uzun veya kısa olmasının benlik kavramını etkileyip etkilemediğini görmek amacıyla diyabeti 2 yıl ve daha kısa süre önce, saptanmış olanlarla 2 yıldan uzun süredir diyabetik olanlar karşılaştırılmış, bu açıdan da iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır..

Piers-Harris testi itemlerinin tek tek ele alınması ve cevap anahtarına göre beklenen cevaplarla karşılaştırılması sonucu, "Öğretmen derse kaldırınca heyecanlanıyorum", "Genellikle kendi dediklerimin olmasını isterim", "Sinirli biriyim", "Oyunlarda ve sporda başı ben çekerim", "Çabuk kızarım", "Çok okurum" itemlerinde olguların % 50'den fazlasının beklenenden farklı yanıt verdiği görülmektedir. Beklenenden farklı yanıt verme çocuğun benlik kavramı puanının düşmesine neden olur. Ayrıca çocukların bu itemlerde beklenenden farklı yanıt vermeleri bu konularda kendileriyle ilgili algılarının olumsuz olduğu şeklinde yorumlanabilir. Olguların yarısına yakın kısmı ise, "Genellikle çekingenim", "Sınavlardan önce heyecanlanıyorum, korkuyorum", "Parlak fikirlerim vardır", "Müzikte iyiyim", "Gözlerim güzeldir", "Kardeşlerime sataşırım", "Sık sık üzülür meraklanırım", "Evde hep benimle uğraşırlar", "Bir grupla çalışmaktansa tek başıma çalışmaktan hoşlanırım" itemlerine beklenenden farklı yanıtlar vermişlerdir.

Bu bulgular annelerin çocukları tanımlamalarıyla benzerlik göstermektedir. Test de yer alan mutluluk, fiziksel imaj, okul başarısı, arkadaş ilişkileriyle ilgili sorularda çocukların çoğunluğunun olumlu düşündükleri görülmektedir.





## VI. SONUÇLAR

Jüvenil Diyabetli çocuk ve gençlerin psiko-sosyal durumları ve diyabetle başa çıkmada karşılaştıkları problemleri saptamak amacıyla yaptığımız çalışmada, olguların aile yapıları ve sosyo-ekonomik düzeyleri benzerdir.

Arkadaş ilişkileri, oyun ve aktivitelere katılımları yaş dönemi özelliklerine uygun olup belirgin problem yoktur. Hastalık nedeniyle okul başarısızlığı ve devamsızlık saptanmamıştır. Tüm olguların okula ilgileri fazla, başarıları iyi ve iyinin üstündedir.

Anne ve babalarıyla ilişkilerinde önemli zorluklar olmamasına karşın, babaların tedaviye çok az katıldığı, annelerin tedavide asıl sorumluluğu yüklenen kişi oldukları saptanmıştır. Babalar sıklıkla çocuğu şımartma eğilimi göstermişlerdir. Anneler ise koruyucu davranmakta, diyabet tedavisi ile ilgili sorumlulukları çocuğa bırakmamaktadır. Bu aşırı koruyucu tutum, bu gibi kronik hastalıklarda sıklıkla görülen suçluluk duygusundan kaynaklanabileceği gibi, annenin üstlendiği fazla sorumluluğun yarattığı sıkıntıyı gizlemeye yönelik bir savunma mekanizması olabilir. Tedaviye babanın da katılımının sağlanmasının, sorumluluğun paylaşılmasının bu duyguların hafiflemesinde faydalı olabileceği savunulabilir.

Olguların ayrıntılı değerlendirilmesi, diyabetle başa çıkamada belirgin problem olmadığını göstermiştir. Yaş dönemi özelliklerine göre normal kabul edilebilecek şekilde adolesansın başlangıç döneminde diyet uygulamaları ile ilgili problemler gözlenmiştir. Çocukların çoğunluğu insülin enjeksiyonlarını yapabilecek bilgi ve beceridedir. Ancak uygulamada asıl sorumluluğun annede olması dikkat çekicidir: Özellikle adolesans çağındaki olguların hastalıklarını arkadaşlarına anlatmada güçlük çektiği gözlenmiştir. Olguların genel davranış özelliklerinin değerlendirilmesinde, annelerin tanımlamalarıyla, çocukların kendileri hakkındaki düşünceleri benzerdir. Yaş, cinsiyet, diyabetin başlama yaşı, diyabetin süresi ve anne yaşının diyabet uygulamaları ve bu uygulamalara gösterilen tepkilerle ilişkileri anlamlı fark göstermemiştir. Özellikle yaş dönemlerine, diyabet başlangıç yaşına ve diyabet süresine göre yapılan değerlendirmeler grupların az sayıda denekten oluşması nedeniyle böyle sonuçlanmış olabilir.

Piers-Harris benlik kavramı testine göre 12 yaşından küçüklerle, 12 yaşından büyüklerin benlik kavramı düzeyleri anlamlı farklılık göstermemektedir. Hastalık süresi 2 yıldan kısa olanlarla, hastalık süresi 2 yıldan uzun olanlar arasında da benlik kavramı düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur.

Uygun çevresel şartlarda yetişen yaşa göre normal gelişim gösteren çocukların diyabet tedavisine katılımlarında iyi olmaktadır. Tüm olgularda hastalıkla ilgili bilgi düzeylerinin iyi olduğu, uygulamadaki eksikliğin olumsuz aile tutumundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Özellikle çocuk yetiştirme tutumlarının ve ana-babanın olgunluk düzeyinin saptanması uygulamadaki aksamaların ortadan kaldırılması için yardımcı olacak önemli unsurlar olarak gözlenmektedir. Yapılacak

çalışmalarda bunların araştırılması ve danışmanlık hizmetlerinde bu konuların dikkate alınmasının diyabete uyumda önemli katkısı olabilir.

Çalışmamızda tüm olguların tedaviyle ilgili bilgi düzeylerinin iyi olması, poliklinik takipleri sırasında muntazam verilen eğitimin çok faydalı olduğunu düşündürmektedir. Gerektiğinde uygulamalara yer verilmesi özellikle adolesanların aktif katılımıyla yapılacak toplantılar, geçiş döneminde gözlenen gecikmenin ortadan kaldırılmasına yardımcı olabilir. Ayrıca görüşmeler sırasında hem anne hem de çocuklar hastalıkla ilgili soru sorabilmelerini sağlayan böyle bir olanaktan memnun olduklarını belirtmişlerdir.

## VII. ÖZET

Ölkemizdeki Jüvenil Diyabetli çocuk ve gençlerin tanımlandığı çalışmaların azlığı nedeniyle planlanan bu çalışmaya İstanbul Oniversitesi Çapa Çocuk Hastanesi, Büyüme Gelişme ve Endokrinoloji Polikliniğinden takip edilen Jüvenil Diyabet tanısı konmuş 16 kız ve 20 erkek 36 çocuk alındı.

Çalışmada psikolojik görüşme yöntemi ve Piers-Harris benlik kavrama ölçeği kullanıldı. Görüşmelerde çocuğun psiko-sosyal durumu ve diyabetle ilgili tutum ve tepkileri saptandı. Bu nedenle önceden hazırlanmış yarı-yapılandırılmış görüşme formu kullanıldı. Benlik kavramı düzeylerini ölçmek amacıyla basılı olarak hazırlanmış Piers-Harris testi çocuklar tarafından dolduruldu.

Tüm verilerin değerlendirilmesinde çocukların çevreleriyle ilişkilerinde ve diyabetle başa çıkmada önemli güçlüklerinin olmadığı saptandı. Yaş, cinsiyet, diyabetin başlangıç yaşı, diyabet süresi gibi değişkenlerin tedavinin uygulanmasında etkin olmadığı saptandı. Psiko-sosyal uyumla diyabete uyum arasında olumlu ilişki saptandı.

Piers-Harris testine göre diyabetik çocukların yaşa ve hastalık süresine göre, benlik kavramı düzeylerinde farklılık bulunamamıştır. Yapılan görüşmelerde, anne-baba çocuk

yetiştirme tutumlarının ve anne-babanın olgunluk düzeyinin hastalığı kabullenme ve tedaviyi uygulamada önemli olabileceği gözlenmiştir.

Bu çalışma bize diyabet gibi kronik bir hastalığın uygun çevre ve yetiştirme şartlarında önemli sorunlara yol açmadan kabul edilip, tedavisinin yapılabileceğini, diyabetik çocuğun öncelikle gelişim dönemlerine göre desteklenmesi gerektiğini gösterdi.



## KAYNAKLAR

1. Adams J.A., Weaver S.J. : "Self-esteem and Perceived Stress in Young Adolescents with Chronic Disease", Journal of Adolescent Health Care Vol. 7 pp. 173-177, 1986.
2. Ahlfield J.E., Soler N.G., Marcus S.D. : "Adolescent Diabetes Mellitus: Parent/Child Perspectives of the Effect of the Disease on Family and Social Interactions" Diabetes Care Vol. 6:4 pp. 393-398, 1983.
3. Allen L., Zigler E. : "Psychological Adjustment of Seriously Ill Children." Journal of the American Academy of Child Psyciatry, 25:5; 708-712, 1986.
4. Anderson B.J., Miller J.P., Auslander W.F., Santiago J.V. : "Family Characteristics of Diabetic Adolescents: Relationship to Metabolic Control." Diabetes Care, Vol. 4, 586-594, 1981.
5. Barnett D.M. : "Adolescence Complicated by Diabetes", Clinical Diabetes Mellitus, (Ed) George P.Kozak, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1982.
6. Behrman R.E., Vaughan V.C. : Nelson Textbook of Pediatrics, 13 Edition W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1987.
7. Brewster A.B. : "Chronically Ill Hospitalized Childrens Concepts of Their Illness", Pediatrics, Vol: 69:3, 1982.
8. Buhlmann V., Fitzpatrick S.B. : "Caring for an Adolescent With a Chronic Illness", Primary Care, Vol: 14:1, 1987.
9. Cerreto M.C., Travis L.B. : "Implications of Psychological and Family Factors in the Treatment of Diabetes", Pediatric Clinics of North America, Vol: 31:3, 689-709, 1984.
10. Citrin W., Tapp J.T., Wine H.E. : "Diabetes Counseling Issues: The Patient and The Family", Pediatric and Adolescent Diabetes Mellitus, (Ed) Stuart J. Brink 369-390, Year Book Medical Publishes, Inc., U.S.A. 1987.
11. Çataklı M. : Translateral Equivalence and Reliability of the Turkish Version of the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale, Basılmamış Lisans üstü tezi, Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul, 1985.

12. Çuhadaroğlu Ç.F. : "Gençlerde benlik saygısı ile ilgili bir araştırma" XXI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Çukurova Tıp Fakültesi Adana-Mersin, 1985.
13. Doğanay M. : "Kronik Hastalığı Olan Çocukların Hastalığa ve Hastaneye Yatmaya Tepkileri", Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Tıp Fak. Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İstanbul, 1988.
14. Ekşi A. : "Gençlerimiz ve Sorunları", İst.Üniv. Yayın No: 2790. Mediko Sosyal Yayın No: 1, Nazım Terzioğlu Mat.Araş.Merkezi Baskı Atölyesi, İstanbul, 1982.
15. Erdoğan S. : "Jüvenil Diabetes Mellitus Olgularında Hasta ve Ailesine Uygulanan Eğitimin, Hastalığın Kontrolü Üzerine Etkinliği", Basılmamış Doktora Tezi, İst.Tıp Fak. İstanbul, 1984.
16. Erikson E.H. : "İnsanın Sekiz Çağı", Birey ve Toplum Yayınları, Ankara, 1984.
17. Flexer Z., Faiman G., Halachmi N.B., Karp M., Galatzer A. Laron Z. : "Knowledge on Nutrition of Juvenile Diabetics", Nutrition and the Diabetic Child, Pediat. adolesc.Endocr. Vol:7, pp, 177-180, (Karger, Basel 1979)
18. Fonagy P., Moran G.S., Lindsay M.K.M., Kurtz A.B., Brown R. : "Psychological adjustment and diabetic control", Archives of Disease in Childhood, 62, 1009-1013, 1987.
19. Ginott H.G. : "Siz ve Gençler", Çev: Ç S engöz, N.İskit, Redhouse Yayınevi, İstanbul, 1979.
20. Ginott H.G. : "Siz ve Çocuğunuz", Çev: N.İskit, N.Günay, Redhouse Yayınevi, İstanbul, 1980.
21. Goldman H.H. : "Review of General Psychiatry", Lange Medical Publications, Los Altos, California, 1984.
22. Grossman H.Y. : "The Adolescent With İnsülin-Dependent Diabetes Mellitus Psychological Considerations", in Pediatric and Adolescent Diabetes Mellitus, (Ed) Stuart. J.Brink, Year Book Medical Publishes Inc. 139-149, U.S.A. 1987.
23. Hauser S.T., Pollets D. : "Psychological Aspects of Diabetes Mellitus: A Critical Review", Diabetes Care, Vol. 2:2, 1979.
24. Hoffman R.C., Guthrie D., Speelman D., Childs L. : "Self-Concept Changes in Diabetic Adolescents", in Psychological Aspect of Diabetes Children and Adolescents, (Ed) Laron Z., Pediat.adolesc. Endocr. Vol. 10, pp.32-38 (Karger, Basel 1982)

25. Holmes D.M. : "Diabetes in Psychosocial Context", Joslin's Diabetes Mellitus, (Ed) A.Marble, L.O.Krall, R.F.Bradley, A.R.Christlieb, J.S.Soeldner. Lea & Fabiger, Philedelphia, 12<sup>th</sup> Ed., 1985.
26. Ingersoll, G.M., Orr D.P., Herrold A.J., Golden M.P. : "Cognitive maturity and self-management among adolescents with insülin - dependent diabetes mellitus", The Journal of Pediatrics, Vol, 108:4, 620-623, 1986.
27. Jacobson A.M., Hauser S.T., Wertlieb D., Wolfsdorf J.I., Orleans S., Vieyra M. : "Psychological Adjusment of Children With Recently Diagnosed Diabetes Mellitus", Diabetes Care, 9: 323-29, 1986.
28. Jacobson, A.M. : "Current Status of Psychosocial Research in Diabetes", Diabetes Care, 9:546-48, 1986.
29. Jacobson A.M., & at all : "Psychologic predictors of compliance in children with recent onset of diabetes mellitus", The Journal of Pediatrics, Vol: 110, 805-11, 1987.
30. Jersild A.T. : Gençlik ve Psikolojisi, 3.Basım, Çev: N.Özgür Tahiloğlu Matbaacılık ve Ambalaj San. İstanbul, 1978.
31. Jersild A.T. : Çocuk Psikolojisi, Çev: Gülseren Günce, Ankara Univ. Eğitim Bilimleri Fak., Eğitim Araştırmaları Merkezi Yayınları, Ankara, 1983.
32. Johansson E., Larsson Y., Ludvigsson J. : "Social Adaptation in Juvenile Diabetes", Acta Pediatr Scand., Suppl. 275: 85-87, 1979.
33. Johnson S.B., Pollak R.T. & at all : "Cognitive and Behavioral Knowledge About Insülin-Dependent Diabetes Among Children and Parents", Pediatrics, 69: 708-713, 1982.
34. Josse J.D., Challener J. : "Liaison psychotherapy in a hospital peadiatric diabetic clinic", Archives of Disease in Childhood, 62: 518-522, 1987.
35. Kaufman R.V., Hersher B. : "Body image changes in teenage diabetics", Pediatrics, 48: 123, 1971.
36. Kellerman J., Zeltzer L., Ellenberg L., Dash J., Rigler D. : "Psychological effects of illness in adolescence I.Anxiety, self - esteem, and perception of control", The Journal of Pediatrics, Vol. 97: 126-131, 1980.
37. Köknel Ü., Bostancı N. : "Diyabetlilerde Psiko-sosyal Durumlar", Tıp Fak.Mecm. 43: 292-297, 1980.
38. Köknel Ü. : Kaygıdan Mutluluğa Kişilik, Altın Kitaplar, İst., 1982.



39. Laron Z., Galatzer A. : "Psychological Aspects of Diabetes in Children and Adolescents", Pediatric and Adolescent Endocrinology Vol: 10: (Karger, Basel), 1982.
40. Lavigne J.V., Traisman H.S., Marr T.J., Chasnoff I.J. : "Parental Perceptions of the Psychological Adjustment of Children with Diabetes and Their Siblings", Diabetes Care, 5: 420-26, 1982.
41. Levin M.E., Recant L. : "Diabetes and the Environment", Arch. Environmental Health, 12: 621-630, 1966.
42. Marrero D.G., Fremion A.S., Golden M.P. : "Improving Compliance With Exercise in Adolescents With Insulin-Dependent Diabetes Mellitus, Results of a Self Motivated Home Exercise Program", Pediatrics, 81: 519-525, 1988.
43. Marrero D.G., Lau N., Golden M.P., Kershner A., Myers G.C. : "Family Dynamics in Adolescent Diabetes Mellitus Parental Behavior and Metabolic Control", Psychological Aspects of Diabetes in Children and Adolescents (Ed) 2.Laron, Pediat.Adolesc.Endocr., Vol. 10 pp. 32-38, (Karger, Basel, 1982.
44. McCraw R.K., Travis L.B. : "Psychological Effects of a Special Summer Camp on Juvenile Diabetics", Diabetes, 22: 275-78, April, 1973.
45. Newbrough J.R., Simpkins C.G., Maurer H. : "A Family Development Approach to Studying Factors in the Management and Control of Childhood Diabetes", Diabetes Care, 8: 83-92, 1985.
46. Neyzi O., Koç L. : Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Cilt II, Bayde Yayın Dağıtım A.Ş., İstanbul, 1985.
47. Üztürk N., Levent B., Onal M., Üzer G. : "Jüvenil Diyabetlilerde Uyum Sorunları ve Ruhsal Bozukluklar", XXI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Bilimsel Çalışmaları, Çukurova Üniv. Adana-Mersin, 1985.
48. Piaget Jean : Genetik Epistemoloji, Çocukta Ruhsal ve Zihinsel Gelişme Birey ve Toplum Yayıncılık, Ankara, 1984.
49. Pollack S.E. : "Human Responses to Chronic Illness: Physiologic and Psychosocial Adaptation", Nursing Research, Vol. 35: 90-95, 1986.
50. Pond Helen : "Parental Attitudes to ward Children with Chronic Medical Disorder: Special Reference to Diabetes Mellitus", Diabetes Care, 2: 425-31, 1979.
51. Popkin M.K., Callies A.L. : "Psychiatric Consultation to Inpatients With "Early-Onset" Type I Diabetes Mellitus in a University Hospital", Arch. Gen. Psychiatry, 44: 169-171, 1987.

52. Pophin M.K., Callies A.L., Lentz R.D., Colon E.A., Sutherland D.E.: "Prevalence of Major Depression, Simple Phobia and Other Psychiatric Disorders in Patients With Long-Standing Type I Diabetes Mellitus", Arch.Gen.Psychiatry, 45: 64-68, 1988.
53. Rosch, Paul J. : "Stress and Illnes", JAMA, Aug. Vol: 242: 427-428, 1979.
54. Sandström, C.I. : Çocuk ve Gençlik Psikolojisi, Çev: Refia Şemin - Uğurel, İst. Üniv. Edebiyat Fak. Yayınları, İstanbul, 1982.
55. Schafer L.C., Glasgow R.E., McCaul K.D., Dreher M. : "Adherence to IDMM Regimens: Relationship to Psychosocial Variables and Metabolic Control", Diabetes Care, 6: 493-498, 1983.
56. Simonds J., Goldstein D., Walker B., Rawlings S. : "The Relation ship Between Psychological Factors and Blood Glucose Regulation in İnsülin dependent Diabetic Adolescents", Diabetes Care, 4: 610-15, 1981.
57. Sullivan B.J. : "Self-esteem and Depression in Adolescent Diabetic Girls", Diabetes Care, 1: 18-22, 1978.
58. Sümbüloğlu K., Sümbüloğlu V. : Biyoistatistik, Çağ Matbaası, Ankara, 1987.
59. Tevfik Z. : Diabetes Mellitus Hastalarının Psikolojik Açidan İncelenmeleri, Basılmamış Doktora Tezi, Cerrahpaşa Tıp Fak. İst. 1982.
60. Turpoğlu, Aysin : Boy Kısaliğı Gösteren 13-17 Yaş Arası Çocuklarda Benlik Kavramı, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İst.Tıp Fak. Çocuk Sağliğı Enst. İstanbul, 1988.
61. Weitzman M., Walker D.K., Gortmaker S. : "Chorinc Illness, Psychosocial Problems, and School Absences", Clinical Pediatrics, 25: 137-141, 1986.
62. Wishner W.J., Young R.M. : "Psychosocial Issues in Diabetes", Diabetes Care, 1: 45-48, 1976.
63. Yörükoğlu, Atalay : Çocuk Ruh Sağliğı, 4.Basım, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, Ankara, 1982.
64. Yörükoğlu, Atalay : Gençlik Çağı Ruh Sağliğı ve Ruhsal Sorunları, 3.Basım, Türkiye İş Bankası Yayınları, Ankara, 1986.
65. Zeltzer L., Kellerman J., Ellenberg L., Dash J., Rigler D. : "Psychologic effects of Illness in adolescence II. Impact of Illness in adolescents-crucial issues and coping styles", The Journal of Pediatrics, 97: 132-138, 1980.

EK TABLO 1

IDDM SONUCU PSİKOLOJİK KRİZ DÖNEMLERİ (W.CITRİN) 19 (48)

1. Şok ve inkâr : Aile teşhise inanmaz, tavsiyelere uymaz, randevulara gelmez.
2. Kızgınlık - öfke : Aile ve hasta doktora kızar, gücenir. Doktor doktor dolaşır. Ailenin diğer bireylerine kızgınlık ve gücenme duyar
3. Pazarlık - Hastalığın geçeceğini ümit etme : Aile ve hasta insülini verir ama gerekli kan şekeri deneylerini yapmaz, rejim planına uymaz, doktor randevularına gecikmeli olarak gelir.
4. Depresyon : Aile ve hasta normal aktiviteler ile ilgisini kaybeder, yaşlılarından, akrabalarından kaçır, ümitsiz olduğu için hastalık hakkında birşey öğrenmez.
5. Kabul etme ve uyum : Aile ve hasta duyguları hakkında açıkça konuşur, birbirlerini destekler, yeni bilgiler öğrenmeye başlar, hastalığa uygun biçimde yaşantıyı düzenlemeye başlar.

EK TABLO 2

GENEL BİLGİ LİSTESİ

Adı Soyadı :

D.Yeri :

D.Yılı/Yaşı :

Cinsiyet : K E

Hastalığın Başlangıç Yaşı :

Okul/Sınıf :

Hastalık Yaşı :

Kaçıncı Çocuk :

Adres :

Tel No :

	Yaşı	Tahsili	İşi	Diyabetik olup olmadığı	Başlangıç Yaşı
Anne					
Baba					
Kardeşler 1					
(cinsiyet) 2					
3					

Anne baba arasında akrabalık varmı?

Yakın akrabalarda diyabetik varmı?

EK TABLO 3

YARI-YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

a) Psiko-sosyal Durum Değerlendirmesi

Görüşme sonu verilen puanlar

I. Aile ilişkileri	Çok iyi	iyi	fena değil	kötü
Anne-Baba	4	3	2	1
Anne-Çocuk	4	3	2	1
Baba-Çocuk	4	3	2	1
Kardeşler-Çocuk	4	3	2	1
Çocuk Arkadaş ilişkileri	4	3	2	1

II. Okul Durumu

- a) Devam ediyorsa  
Başarısı?  
- Başarısız  
- Normal  
- Çok başarılı
- b) Mezunsa  
Neden  
Okumadı?
- c) Devam Etmiyorsa  
Neden?
- d) Sene kaybı var mı? Neden?
- e) Derslere ilgisi  
iyi Orta Kötü
- f) Öğrenme güçlüğü var mı? Açıklayınız?

III. Kişilik Özellikleri

IV. Vücut Algısı

- a) Olumlu algılıyor  
b) Beğenmediği yanları var  
c) Hiç beğenmiyor

V. Günlük Aktivitelere Katılımı :

VI. Gelecek ile ilgili Düşünceleri :

VII. Hastalık Sonrası Değişen Özellikleri :

**b) Diyabete Uyumun Değerlendirilmesi**

**1. Hastalığın ilk belirtileri nelerdir?**

- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| a) Çok su içme           | h) Karın ağrısı              |
| b) Çok yeme              | ı) Deride yaralar            |
| c) Sık idrara çıkma      | j) Vulvada kaşıntı           |
| d) Gece/Gündüz işemeleri | k) Ağız kuruluğu             |
| e) Halsizlik             | l) Davranış bozukluğu        |
| f) Kilo kaybı            | m) Başarı ve dikkatte azalma |
| g) Bulantı, kusma        | n) Görme kusuru              |

**2. Hastaneye baş vuru şekli**

- a) Klinik belirtiler  
b) Koma  
c) Diğerleri

**3. Hastalık öncesi hastalık ve önemli bir sorun varmı?  
Varsa açıklayınız?**

**4. Hastanede yatma sayısı ve süreleri**

- 1) 2) 3) ...)

**5. Koma ; Var Yok Sayısı :**

**6. Ailenin teşhise ilk tepkileri nelerdir?**

**7. Tedavi : - İlk kim üstlendi**

- Çocuğun tedavideki rolü nedir?
- Annenin tedavideki rolü nedir?
- Babanın tedavideki rolü nedir?
- Yardımcı olan diğer kişiler varmı?

**8. Enjeksiyonu kim yapıyor?**

**9. Enjeksiyon yaparken sorun çıkıyor mu? Çıkıyorsa nedir?**

**10. Diyeti kim düzenliyor? Çocuk diyetini biliyor mu?**

**11. Diyete uymada karşılaşılan zorluklar nelerdir?**

12. Çocuk egzersiz yapıyor mu, ya da fiziksel aktivitelerin diyabet kontrolünde etkili olduğunu biliyor mu?
13. Çocuk diyabetik olduğunu başkalarına söylüyor mu?
14. Tedavide uyulması gereken kurallar içinde en zor gelen nedir?







EK TABLO 4 (Devam)

Anne Tarafından Tanımlanan Çocuğun Davranış Özellikleri	Cins.		Denek No	Yaş	Sayı	%	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
	K	K																	
	K	K																	
Sinirli, huzursuz	44.4	16						+											+
Şımarık, istedikleri olsun ister	50.0	18	+				+					+							+
Hırçın, kolay kızar	41.6	15	+				+					+							
Mızımız, çabuk ağlar	22.2	8	+				+							+					+
Hareketli, atılgan	25.0	9					+												
Uysal, Neşeli, Sakin	11.1	4							+							+			
Güvensiz	5.5	2																	
Sorumluluk almaz	2.8	1																	
Çekingen	5.5	2																	
Kavgacı	2.8	1																	
Duygusal	13.9	5											+						+

EK TABLO 4 (Devam)

Anne Tarafından Tanımlanan Çocuğun Davranış Özellikleri	Cins.		%	Denek No	Yaş	Sayı	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E			
	No	Sayı																			
	25	12.7																			
Sinirli, huzursuz		16	44.4				+												+		
Şımarık, istedikleri olsun ister		18	50.0				+													+	
Hırçın, Kolay kızar		15	41.6				+													+	
Mızımız, çabuk ağlar		8	22.2				+													+	
Hareketli, atılgan		9	25.0				+													+	
Uysal, Neşeli, Sakin		4	11.1				+													+	
Güvensiz		2	5.5				+													+	
Sorumluluk almaz		1	2.8																	+	
Çekingen		2	5.5																	+	
Kavgacı		1	2.8																	+	
Duygusal		5	13.9																	+	