

40909

T.C.
İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

DİYABET HASTALIĞININ ÇOCUK VE ADOLESANA PSİKOLOJİK ETKİLERİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Yüksek Lisans Tezi

Sevil YILMAZ
Çocuk Sağlığı ve Eğitim
Uzmanı

Tez Yürütücüsü
Prof. Dr. Aysel EKŞİ

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANİZASYON MERKEZİ

İstanbul

TEŐEKKÜR

Yaptığım tez çalışması sırasında tezimle yakından ilgilenen ve her aşamasında yardımını esirgemeyen tez yürütücüm Sayın Prof. Dr. Aysel EKŞİ'ye sonsuz teşekkürler. Bu programı açarak bu dalda yüksek lisans yapmama imkan veren sayın Prof. Dr. Olcay NEYZİ'ye ve veri toplamam esnasında gösterdikleri iyi niyet ve yardımdan dolayı Sayın Prof. Dr. Nurçin SAKA'ya, Endokrinoloji bölümü çalışanlarına, bulguların değerlendirilmesinde gösterdiği destekten ötürü Uzman Psikolog Reyhan BAHÇIVAN'a sonsuz teşekkürler.

ÖZGEÇMİŞ

1969 yılında Köln-Almanya'da doğdu. İlk ve Orta eğitimini Basınköy'de, Lise eğitimini ise Bakırköy Kız Meslek Lisesinde aldı. Hacettepe Üniversitesi, Ev Ekonomisi Yüksek Okulu, Çocuk Sağlığı ve Eğitimi bölümünde Lisans eğitimini tamamladı. 1 yıl yuva öğretmenliği yaptıktan sonra, 1991 yılında İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü , Ana Çocuk Sağlığı Yüksek Lisans eğitimine başladı. Bunun yanı sıra Zihinsel Özürlü çocuklara eğitim veren bir okulda eğitici olarak çalışmaktadır.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
I ARAŞTIRMACININ AMACI	1
II ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER	4
A. Diyabet Hastalığı Hakkında Genel Bilgi	
1. Diyabet nedir	
2. Diyabet Hastalığında Klinik Bulgular	
3. Diyabet Hastalığının Tedavi ilkeleri	5
a) Diyet	6
b) İnsülin	
c) Egzersiz	
d) Eğitim	7
e) Düzenli kontrolün önemi	
B. Diyabet Hastalığının Psikososyal yönü	9
1. Diyabet Hastalığının Oyun Çağı Çocuğuna Etkileri	13
2. Diyabet Hastalığının Okul Çağı Çocuğuna Etkileri	15
3. Diyabet Hastalığının Adolesana Etkileri	19
C. Diyabet Hastalığının Çocuk ve Adolesanın Ailesi Üzerine Etkileri	26
D. Çalışmamızda Kullanılan Achenbach Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği Konusunda Bilgiler	29
III. MATERYAL VE YÖNTEM	34
A. Olgular	
B. Yöntem	

1. Çocukların Davranışlarını Değerlendirme ölçeği (ÇDDÖ)nin uygulaması	35
2. Diyabetli Çocuklarda Dosyaların Taranması	
C. Yapılan İşlemler	36
IV. BULGULAR	38
A. Hasta ve Kontrol Gruplarının Sosyo Demografik Bulguları	
B. Hasta ve Kontrol Gruplarına Uygulanan Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) Bulguları	41
1. Sosyal Yeterlilik İle İlgili Bulgular	
2. Davranışla İlgili Bulgular	49
3. Diyabetli Grupta Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları	54
a) Yaşın Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği Skorlarına etkisi	
b) HbA ₁ C'nin Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği Skorlarına etkisi	55
c) Puberte Yaşının Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği Skorlarına etkisi	56
4. Diyabetli Grupta İlk Boy ve Son Boy SD leri ile İlk Kilo ve Son Kilo Ölçümlerinin Karşılaştırılması	
V. TARTIŞMA	57
VI. ÖZET	63
KAYNAKLAR	64
EK	68

ARAŐTIRMANIN AMACI

Her çocuk, içinde bulunduğu duruma göre değişmek üzere, hastalıktan az veya çok etkilenir. Bu etki çocuğun yaşı, kişiliği, geçmiş yaşantıları, o anda içinde bulunduğu koşullar, hastalığın türü, şiddeti, süresi ve onun yaşantısında yarattığı değişim gibi çok çeşitli etkene bağlı kalarak farklı boyutlardadır (4,5,6,10,11,13,14).

Hemen her hastalıkta uyku ve iştah bozuklukları görülür. Çocuklar büyüklerden farklı olarak hareketlerinin kısıtlanmasından da rahatsızlık duyarlar. Kısa süreli bile olsa bedenine ve kişiliğine karşı olan tüm zorlamalar, çocukta huzursuzluk, huy değişimi, endişe, korku, okul başarısında azalma, panik, suçluluk duyguları yaratabilir (4,9,11,18).

Diyabet hastalığı gibi kronik bir hastalık ise onu ömür boyu çeşitli kısıtlamalarla yaşamak zorunda bırakabilir (20).

Çocuk ve adolesanda gelişim sırasında bir dönemden diğerine geçmenin getirdiği psikolojik ve fizyolojik değişikliklere bir de diyabet gibi kronik bir rahatsızlığın eklenmesi, başka sorunların doğmasına yol açabilir. Ya da onun sosyal ve psikolojik gelişimini engelleyebilir.

Diyabetik çocuk ve adolesanların sağlıklarını sŸrdŸrebilmeleri için koroner yetmezliği, retinopati, nefropati gibi komplikasyonların önlenebilmesi ya da geciktirilmesi gŸnlŸk insŸlin gereksinimleri, egzersiz ve diyet arasındaki dengelerin korunması gerekir. Bunun sağlanabilmesi için kendileri veya aileleri tarafından kan veya idrar Ÿekerinin gŸnde birkaç kez lŸlmesi, gŸnlŸk insŸlin iğnelerinin yapılması, çocukların diyet kısıtlamalarına uymaları ve egzersizi eksik bırakmamaları gerekmektedir (5,24). Çocuklar, baŸka sağlıklı çocuklarda tanık olmadıkları bu gibi önlemlerin olağandışı niteliklerini kolayca farkederler. Bunlar çocukları gŸcendirebilir (3,5,21).

Diğer yanda diyabetin varlığı tŸm aile için de uyum krizine yol açabilir. Tanı konmasından itibaren artık ocuk ve aile çoğu kez uyum gerektiren çok eŸitli problemlerle karŸ karŸya gelirler. Bu nedenle aileye ve hasta çocuğa hastalıkla ilgili bilgi verilmesi ve becerilerin kazandırılması bŸyŸk önem kazanır (4,6,11,25).

Kısaca diyabet hastalığının tedavisinde baŸarılı olabilmek için iyi bir eğitim Ÿarttır. Bunun için hasta grubunu tanımak ve zorluklarını saptamak gerekir (11).

GeliŸmiŸ Ÿlkelerde diyabet hastalığının ocuk ve adolesan Ÿzerine olan etkileriyle ilgili pek çok araŸtırma yapıldığı, yayın taramalarından grŸlmektedir (2,3,5,12,16,18,21,23,25,27,30).

Ÿlkemizde diyabetik hasta gruplarında diyabet hastalığının psikolojik etkilerini ortaya çıkarma amacı ile yapılmıŸ olan alıŸmalar azdır (6,7,9,10). Bu alandaki boŸluđu kısmen de olsa gidermek amacı ile diyabetli ocuk ve adolesanlardan bir grup Ÿzerinde diyabetin psikolojik etkilerini incelemek amacı ile bu alıŸma dŸzenlenmiŸtir.

Bu çalışmada İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Büyüme Gelişme ve Endokrinoloji Bilim Dalı Polikliniğinde diyabet tanısı ile tedavi gören 77 hasta çocuk ve adolesana Achenbach Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği uygulanmış, elde edilen bulgular aynı hastanenin genel polikliniğine, diyabet dışı başka nedenlerle başvuran 80 hasta çocuğa uygulanan test bulguları ile karşılaştırılmıştır. Ayrıca diyabetli çocuk ve adolesanların hastane dosyaları taranarak diyabet teşhis tarihleri, son boy ve kilo ölçümleri, HbA₁C değerleri ve fiziksel gelişimlerine ait bulgular elde edilmiş; böylece fiziksel sağlık durumları ile davranışları arasındaki ilişkiler araştırılmıştır.



ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

A- Diyabet Hastalığı Hakkında Genel Bilgi

1. Diyabet Nedir?

Diyabet hastalığı, insülin salgılanmasının tam veya kısmi eksikliği ya da değişik derecede insülin direnci sonucu oluşan karbonhidrat protein ve yağ metabolizması bozukluğudur. Etiolojisi, hastalığın ilerleyişi ve tedaviye verdiği yanıt bakımından hastalık çeşitlilik gösterir. Bu farklılıklar nedeni ile tek bir entite olmayıp, bir sendrom olarak tanımlanır.

2 Diyabet Hastalığında Klinik Bulgular

Tip 1 diyabet, insülin eksikliğine bağlı metabolik düzensizliğin en belirgin olarak geliştiği diyabet tipidir. Diyabetes Mellitusta metabolik bozukluğun primer nedeni olan insülin eksikliğinin yanı sıra, epinefrin, kortizol, büyüme hormonu ve glukagon salgılanmasında artış olur. Böylece glükozun periferde utilizasyonu azalır, karaciğerde glikogenoliz ve glükoneogenez artar sonuçta hiperglisemi ortaya çıkar. Kan

glükoz düzeyi, böbreğin maksimal reabsorbsiyon kapasitesini aştığında, glükozüri meydana gelir. Bunun sonucunda osmotik diürez (poliüri) gelişir. Böylece sıvı ve elektrolit kaybı artar. Susama hissi ile polidipsi (aşırı su alımı) görülür. Diyabet hastalığı, kilo kaybı, Merkezi Sinir Sistemi (MSS) depresyonu, koma gibi belirtilerle ortaya çıkar.

Kısaca özetlersek hastalıkta, poliüri (idrar çokluğu), polidipsi (çok su içme, aşırı susama), polifazi (fazla yeme), kilo kaybı klasik semptomlardır. Poliüri ve polidipsi nedeni ile seconder enuresis görülebilir. Yorgunluk ve letarjiye sık rastlanır. Tedavi edilmeyen durumlarda kusma, ağızda aseton kokusu, karın ağrısı, dehidratasyon, şuur bulanıklığı ve ardından koma görülür (16).

Tıbbi tedavi ve bakımın temelini uygun dozda insülin ve yaşa uygun diyet verilerek karbonhidrat metabolizmasını dengede tutmak, ketoasidozu ve hipoglisemiye önlemek, normal gelişmeyi sağlamak, dejeneratif komplikasyonları önlemek oluşturur. Bu nedenle hasta çocuğun tedavi programı; insülin enjeksiyonları, dengeli diyet ve egzersiz uygulamalarını içerir.

3.Diyabet Hastalığının Tedavi İlkeleri

Diyabet hastalığının tedavi ilkeleri; diyet, insülin kullanımı, egzersiz programları, eğitim ve düzenli kontroldür. Tüm bunların amacı bireyin yapısına uygun büyüme ve gelişmesini sağlamak, hastalığın beraberinde getirebileceği komplikasyonları önlemek ve oluşabilecek psikososyal bozuklukları engellemektir.

a) Diyet

Diyabetli çocuk için diyet, normal bir çocuğun yaşına ve ihtiyaçlarına göre alması gereken karbonhidrat miktarından farklı şekilde düzenlenir. Buna göre şekerli gıdalar kısıtlanır, diğer gıdalar da miktar açısından sınırlı fakat öğün adedi; üç ana ve üç ara öğün olmak üzere arttırılmıştır. Öğün saatlerinin, verilen insülinle birlikte en uygun metabolik kontrolü sağlayacak biçimde ayarlanması gerekir (23).

Adolesans yada genç yetişkinlik çağında, yemek planının düzenlenmesinde gözönünde tutulması gereken önemli noktalardan biri, onun fazla kilo almasını önlemektedir (23).

Her çocuk ve adolesan için beslenme programı onun durumuna göre özel hazırlanmalıdır.

b) İnsülin

Kan glüköz düzeyini normal sınırlar arasında tutmak, diyabet tedavisinin en önemli amacıdır. İnsülin tedavisi derialtı injeksiyonu yoluyla uygulanır, insülin derialtı yoluyla genel dolaşıma karışır.

c) Egzersiz

Diyabetli çocuk yada adolesan belli zamanlarda egzersiz yapmalıdır. Aşırı hareket yaptığı zaman, hipogliseminin gelişmemesi için uygun besinler alması gerekir. Hergün bisiklete binme, yüzme gibi aktiviteleri varsa, bunlar beslenme uzmanına bildirilmeli ve böylece diyetle kalori ayarlaması yenilenmelidir.

d) Eğitim

Diyabet hastalığında hasta ve ailenin eğitimi, tedavinin anahtarı niteliğindedir. Doktor ve beslenme uzmanı, eğitim programına başlamadan önce anne ve babalara hastalık kadar beslenmenin de önemli olduğunu anlatmalıdır (23).

Verilen eğitim çocuğun yaşına, ana baba ve çocuğun kavramaya ait becerisine uygun olmalıdır. Eğitim şekli o aile için en iyi anlaşılacak düzeye getirilmeli, basit, açık ve yalın bir dil kullanılmalıdır (23).

Hastaya ve ailesine verilen eğitim en genel anlamda insülin ayarlamalarının, kan ve idrara ait glüköz ölçümlerinin nasıl yapılacağını kapsamalı, diyabetli çocuklarda beslenme konusunun önemi vurgulanmalı, onlara diyetle ilgili bilgiler kazandırılmalıdır (11,23,25).

Terapik ölçüm ve insülin kullanımı, egzersiz programı, diyabetin gerektirdiği diyet kısıtlamaları ile birleşince hastanın hastalığa karşı psikolojik tepkiler geliştirmesine neden olabilir. Bu nedenle eğitim, çocuğun ve ailenin psikolojik yardım ve desteğini de içerir.

e) Düzenli Kontrolün Önemi

Hastanın düzenli olarak hastaneye gelmesi gerekmektedir. Bu kontrollerde çocuğun büyüme ve gelişmesi izlenir, genel sağlık kontrolü, kan ve idrar şekeri ölçümleri yapılır. Hastalığın gidişine göre kontroller sık yada aralıklı planlanır. Ayrıca bu kontrollerde göz, damar, kas sistemi ile ilgili oluşabilecek komplikasyonlar da kontrol edilir.

Diyabet hastalığı sonucunda hastaların % 16 sında körlük, % 12 sinde kangren, % 10 unda hipo ve hiperglisemiye bağlı olarak sürekli rahatsızlık olacağı tahmin edilmektedir.

Hastane kontrollerinin amacı hastalığın gidişini gözlemek, diyet ve insülin uygulamalarında gerekli ayarlamaları yapmaktır.

Bu kontrollerde HbA₁C değerlerine bakılması hastalığın gidişiyile ilgili bilgi edinmeyi sağlar. Kandaki HbA₁C düzeyi eritrosit yaşamı boyunca olduğundan, 2-3 ay önceki integre kan glüköz düzeyini gösterir. HbA₁C ölçümü, günlük olarak gerçekleştirilen idrar ve kan testlerinden farklı olarak metabolik kontrolün göstergesidir (19,24). HbA₁C düzeyi eritrosit yaşamı boyunca ortalama kan glüközünü yansıtır. Diyabetik olmayan bireylerde HbA₁C değeri normalde 4-6 arasında değişir. Total glükolize olmayan HbA₁C ölçüldüğünde bu değer % 5,6-7,6 arasındadır. Diyabetli hastaların iyi tedavi olmaması durumunda HbA₁C yüksektir (19).

Diyabet hastasında hipoglicemia gibi, ciddi bir durumda karşılamak her zaman söz konusu olabilir. Kan şekerinin hızla düşmesi, vücutta gelişen tepki genelde titreme, açlık hissi, yersiz hareketler ve bulanık görüntü şeklindedir. Zihinsel yetersizlik ve acı çekme görülür. Saatlerce sürerse hipoksiye benzer hasar oluşabilir.

Çocuklarda sürekli hiperglisemi, yetişkin çağında o çocukta kısa boyluluğa yol açabilir.

Tip I insüline bağımlı diyabet (IDDM) hasta çocuk ve ailelerine, bakıcılarına öğretmenlere, sağlık görevlilerine çeşitli sorunlar getirmektedir. Bu nedenle metabolik dengenin korunması yanı sıra, hastalığa bağlı olarak psikolojik dengesinde

sağlanması büyük önem kazanır.

B. Diyabet Hastalığının Psikososyal Yönü

Diyabet hastalığı ile gelişiminde psikolojik etmenlerin rolü üzerinde uzun süre durulmuştur. Hatta 1684 yılında Thomas Wilis, hastalığın uzun süreli üzüntüye bağlı olduğunu yazmıştı (5,21).

Çağımızda pekçok araştırmacı diyabet hastalığının psikososyal yönünü ve hasta kişilerin psikolojik tepkilerini incelemişlerdi. Buna göre diyabet gibi hastalıkların başlangıcında, genelde diğer hastalıklarda gösterilene benzer tepkilerin varlığına işaret edilmiştir. Bunlar uyum bozuklukları, anksiyete, depresyon, kızgınlık, diğer insanlardan kaçma, günlük işleri yapmada isteksizlik gibi çok çeşitli tepkiler olabilir (6,3,10). Enüresis, yorgunluk veya koma durumunun ortaya çıkması ile hasta çocuğun ya da adolesanın tepkileri daha büyük boyutlara ulaşabilir.

Yapılan çalışmalar göstermiştir ki, yeni teşhis konmuş bir hasta ve ailesi, başlangıçta, genellikle kendilerini ya da başkalarını suçlama eğilimindedir (21); bazı hastalar ise tekrar sağlıklı olmak için bir anlamda doktorlarla pazarlık yapma çabasındadır (3). Örneğin bildirilen bir vakada 13 yaşındaki bir çocuk, hastalığının masturbasyon yapmasına ceza olarak verildiğine inanmakta idi, masturbasyon yapmayı bırakırsa, tekrar sağlıklı olabilmesi koşuluyla-Tanrıyla- adeta pazarlık yapıyordu (18).

Normalde önemli gelişim dönemeçlerinde meydana gelebilecek olağandışı olaylar, çocuğun psikolojik, fiziksel ve sosyal gelişimini yavaşlatır. Bu nedenle, diyabet

hastalığının gelişmekte olan bir çocuğun fiziksel olgunluğunu, sosyalleşmesini ve çevreye uyumunu dolaylı da olsa etkileme olasılığı vardır (5).

Çocuk ve gençlerin hastalıktan etkilenme düzeyleri onların hastalığa yakalanma yaşı, cinsiyetleri, psikososyal olgunlukları içinde buldukları koşullar gibi pek çok etkene bağlıdır (6,5,10).

Diyabet hastalığına çocukların ve ailelerin gösterdiği psikolojik tepkiler genellikle beş bölümde incelenmektedir.

- I. Dönem:** Şok, inkar dönemidir. Aile çoğunlukla teşhise inanmaz, tavsiyelere uymaz.
- II. Dönem:** Kızgınlık, öfke dönemidir. Aile ve hasta, başta doktorlar olmak üzere, sağlık personeline kızgınlık duyar, bir anlamda gücenir.
- III. Dönem:** Pazarlığın yapıldığı ve hastalığın iyileşeceğini ümit etme dönemidir. Örneğin hasta insülin iğnelerini yaptırır, ama diyeti tam uygulamaz. Randevulara sürekli gelmez vb.
- IV. Dönem:** Depresyon gelişebilir. Hasta ümitsizlik içindedir. Normal aktiviteler ilgisini çekmez. Yaşlılarından kaçır.
- V. Dönem:** Kabul etme ve uyum dönemidir. Aile ve hasta birbirini destekler. Yeni bilgiler öğrenmeye başlarlar. Yaşantılarını hastalığa göre düzenlerler.

(3,21).

İnsanın normal yaşamında yemek, içmek hayati bir ihtiyaç olması yanısıra onlar için aynı zamanda önemli bir zevk kaynağıdır. İnsanlar kendilerine zevk veren yemeyi ve içmeyi bir zorunluluk olmadıkça kısıtlamak istemezler (3,21,30).

Bu nedenle diyabetli insanlar, hayat boyu sürececek ve hayatlarını tehdit edecek boyuttaki bir hastalığa yakalandıklarını duymaktan ve kendilerine zevk veren yiyeceklerin de kısıtlanması ile bunun hergün hatırlatılmasından dolayı kendilerini kötü hissederler (3).

Metabolik kontrolleri iyi olsa dahi, çocuğun psikolojik sağlığı yerinde değilse bu hastanın sağlıklı bir uyum yapmış olduğunu söyleyemeyiz (5). Depressif belirtiler gösteren veya ileri düzeyde içine kapanık olan bir hastanın büyük bir olasılıkla ruhsal yaklaşıma veya tedaviye ihtiyacı olacaktır.

Daha öncede sözü edildiği gibi, diyabet hastası ve ailesi, diyabetin başlangıç yaşı, süresi ve hastalığın düzeyinden de etkilenmektedir. Bunu ortaya koyan çeşitli araştırmalar yayınlanmıştır (4,6,11,14). Örneğin Lavigne, 6-16 yaş grubunda 41 diyabetik çocuk ve kardeşlerini, psikolojik uyum açısından incelemek amacı ile rutin pediatrik kontrolleri yapılan, 35 çocuk ile eşleştirmiştir (6).

Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği (6-11), (12-16) yaşlarındaki kız ve erkeklerde ayrı ayrı uygulandığı zaman, diyabetli erkek hastalarda davranış problemlerinin, hastalığın süresine bağlı olarak artma eğiliminde olduğu görülmüştür.

Diğer bir araştırmada, insüline bağımlı diabetes hastalığının başlangıç dönemindeki 57 çocuk üzerinde 18 ay boyunca çalışmalar yapılmıştır (19).

13-15 ve 9-12 yaş grubu olmak üzere iki ayrı gruba ayırarak yapılan çalışmada, daha büyük yaştaki çocukların, daha küçük yaş grubuna göre diyabet hastalığı ile ilgili yasaklara ve tedavi kurallarına daha az uyum gösterdikleri bulunmuştur. Bu sonuçlar şöyle yorumlanmıştır: Gelişim açısından, 13-15 yaş grubundaki çocuğun özellikleri, 9-12 yaş grubundaki çocuğun gelişim özelliklerinden farklıdır. Normalde 13-15 yaş grubundakiler, beden gelişimi, cinsellik ve ebeveynlerden bağımsız olma konuları ile daha çok ilgilenirler. Bu dönemdeki diyabet hastalığı onun ebeveynlerden bağımsız olma, okulda otoriteyle savaşıma ve arkadaşları ile yeni ilişkiler arayışı dönemine rastlamıştır. Bütün bu sorunlar, adolesanın diyabetik bakımını etkileyerek, diyabetle ilgili sorumlulukları yerine getirmesini engelleyebilir (19).

Jacobson ve arkadaşları, kronik rahatsızlığı olmayan, başka nedenlerle hastaneye başvurmuş bir grup çocukla, Juvenil diyabetli bir grup çocuğu karşılaştırmış, bu iki grup arasında benlik saygısı, kendini yönetme, sosyal ilişkiler açısından fark bulamamışlardır. Yazarlar diyabete uyumda kişilik özelliklerinin ve sosyal ilişkilerin, yaş ve cinsiyet gibi demografik özelliklerden daha önemli olduğunu belirtmişlerdir (19) .

Kişiliklerin gelişiminden sonra son adolesans döneminde hastalığı ortaya çıkanlarla, gelişim sırasında hastalanan çocuklar karşılaştırıldığı zaman, birinci durumdaki gençlerin, genellikle içe dönük, ikinci durumda ise saldırgan olduğu saptanmıştır (30).

Diyabet hastalığı ve diyabetik hastaların kişiliği hakkında dış ülkelerde özellikle 1930-1960 yılları arasında pek çok araştırma yapıldığı için, yabancı literatürde son 50-60 yıldır bu konuda çok veri bulunur. Bu çalışmalardan çıkan

genel sonuç; diyabetiklerin psikolojik sorunlarının hayli çok olduğu şeklindedir. Bu nedenle diyabetli olanlara, diyabetin belli sınırlarına rağmen, olabildiğince normal yaşamayı ve normal davranmayı öğretebilmek, okul ve toplum baskısını azaltmak hiç kuşkusuz hastalığa daha kolay uyum sağlamaları açısından büyük önem kazanır (3,12).

Öyle ise çocukların, dış dünyayı farklı yaşlarda farklı olarak algıladıkları gözönüne alınarak, diyabet hastalığının etkisi, her yaş grubu için burada ayrı ayrı incelenmiştir:

1. Diyabet Hastalığının Oyun Çağı Çocuğuna Etkileri

3-6 yaş dönemi; çocuğun motor ve zihinsel yeteneklerinde hızlı gelişmenin olduğu dönemdir. Bu dönemde çocukta hareket, öğrenme tutkusu ve oyun egemendir.

Çocuk toplumsal ilişkilere yönelik davranışlar geliştirmeye ve giderek daha bağımsız davranmaya başlar. Süperman, Dağın Kralı gibi oyunlar ile çocukta "ben de yapabilirim" duygusu baş gösterir. Fiziksel gelişimde vücut ve kas kontrolü gelişir. Bilgilenmeye ve oyun öğrenmeye başlar. Kuralların, düzenin ve ilişkilerin keşfedildiği sırada "hak ve haksızlık" gibi kavramlar oluşmaya başlar (8).

Bu dönemde, diyabet hastalığı olan çocuk, diğerlerinin kendisinden farklı olduğunu farkedebilir, ya da vücudundan bir parça kaybetme korkusu taşır veya bazı enjeksiyonların amacını da yanlış yorumlayabilir. Bütün bunların sonucunda diyabetli çocuk gece kabus görmeye başlayabilir, fobi gelişebilir (3,5); ya da hastalığın doğrudan

etkisi olan çeşitli rahatsızlıklara huzursuzluk, kuvvetten düşme, neşesizlik, uyku ve iştah bozuklukları eklenir (6,10).

Oyun çağı, çocuğun en hareketli olduğu dönemdir. Bu dönemde çocukların alacağı kalori miktarını ayarlamak oldukça zordur. Diyabetik çocukların rejimlerini ayırıcı bir faktör olarak düşündüklerini gözönüne alırsak, anaokuluna devam eden diyabetik çocukların kendilerini yaşlılarından farklı hissetmesi okul devamsızlıklarının artmasına neden olabilir (3,23).

Küçük çocuk, henüz gerçeği hayalden ve rüyadan ayırt edemediği için rüyasında gördüğü, hayalinde işlediği bazı suçlar kendisine gerçek gibi gelir. Bu nedenle hastalığın getirdiği ağrı ve diğer sıkıntılar onda suçluluk duyguları yaratabilir, hasta olmayı çoğu kez bir cezalandırılma olarak algılar (8).

Teşhis sonrası, çocuklar da tıpkı anne babalar gibi, olaya neden aramaya başlarlar (5). Diyabet teşhisi yeni konmuş çocuklar ile yapılan bir çalışmada, 4 yaşındaki bir çocuğun "Ben babama bağırdım. Ve o bana iğne yaptı, bir daha ona hiç bağırmadığım halde hala iğne yiyorum." sözü çocukların hastalığın sıkıntılarına bir neden arama çabasını aksettirmektedir (5,21).

Anne ya da babadan gün içindeki ayrılıklar çocukta güvensizlik hissine yol açar. Çocuk diyabetik olduğu için genellikle daha bağımlıdır. Bu nedenle diyabetik çocuk, anne babadan ayrılıklarda, normal çocuklardan daha yoğun bir terkedilme korkusu yaşayabilir (3).

Hastaneye yatış, çocuğun bağımlılığında artışa, arkadaş problemlerine ve uyum sorunlarına yol açabilir. Çocuğun aileden ayrılarak hastaneye yatmasının çocuk

üzerinde büyük stress yarattığı bilinmektedir (11).

Fiziksel açıdan yetersiz kalma duygusu, çocuğun kararsız kalmasına ve incinmesine yol açar. Bu faktörler güvensizliği pekiştirir (3).

Oyun çağında, hastalığın yol açtığı yoksunluklar, hareketlerin kısıtlanması veya engellenmesi de çocuklarda sıkıntı yaratır, hatta olumsuz davranışların gelişmesine neden olabilmektedir (11).

Normalde, tüm insanlar hissetikleri huzursuzluk ve çaresizlik duyguları karşısında, bazı bilinçdışı savunma mekanizmaları geliştirirler. Çocuklar endişelerden kurtulmak için bu bilinç dışı savunma mekanizmaları arasından en fazla regresyona yönelir, örneğin bir önceki döneme gerilemişçesine bebekleşirler (7,9,10,11,28).

Bu nedenle, hastalanan çocukların, eski normal davranışlarını değiştirdikleri gözlenmiştir. Hastalık nedeni ile annenin yardımı çocuğa haz sağlar. Yetişkinlerin, çocuğu rahat ettirebilmek için, aşırı ilgi göstermeleri ve üzerine titremeleri, çocuğun bebekleşmeyi sürdürmesine yol açabilir (3,6,10).

Kısaca, hasta çocuk yakın çevresinden aldığı tepkilere ve hastalığının durumuna göre içe kapanık, bağımlı ve endişeli kişilik geliştirebilir (6,11).

2. Diyabet Hastalığının Okul Çağı Çocuğuna Etkileri

Okul çağında 6-12 yaş bilişsel gelişim hızla ilerler. Çocukta neden sonuç ilişkisi ve soyutlama yetisi gelişmektedir.

Çocuk daha mantıklı ve girişimcidir; problem çözmeye için mantıksal işlem

kullanma yeteneği kazanmalıdır; hayal dünyası ile ölüm ve tanrı gibi soyut kavramları ayırtedebilir; değişik uğraşlara yönelir. Böylece öğrenme merakı yanında sosyal ilişkileri de önem kazanmağa başlar. Yavaş yavaş belirli kişileri mutlu etmek yerine, kurallara uymaya da yönelir; davranışlarını kendi kuralları doğrultusunda yönlendirir. Bu dönem, aileye bağımlılığın göreceli biçimde biraz daha azaldığı bir dönemdir.

Öyleyse keşfetme ve bağımsızlığına yeni alışma dönemindeki çocuk için, hastalığını anlamak ve diyabetin getirdiği yükümlülükleri yerine getirmek hayli zordur. Çocukta hastalığın etkileri yetişkinlere oranla daha belirgindir.

Yaşlılarından farklı ya da hiç iyileşmeyecek uzun süreli bir hastalığa sahip olma bilinci, yalnız hastada değil, diyabetlinin yakın çevresindeki herkes üzerinde genellikle büyük bir etki yaratır (3,6,25).

İnsüline bağımlı yaşama, belirli zamanlarda belli şeyleri yapmayı gerektiren bir programa bağlı olma, istediğini yiyememe gibi hastanın ve ailesinin yaşantısına kısıtlamalar getiren bir hastalığın önemi, göz ardı edilmemelidir (25).

Okul çağından önceki dönemlerde, hasta çocuk kendi davranışının hastalığa yol açtığı şeklinde kendini suçlarken, daha büyük çocuk hastalığı dış etkenlere bağlamaktadır. Ancak hastalığın kaynağı ile vücuda etkisi arasında bağ kuramaz (21).

Ancak daha ileriki dönemlerde çocuk hastalığın kendi vücudu içerisindeki bir problem olduğunu öğrenir. Vücudun iyileşme gücünün farkına varır. Ve kendine düzenli bakım uygulayarak, hastalığın kötüye gitmesini engelleyebilir.

Çocuk için yaşlılarının onu kabul etmesi, kendisine olan saygının sürekli var

olması çok önemlidir. Bunlara ek olarak diyabetin getirdiği sorumlulukları yerine getirmesi gerekmektedir. Bu üçünü dengeleyebilmek çocuk için oldukça zordur (2,3,20,29).

Hastalığın yol açtığı bu ve benzeri sıkıntı ve endişeler karşısında, tıpkı küçük çocuklar gibi, okul çocukları da bilinç dışı savunma mekanizmalarına sığınabilirler. Bunlardan en yaygın olanları, regresyon ve inkardır (3,6,7,9,11). Buna göre örneğin bilinç dışı kendini korumak amacıyla farklılığını inkar edebilir; okulda diyetinde yasaklanmış tatlıları yediği, ara öğünleri atladığı görülebilir. Hipoglisemi belirtilerini reddetme, hastalığını ihmal etme sık görülür. Bu tür çabalar tedavi yaklaşımını ters etkiler. Glukoz seviyesinin çok yüksek ya da çok düşük olduğu durumlarda bu kez yetişkinin ilgisi ve dikkati çocuk üzerinde yoğunlaşır (2,3,20,29).

Bir başka deyişle, bilinç dışı hastalığını reddetme davranışı, hastanın durumunu ağırlaştırmakta, bu da yetişkinin ilgisinin artmasına neden olmaktadır (20).

Çocuk, bu dönemde, hastalıktan sekonder kazançlar elde edebilir. Bunun sonucu olarak her istediğini yaptırma, saldırganlık, tedaviyi reddetme eğilimi ve durumundan devamlı yakınma kendini gösterebilir (3).

Ya da çocuk, kendisini diğerlerinden farklı duruma getiren rejimini arkadaşlarından saklama eğilimi gösterir. Bu durumda en bilinen tepki, çocuğun ikram edilen yiyecekleri yer gibi görünüp saklaması ya da gerçek olmayan sebeplerle reddetmesidir. İlkokula giden çocuklar anaokulu çocukları gibi diyabetleri ortaya çıkınca, okulda almaları gereken ara yemeklerini bırakmışlardır. Yaş büyüdükçe başkalarından farklı görünme endişesi ile beslenme saatlerinin gözardı edilmesi, daha

belirgin hale gelmiştir (21,30). Çünkü bu dönemdeki çocuk için önemli olan konu akran desteği ve arkadaşlarına ayak uydurabilmelidir (19,21)

Çocuklar genellikle, ilk yılın rahatsız edici duygularını daha sonra oyunlarına katarak ortadan kaldırmada uzmanlaşırlar. Genellikle bu çocuklar arkadaşlarını çağırıp şırıngalarını ve diğer aletlerini gösterirler. Bazı çocuklar, diyabetik olmayan arkadaşlarına, kan şekerini ölçme hakkı tanımışlardır (18).

Okul çağında sorumluluk verilmeyen, aşırı koruyucu ve kollayıcı tutumla yetiştirilen çocukların psikososyal uyumları zorlaşmaktadır. Bu durum, çocukların akran ilişkilerini olumsuz etkileyebilir (11).

Kural olarak, erken ve orta çocukluk döneminde çocuğa çevresine uyum sağlama ve aile içinde bağımsızlık kazandırılması çok önemlidir (20).

Diyabetik çocuğu olan ailede, çocuğun sorumlulukları ile anne babanın sorumlulukları arasında, daha düzenli bir denge oluşması büyük önem kazanır. Genelde bu durumlarda, anne babalar, çocuğun tedavisinde daha büyük sorumluluk üstlenirler. Bu ise çocuğun aile içinde bağımsızlığını kazanmasını güçleştirir. Bu yıllarda çocuğun adale ve duygu kontrolünü kazanması, dünyayı öğrenebilmesi, kendi yeterliliğine güvenebilmesi önemlidir. Başarılı diyabet kontrolünde, "ben yapabilirim" duygusu da önemlidir, öğretilmelidir (5,21). Bir hipoteze göre, kontrolü sağlamada, olumlu sonuçlarla karşılaşan çocuklar, hastalığından dolayı, "ben yapamam" diyenden daha iyi olur. Bu dönemlerde, şeker hastalığının özellikleri ve dikkat edilmesi gereken noktaların öğrenilmesinin zamanıdır (5).

Kronik hastalığı olan çocuklarda okul başarısını saptamak amacı ile çeşitli

araştırmalar yapılmıştır. 11 değişik kronik hastalığı olan, 270 ocuk üzerinde yapılan bir araştırmada, bu çocukların okula devamsızlık oranı genel ortalamadan yüksek, okul başarıları ise genel başarı ortalamasından düşük bulunmuştur; başarı düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (3).

3. Diyabet Hastalığının Adolesana Etkileri

Fiziksel büyümenin çok hızlandığı ve seks karakterlerinin geliştiği adolesans dönemi, gencin beden imajı ve cinsel kimliğini algılaması bakımından önemlidir. Gencin bu dönemde, ebeveynleri ile zaman zaman sürtüşmeleri olabilir, bu nedenle ailesinin ve kendisinin beklentilerine ters düşen davranışlar sık sık denenebilir. Duygusal ve fiziksel değişimler çabuk moral değişimleri yaratabilir. Büyüyen ve gelişen genç bir yandan genital olgunlaşmanın getirdiği sorunlar, diğer yandan ileriye ait erişkin rolünün belirsiz oluşu ile ilgilenmeye başlamıştır. Bu ilgi, onu kendi kimliğini bulmaya itecektir. Bilime ilgi duyar, öğrendiklerini seei mesleğe uygulama yeteneğini de geliştirir (4,10,29).

Ergenlikteki fizyolojik değişiklikler sırasında çocuğun dikkati ve enerjisi kendine dönüktür. Adolesan kendi bedeninde meydana gelen değişiklikleri çoğu kez kendi bedenine yabancılaşma olarak duyar. Artan hormon üretimi ile beraber seksüel kabiliyetteki değişim ve kısmen seksüel özelliklerin ortaya çıkması, genç kişi ve başkaları tarafından farkedilir (16).

Ergenlik ağındaki kişi kendini farklı hissetmeye ve farklı görünmeye

başladığında, heyecan verici bir takım işlevsel değişikliklerle karşılaşır. Seksüel dürtüler, yeni veya şiddetli duygular olarak tanımlanır. Sosyal çevre ve yaşlılarından gelen baskı, ilk gençlik çağındaki kişileri, kendilerindeki seksüel oluşumları görmeye teşvik eder. Bu geçiş dönemi; heyecan verici bir dönem olarak geçebileceği gibi korku ve uygun davranışları seçebilme, kişisel çekicilik ve kabul görme konusundaki endişelerle ve korkularla dolu olarak geçebilir (16).

Sosyal değişikliklere ek olarak, ergenlik çağındakiler zihinsel yetilerle ilgili bir çok önemli değişikliğe uğrarlar. Ergenlerin soyut düşünme becerileri gelişir. Varsayıma dayalı düşünce, bugünkü olaylara bağlı olarak, gelecekte olabilecek bir çok alternatif için tahminde bulunma yeteneği ve başkalarının görüşlerini anlama yeteneği sergiler. En önemlisi ergenin, kendi kendisinin ilgi odağı haline gelmesidir. Artık, kendisi ve çevre hakkında büyük bir düşünme ve tahminde bulunma yeteneğine sahiptir (16). Kendine sorduğu başlıca sorular "Ben ne olacağım?", "Sınırlarım nelerdir?" gibi sorulardır (16).

Adolesan kendi kendini keşfetme döneminde ailenin, adolesanın geleceği ile ilgili olarak verdiği kararları ve uzun vadeli planları kendine baskı şeklinde algılayabilir (11).

Bu ergenin kendini ve kim olduğunu anlamaya başladığı ve gelecek ile ilgili planlar yapmaya hazır olduğu zamanda daha da belirginleşir (5). Ergen, anne-baba, kardeş arasında da değişim ortaya çıkar. Bunlar; aile içi davranış, giyim kaideleri, özgürlük, sorumluluk, kurallar ve diğer sınırlandırmalara kadar uzanabilir (5,16).

Ergen ile ailenin değer yargıları geliştiğinde veya ergenin olgun görüntüsü,

ebeveynlerce, kendilerine karşı bir davranış olarak algılandığında çatışma gelişir. Bu süre hem çocuk hem de ebeveyn için zor olabilir (3).

Bu dönemde, ana babadan ayrılma ve bağımsızlık gereksinimi, akranları ile daha kuvvetli bağlılık ve dostluk ilişkisi isteği kendini göstermektedir (3,5,21).

Kısaca, bu dönem pek çok sağlıklı adolesan için de, karışıklık ve sıkıntı içerebilir.

Adolesans döneminde, özel sorunlar yaratan ve özel bir yaklaşım gerektiren hastalıkların başında diyabet gelir. Bu adolesans çağına giren genç için çok daha büyük problemler yaratmaya başlar (3,10).

Adolesanlarda diyabetin ilk belirtileri genellikle üzüntüdür. Yapılan bir araştırmada diyabet teşhisi konan 7 ergen hasta teşhise ilk anda inanıp inanmaksızın hayatları boyunca, böyle bir durumda karşı karşıya kalmanın şokunu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hastalığın ölümcül olmadığını, uzun süre yaşamaya elveren bir durum olduğunu bilmek, hastaların kendilerini iyi hissetmelerine neden olur. Yetişkinlerde olduğu gibi pek çok ergende çaresizlik duygusu ve kaygı teşhisten sonra ortaya çıkar (3).

Diyabetli gençlerin oluşturduğu gençlik grubu toplantılarında, teşhis sırası korkular, kabullenme, reddetme, kızgınlık, suçluluk, mükemmel olamama gibi sorunlar tartışılır. Böylece diyabetli ergenler, benzer problemlerini paylaşırlar. Diyetin getirdiği sıkıntılar sonucu gencin yaşadığı yalnızlık hissi, kör olma, bacağına kaybetme gibi diyabet sonucu oluşabilecek komplikasyonlarla ilgili endişeleri tartışmaları çok önemlidir. Grup toplantıları sırasında bir gencin bir

yaşı tarafından uyarılmasını, ebeveyn ya da doktor tarafından uyarılmasından, daha iyi karşıladığı gözlenmiştir (3,11,15).

Ergenlik döneminde gençler için bağımsızlık önemlidir; fakat diyabetin gerekleri nedeniyle aileye bağımlılıktan kurtulamazlar (4). Genç diyabetin yönetimini tam olarak ele almadıkça sürekli bir bağımlılık söz konusudur (16,20).

Diyabet hastalığı bireyin fiziksel gelişimini etkilediği için, diyabetik olmayan ergen ile kıyaslandığında, diyabetli ergenin gelişiminin geri kaldığı görülür. Açıktır ki, IDDM ile birleşmiş olarak karşımıza çıkan pek çok paradoks vardır. Bu hastalığın, gerek hastanın, gerek hastaya bakmak zorunda olan kişilerin duygularını zedeleyen birçok yönü vardır. Hiperglisemi veya hipoglisemiye sahip hastalar yorgunluk, idrar çokluğu, aşırı su alımı, kilo kaybı, bilinç kaybı nöbet ve koma gibi hoş olmayan tehlikeli tecrübeler geçirebilirler. Bu bulgular, bir çocukta olduğu zaman genellikle çocuk yardım ve destek için başkalarına güvenmek zorundadır. Ergenlik dönemindeki hastalarda ise bu gibi durumlar, kendi kontrolünü yitirme ve kendini bebek gibi hissetme korkusunu uyandırabilir (3). Adolesan, daha bağımsız olmanın yollarını araştırmaya başladığı, başkaları ile ilişki ihtiyacı duyduğu bu duyarlı dönemde insanlar arasında iken, hipoglisemik reaksiyon göstermekten korkar. Bu korku, onun yeni yeni ortaya çıkmakta olan, kişisel imajını zedeleyebilir (3,16).

Hipoglisemi reaksiyon belirtilerini göstermek istemediği için, yüksek bir kan şekerini düzeyini bilinçli olarak sürdürmeye çalışabilir (16,25).

Ergenlik çağındaki diyabetli hastalar üzerindeki birçok çalışma, ebeveynlerin ve sağlık personelinin gösterdiği dikkatten ve sorumluluktan fazlasını adolesanın

üstlenmesi gerektiğini göstermiştir (16).

Bu sorumluluklar gıdalarına dikkat etmek, egzersiz yapmak, doğru miktarda insülin enjeksiyonu ve günlük kan şekeri denetimidir. Bu denetim hastaya iyileşme konusunda harcadığı çabanın sonucu hakkında bilgi verir. Hastanın günlük kontrolleri sadece düşük veya yüksek çıkacak kan şekeri ile güncel sorunları değil, gelecekte oluşacak komplikasyonları da engeller (3,10,16).

Bazı anne babalar çocuklarının kendi bakımlarını üzerlerine almalarının şaşırtıcı derecede rahatlatıcı olduğunu vurgulamışlar ise de (15,21) birçok ailede, genç ile ebeveyn arasında bir savaşım kaçınılmaz hale gelir (20). Veya hem kendi bakımını üzerine almayı isteyen, hem de bu bakımı tamamen üzerine alamayan adolesan bir çatışma içine düşebilir (16).

Diyabetli adolesanın kendine yeterliliği kavramı, onun kendi diyabet bakımını başarı ile yönetebilmesi demektir. Diyabetli hastaların kendi kendine yetip yetemeyeceği konusunda, 1982-1983 yıllarında bir yaz kampında 64 ergenin katıldığı bir çalışmada ergenlerin kendi kendilerine yetebileceği kanıtlanmış; ergenler, kendi kişisel kontrolleri ve hastalığın üstesinden gelme konusunda kendilerine çok güçlü güven duyduklarını göstermişlerdir (16).

Bunun aksi durum da söz konusu ve geçerlidir. Kendine yeterliliği az olan ergenlerde, kişisel kontrolün düşük olduğu ve kendilerine daha az saygı duydukları görülmektedir. Ergen hastaların kendilerine yetememe ve diyabeti tek başlarına idare edememe durumlarında hastanın güveninin azaldığı gözlenmiş, ergenin kendini kabul ettirmekten vazgeçtiği durumlarla karşılaşmıştır. Ergenlik çağı için, kendine güven

ve gerektiğinde yardım istemek anahtar kabul edildiğine göre, kendilerine güvenmelerini sağlayacak iyileştirme programları hazırlamak önemli bir olgudur (11). Kendilerine güvenleri olmayan, diyabetin gerektirdiği tek başına yapabileceğine inanamayan ergenlerde depresyon riski artmaktadır (11).

Diyabet gibi bir kronik hastalığa sahip olmak, ergeni bir hasta pozisyonuna sokmak demektir. Jacobsen ve Houser raporlarında, diyabetli genç erkeklerde ego gelişiminde bozuklukların, kızlardan daha fazla olduğuna işaret etmişlerdir. Yazarlar bunu, erkeklerde zayıflık duygularının kabul edilmediği, oysa kızların daha kolay yardım isteyebildiği şeklinde yorumlamışlardır (19).

Diyabet, fiziksel büyüme ve seksüel olgunluğu geciktirdiğinden, adolesanlarda cinsel yetersizlik duygusu yaratması da büyük bir olasılıktır (10,11).

Gerek dış görünümdeki değişim, gerek büyümede, gerek pübertede gecikme gibi nedenlerle kronik hastalığı olan genç, yaşlılarından küçük görünebilir. Çevre de ona küçük çocuk gibi davranabilir. Çoğu adolesan bunu kabul eder, olgunlaşmamış kalır, yada aksine kendisine küçük çocuk gibi davranan çevresine karşı kızgın ve isyankar davranışlar geliştirir (11,20).

Ayrıca, akranlarından farklı olduklarını düşünmeleri, çevre ve akran ilişkilerinin kesilmesine yol açabilir. Bunun sonucunda genç, izolasyon, güven azalması, başarısızlık korkusu ile karşı karşıya kalır. Bu durumun yarattığı stress, kızgınlık, depresyon ve başarısızlığın daha da ilerlemesine yol açar (10).

Bu konuda yapılmış bir çalışmada, doktor kontrollerine düzenli olarak gelmeyen 30 diyabetli adolesanın, 18'inde okuldan kaçma ve başarısızlık, 17'sinde

karşı koyma davranışı, 9'unda akranları ile geçimsizlik, 6'sında antisosyal davranış veya başka psikiyatrik bozukluklar bulunmuştur. Aynı çalışmada kişilik özellikleri araştırılmış, 17 adolesanda içe yönelim, 14 adolesanda benlik saygısında azalma, 13 adolesanda genel anksiyete veya korku, 11 adolesanda depresyon ve 7 adolesanda bağımlı kişilik eğilimleri görülmüştür (10).

Cortmaker ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen, 4-17 yaş arası 11699 çocuk ve adolesanı kapsayan populasyon bazlı bir çalışmada, davranış problemlerinin oluşmasında, kronik hastalığın etkisi Achenbach ölçeği ile araştırılmış, kronik hastalığın, sosyodemografik değişkenlerden bağımsız olarak, davranış problemleri açısından önemli risk faktörü olduğu ortaya çıkmıştır. Adolesanlarda depresyon, anksiyete, akranları ile geçimsizlik, sosyal içe çekilme gibi sorunlar ortalamanın üzerinde bulunmuştur (10).

Diyabet hastalığının adolesana psikolojik etkileri konulu bir başka araştırma yukarıda belirtilenlere ek olarak, iştahsızlık, kilo kaybı, çok uyku, yorgunluk, gayret gereken işlere ilgi azlığı, hobilere, sosyal aktivitelere katılım azlığı, konsantrasyon zorluğu gibi durumlardan en az beşine her hastada rastlandığını göstermektedir (10).

Adolesanlar, yaşam amaçları konusunu değerlendirirken, genellikle iki tehlike içine düşme eğilimindedirler. I. Hastalığın getirdiği sıkıntıların ve sınırlılıkların üzerinde aşırı derecede durmak ve ümitsizlik, II. Gerçekteki sınırlılıkları yadsıyarak, ulaşılmaması olanaksız büyük amaçlar peşine düşmek ve sonunda büyük hayal kırıklığına uğramalarıdır. Her iki durumda da büyük depresyon oluşabilir

(4,11,16,30). Veya insülin enjeksiyonunun ihmali, unutulmuş öğünler, kahvaltı etmeme gibi aldatmalarla, tedaviyi reddetme görülür (11,16).

Bir diğer aldatma da, ölçülen kan şekerini kaydetmemedir (20). Adolesanlar, otoriteye karşı tavır aldıkları zaman kan ve idrar testini yaptırmama, diyetini bozma gibi yollara başvurabilirler. Tehdit edici olarak, aşırı doz veya düşük doz insülin kullandıkları görülmüştür (20,25).

Sonuç olarak ergelik döneminde, diyabet hastalığının ortaya çıkması ergen için çeşitli sorunların yaşanmasına yol açabilir. Diğer hiçbir gelişme döneminde, diyabetin bu kadar sorun yaratmayacağı söylenebilir.

C. Diyabet Hastalığının Çocuk ve Adolesanın Ailesi Üzerine Etkileri

Tanı konmasından önce pek çok ailede belirsiz bir huzursuzluk yaşanabilir. Tanı konduktan sonra ise ailede bireylerde şok, anksiyete ve suçluluk duyguları oluşabilir; bunu panik takip edebilir (25). Ailenin bu endişe ve tepkileri de hiç kuşkusuz hasta üzerinde etki yaratır, böylece zamanla bir kısır döngü oluşur. Hastanın endişesi aileyi, ailenin tutumu hastayı etkiler. Üstelik ebeveynlerin çoğunlukla hem diyabetli çocuklarına, hem de sağlam çocuklarına korku ve endişelerini hissettirmemeleri gerekir (20,21).

Özellikle hastalığın tedavisi ve hastalığın beraberinde getirdiği sorunlar genellikle tüm aileyi etkileme olasılığını getirir. Hasta çocuğun bakımı, tedavisi, çocuğun gereksinimlerinin karşılanması, çocuğun ve ailesinin yaşamındaki

kısıtlamalar uzun yıllar devam edecektir (20,21). Örneğin, diyabet hastasının, aniden komaya girme riski, ailelerin kolay göğüsleyebileceği bir stres değildir (16,21).

Hasta çocuğa veya adolesana konan teşhisi, anne babalar içinde buldukları koşullara ve kişisel özelliklerine göre farklı algılar, farklı tepki gösterirler. En çok görülen tepkiler kaygı ve suçluluk duygularıdır. Bu durumda o anne babalar hastalığı inkar ederek bilinç dışı savunma mekanizmalarına sığınabilirler (11,3,10).

Hastalığın tedavisi konusunda hissedilen yetersizlik, anne ve babayı, çocuğun bakımında tutarsız davranmaya ve güvensizliğe götürebilir.

Korku, endişe suçluluk veya kırgınlıktan dolayı özellikle diyabetik hallerde, ailenin görevleri daha da önem kazanır (20).

Her ne kadar aile tutumları, kişilik özellikleri, yaşam deneyimlerine bağlı ise de, aileler normal olmayan bir durumla karşılaştıklarında, duygularında ani ve kuvvetli bir değişiklik ortaya çıkabilir.

Milanodaki pediatrik endokrinoloji merkezinde yapılan araştırmalar, yemek listesi ve öğün saatlerinin, diyetin aileler üzerinde ciddi psikolojik ve sosyal etkileri olduğunu göstermiştir. Aile sorunlarının başında diyet kontrolü gelir. Bu anne için fazladan iş ve üzüntü demektir. Diyet bütün bir ailenin yeme alışkanlıklarını değiştirebilir, saatler çocuğa göre ayarlanabilir. Özellikle anneler için sevgiye eşit olarak görülen yemeğin kısıtlanması çok zordur.

Çocukta her an ortaya çıkabilecek olan hipoglisemi, aile ve çocuk için başlıca korkudur. Bu korku ebeveynlerde endişe ve koruma duygusunun artmasına yol açar

(20,21).

Aileler, çocuğu bağımsız bırakmayabilirler. Oysa ebeveynlerin görevi bağımsızlığı kazandırmak ve kendi kendilerine bakabilmelerini sağlamaktır. Diyabet ve her an ortaya çıkabilecek komplikasyonlar bunu zorlaştırır. Diyabet sebebi ile anne baba çocuğuna istediği gibi davranamayabilir (3,20,21).

Ailenin eğitim yoksa bile aile bireyleri gene de diyabetin idaresini öğrenmek zorundadır. Ve bunu, kendi yetiştirme yöntemlerine, tartışmalardan gelen yöntemlere uyararak zararsız bir şekilde yapmalıdır (21). Bunu sağlamak amacıyla gelişmiş ülkelerde diyabet gibi eğitim gerektiren hastalıklarda hastaları ve ana-babalarını destekleme grupları oluşturulmaktadır. Gruplar oluşturulurken çocukların yaşları gözönünde tutulur. Liason terapi, grup çalışmaları, danışmanlık hizmetleri, diyabet kampları gibi bu gruplar bir yandan eğitim verirken, diğer yandan korkuları paylaşma ve duyguların ifadesine fırsat verir (3). Ülkemizde İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakóltesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Büyüme ve Endokrinoloji Polikliniđince 1987 Ekim ayından itibaren, diyabetik çocuklara eğitim programı düzenlenmeye başlanmıştır. Eğitim programının içeriği insülin kullanımı, beslenme ilkeleri, egzersizin tedavideki yeridir. Hastalıklarının gidişine uygun olarak belli aralıklarla kontrole çağırılan hastalar, geldikleri gün yaklaşık 2 saat süren bu eğitim programına katılabilmektedirler. Ayrıca toplantılarda bu annelerin ve çocukların birbirleriyle deneyimlerini paylaşmaları da söz konusu olmaktadır. Diyetisyen, Uzman Doktor, Psikolog ve Hemşire çocuk ve ailelerin sorularını cevaplamaktadırlar.

1993 yılı Ağustos ayında kapsamında olmak üzere diyabetik çocuklar

kampı İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Büyüme ve Endokrinoloji Bilim Dalı tarafından düzenlenmiştir. Kampın amacı, çocuklara diyabetik olarak mutlu yaşamanın eğitimini vererek onların yaşam kalitesini yükseltmek, aralarındaki dayanışmayı sağlamak, sorumluluk duygularını geliştirecek özgüvenlerini kazandırmak, böylece diyabetik çocukları eğlendirirken eğitmektir. 8-18 yaş arası diyabetik çocukların katıldığı kampta çocuklar konaklama sırasında kız ve erkekler olmak üzere 4 er kişilik alt gruplara ayrılmakta ve her grubun başında diyabet konusunda eğitilmiş tıp öğrencisi olan bir grup yöneticisi bulunmaktadır.

Ayrıca Diyetisyen, Psikolog, Uzman Doktor ve Hemşire de kamp alanında hazır. Kamp programı hipo ve hiper gliseminin nedenleri, klinik bulguları, alınacak önlemler, insülin tipleri, enjeksiyon teknikleri, spor ve egzersiz yapma alışkanlığı, diyabette beslenme düzeni gibi uygulamalı ve teorik bilgilendirmeyi amaçlamaktadır

Ayrıca Mart 1994'te de Diyabetik çocuklar derneği kurulmuştur.

D. Çalışmamızda kullanılan Achenbach Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği Konusunda bilgiler.

Çalışmamızda hasta ve kontrol gruplarının davranışlarını belirlemek için Achenbach tarafından geliştirilen "Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği" kullanıldı (Ek 1).

Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği - ÇDDÖ (Children Behavior

Check List - CBCL) ile ilgili ilk veriler, Achenbach tarafından 1966'da yayınlanmıştır. Achenbach başlangıçta, çocukların vaka öykülerini ve konuyla ilgili yayınlarını tarayarak bir davranış belirti listesi meydana getirmiş. Zamanla üzerinde bazı değişiklikler yapmıştır. ÇDDÖ'nin şimdi kullanılan şekli, 118 davranış belirti maddesini içermektedir. Davranış belirti ölçekleri profili, ruh sağlığı kliniklerine gönderilen 450 çocuğun, anababaları tarafından doldurulmuş olan ÇDDÖ'nin faktör analizinden elde edilmiştir. Ayrıca, ÇDDÖ'de anababalar tarafından çocuklarında olumlu davranış özellikleri olarak tanımlanan, sosyal yeterlilikle (Social Competency) ilgili 20 madde vardır (1).

4-5, 6-11, 12-16 yaş grupları ile, kız ve erkek çocukları için ayrı ayrı farklı güvenilir belirti faktörleri saptanmıştır.

İleri faktör analizi sonuçlarıyla ayrıntılı (narrowband) davranış belirti ölçekleri ve iki genel (broadband) tanı grubu bulunmuştur. Bu iki grup, İçe Yönelim ve Dışa Yönelim olarak adlandırılmıştır.

Ölçeklerin normları, 4-16 yaş arasındaki her yaştan ve cinsiyetten 50 normal çocuğun anababasına ÇDDÖ uygulanarak hesaplanmıştır. Bu normlar, Washington, D.C. bölgesinde, görüşmecilerin, seçkisiz yöntemle seçtikleri ailelerden elde edilmiştir. Bu normatif örneklemden çocuklar, bir önceki yıl herhangi bir ruh sağlığı merkezine başvurmamışlardır. Elde edilen veriler, T puanına dönüştürülmüştür (1) .

Normal ve sorunları olan çocuklar karşılaştırıldığında, tüm Davranış belirtilerinde ve Sosyal Yeterlilik Puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Achenbach, ölçeğin anababa ve çocuğun diğer yakınları tarafından

derecelendirilebileceğini belirtir. Ölçeği işaretleyenler, yönergeye göre, davranış belirtilerini 0-1-2 olarak dereceler. Çocuğun son 6 aylık dönemine göre değerlendirme yapılır. Ölçekte belirtilen madde çocukta son 6 aydır yoksa (0) çocuk için bazen ya da biraz doğru ise (1), çocuk için doğru ya da çoğunlukla doğru ise (2) olarak işaretlenir. Sosyal yeterlikle ilgili bölüm Etkinlik, Sosyallik ve okul alt ölçeklerini içermektedir. Etkinlik ölçeği, günlük işlere, spora, spor dışındaki etkinliklere katılımın niteliğini; Sosyallik ölçeği, sosyal ilişkilere katılımı; Okul ölçeği ise, okuldaki başarı derecesini ve sorunları yansıtmaktadır. Sosyal Yeterlilik Ölçekleri değerlendirilirken genel olarak 0-1-2 derecelemesi yapılır.

ÇDDÖ'de güvenilirlik test, tekrar test yoluyla saptanmıştır.

Ölçeğin geçerliliğiyle ilgili yayınlarda kısıtlı bilgi olduğu görülmektedir. Cannery'nin ilişki bozukluğu ve kaygı faktörüyle ÇDDÖ arasında ortalama 0.62 lik bir korelasyon bulunduğu belirtilmiştir (1). Ayrıca bazı yeni geliştirilen ölçeklerle ÇDDÖ'nin arasındaki korelasyon verilmiştir. Çocukları Değerlendirme Ölçeği (The Child Assessment Schedule CAS) ile ÇDDÖ Toplam Davranış Belirti Puanı arasındaki korelasyon katsayısı 0.81 olarak bulunmuştur. Bu sonuç Çocukları Değerlendirme Ölçeğinin geçerliği için bir kanıt sayılmıştır. İki ölçekte toplam patolojiyi değerlendirdiği belirtilmiştir. (1).

Başka bir çalışmada, hiperaktif ve normal çocuklarla çalışılmış, hiperaktif çocukların seçiminde Canner'in ölçeği uygulanmış, anne ve babalar Çocuklarını ÇDDÖ ile değerlendirmiştir. ÇDDÖ'nin hiperaktif Ölçeği Canner'in ölçeğiyle uygulanmış, anne ve babalar çocuklarını ÇDDÖ ile değerlendirmiştir (1).

ÇDDÖ'nin hiperaktif ölçeği Canner'in ölçeğiyle 82-87 arasında ilişki göstermiştir.

Ayrıca hiperaktif çocukların ÇDDÖ'nin Dışa Yönelim kısmında daha fazla davranış belirtisi gösterdiği bildirilmiştir (1).

Achenbach'ın 1966'da yaptığı çalışmanın sonuçları bir çok araştırmada tanı koyma aracı olarak kullanılmış, buna göre, çocuklar İçe Yönelimli ya da Dışa Yönelimli diye ayrılmış, çocukların ve anababalarının özellikleri incelenmiştir (1).

ÇDDÖ'nin Türkçe çevirisi 2 klinik psikolog tarafından yapılmıştır. Çeviriden sonra bir ön deneme yapılmış, 5 anneye, 5 babaya ölçek bireysel olarak uygulanmıştır. Maddelerin anlaşılabilirlik durumu gözden geçirilmiştir. Bu ön denemede anne ve babaların işaretlemeye güçlükleri olduğu gözlenmiştir. Bundan dolayı araştırmada işaretlemeden kaynaklanacak bir hatanın önüne geçmek için, ölçek maddeleri görüşme sırasında anababaya okunarak uygulanmış, araştırmacı tarafından işaretlenmiştir (1).

Türkçe formu için test - tekrar test güvenilirliği saptanmıştır. Çocuk Psikiyatri kliniğine ilk kez başvuran 6-11 yaş arasında 10 kız, 10 erkek çocuk annesine yukarıda sözü edilen biçimde uygulama yapılmıştır. çocukların annelerine ikinci uygulama ortalama 9 gün sonra tekrarlanmıştır. İkinci uygulamaya kadar bu çocukların psikiyatri kliniğinde inceleme ve değerlendirmesine başlanmamıştır (1).

Test-tekrar test güvenilirliği için Pearson momentler çarpımı korelasyon kat sayısı hesaplanmıştır. 6-11 yaş kız çocukları için Toplam Belirti puanında 0.97; İçe Yönelimde 0.92; Dışa Yönelimde 0.99 olarak saptanmıştır. Alt ölçeklerde güvenilirlik kat sayısı ranjı 72-97 arasında bulunmuştur. Sosyal yeterlik toplam puanda güvenilirlik

0.96; Alt ölçeklerde ise Etkinlikte 0.90; Sosyallikte 0.85; Okulda 0.90 olarak saptanmıştır (1).

6-11 yaş erkek çocukları için ise, güvenilirlik kat sayıları Toplam Belirti puanında 0.87; İçe Yönelimde 0.86; Dışa Yönelimde 0.93 olarak saptanmıştır. Alt ölçeklerde güvenilirlik kat sayısı ranjı, 68-94 arasında bulunmuştur. Sosyal Yeterlikte toplam puanda güvenilirlik 0.86; Alt ölçeklerde, Etkinlikte 0.77; Sosyallikte 0.94; Okulda 0.98 olarak saptanmıştır.

ÇDDÖ ile ilgili batı kaynaklarından izlenen güvenilirlik ve geçerlilik çalışma bulguları ve ayrıca 6-11 yaş kliniğe başvuran Türk çocuklarında saptanan test-tekrar test güvenilirlik sonuçları, bu ölçeğin Türkçe formunun araştırmalarda kullanılabileceğini düşündürmüştür (1).

MATERYAL VE YÖNTEM

A- Vakalar

Bu çalışma Tip I Diyabetes Mellitus'u olan 77 çocuk ile hiç bir kronik rahatsızlığı bulunmayan 80 kontrol çocuktan oluşan toplam 157 vaka üzerinde yapılmıştır.

Diyabetli grup İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Büyüme Gelişme ve Endokrinoloji polikliniğinde diyabet tanısı ile tedavi gören çocuklar arasından seçilmiştir.

Bu seçimde çocukların 4-16 yaşları arasında olması ve Tip I Diabetes Mellitus tanısı konmuş olması ölçüt kabul edilmiştir.

Kontrol grubu vakaları ise İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Polikliniğine, diyabet dışı hastalıklar için tetkik ve tedavi için başvuran, kronik hastalığı bulunmayan aynı yaş ve cinsiyetteki çocuklar arasından seçilmiştir.

B - YÖNTEM

Çalışmada hasta ve kontrol gruplarına "Achenbach Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği" uygulanmış, diyabetik çocukların davranışlarının, fiziksel

sağlık durumlarından etkilenip etkilenmediğini ortaya koymak amacı ile diyabetik çocuklarda teşhis tarihleri, son boy ve kilo ölçümleri, HbA₁C değerleri ve fiziksel gelişimlerine ait bilgiler dosyalarından taranmıştır. Doğal olarak kontrol grubunda bu ölçümler alınamamıştır.

1. Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) nin Uygulanması:

Çalışmamızda Achenbach Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği hasta ve kontrol grubunun bir yakınına, madde madde ve yüksek ses ile okundu. Her maddeyi çocuğun son 6 aylık dönemine göre değerlendirmesi ve "doğru değil", "bazen, biraz doğru" ve "genellikle, çoğunlukla doğru" seçeneklerinden uygun olan birimi söylemesi istendi. Görüşülen kişilere, okunan maddeyi anlayıp anlamadıkları, seçeneği doğru değerlendirip değerlendirmediklerini saptamak amacı ile kontrol soruları yöneltildi.

2. Diyabetli Çocuklarda Dosyaların Taranması

ÇDDÖ testi uygulanan 77 diyabetli çocuk ve adolesana ait dosya taraması yapıldı. Dosyalardan her hastanın yaşı, diyabet teşhis tarihi, teşhis tarihindeki boy ve kilo ölçümleri, Puberte oluşumu ile ilgili Ph, Ax, Br, ve testis boyutlarına ait bütün bilgiler, Achenbach ÇDDÖ testinin uygulanma tarihine kadar olan HbA₁C değerleri ve son boy, kilo ölçümleri kaydedildi.

Bu taramalar sonucu, her çocuğun ÇDDÖ uygulandığı tarihteki kronolojik yaşları ve diyabet yaşları bulundu. Kilo ve boy SD'leri, (ilk ve son boy ve ilk ve son kilo için ayrı ayrı olmak üzere) hesaplandı. HbA₁C ölçümlerinin ortalamaları alındı.

C - YAPILAN İŞLEMLER

Elde edilen veriler D-Base IV ile kodlandıktan sonra, SPSS PC + programı ile değerlendirildi.

Araştırmaya katılan çocukların demografik özelliklerini göstermek için iki grup içinde frekans dağılımı hesaplandı.

Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) sosyal yeterlilik ve davranış problemleri skorlarına göre "T testi" kullanarak, diyabetli ve kontrol grubu ortalamaları arasında anlamlı fark olup olmadığına bakıldı.

Diyabetli ve kontrol gruplarında ÇDDÖ ile içe yönelim, dışa yönelim ve total problem skorlarında cinsiyete göre anlamlı bir fark olup olmadığı "T testi" ile analiz edildi.

ÇDDÖ'nün yaş kategorilerinden oluşan yaş gruplarına göre (4-5; 6-11; 12-16) ve HbA₁C gruplarına göre diyabetik çocukların sosyal yeterlilik ve davranışla ilgili skorları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için Tek yönlü Varyans (ONE -WAY ANOVA) Analizleri yapıldı.

Diyabetik grupta HbA₁C'nin ÇDDÖ skorlarına etkisini bulmak üzere HbA₁C ortalamaları 3 grupta toplandı. HbA₁C değerleri 6-7 arasında olanlar Grup 1, 8-9 olanlar Grup 2, 9 ve daha yüksek olanlar Grup 3 olarak belirlendi (22).

Yine diyabetik grupta çocuklar ergenlik belirtilerine göre aşağıdaki şekilde gruplandırıldı.

Pübertesi başlamamış çocuklar:

kızlar: Ax_1, Ph_1, Br_1

erkekler: Ax_1, Ph_1, Br_1

Pübertesi başlamış çocuklar:

kızlar: $Ax \geq 2, Ph \geq 2, Br \geq 2$

erkekler: $A > 2, Ph > 2, Testis 4-14 ml$

Pübertesi tamamlanmış çocuklar

kızlar : Menarj

erkekler : Testis $> 15 ml$

Diyabetli çocuklarda püberte grupları arasında içe dönüklük, dışa dönüklük, Toplam Davranış Skoru, Hiperaktivite, Vurup Kırma ve depresyon skorlarına göre anlamlı bir fark olup olmadığı Varyans Analizi ANOVA yöntemi ile analiz edildi.

BULGULAR

A. Hasta ve Kontrol Gruplarının Sosyo Demografik Bulgular

Araştırmaya alınan hasta çocuk ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey, anne ve baba mesleği, görüşülen kişinin çocuğa yakınlık derecesi arasından bir fark bulunmamıştır (Tablo 1-6).

Tablo 1. Hasta ve Kontrol Gruplarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu	
	n	%	n	%
Cinsiyet				
Kız	38	49.35	40	50
Erkek	39	50.65	40	50
TOPLAM	77	100.0	80	100

Tablo 2. Hasta ve Kontrol Gruplarının Yaşlarına Göre Dağılımı

Yaş	Hasta Grubu		Kontrol Grubu	
	n	%	n	%
4-5	6	7.8	6	7.5
6-7	7	9.1	8	10.0
8-9	13	16.8	12	15.0
10-11	21	27.3	24	30.0
12-13	17	22.1	16	20.0
14-15	9	11.7	10	12.5
16	4	5.2	4	5.0
TOPLAM	77	100.0	80	100.0

Tablo 3. Hasta ve Kontrol gruplarının Sosyo Ekonomik Düzeylerine Göre Dağılımı

Sosyo Eko. Düzey	Hasta Grubu		Kontrol Grubu	
	n	%	n	%
Yüksek	24	31.2	22	27.5
Orta	32	41.5	38	47.5
Düşük	21	27.3	20	25.0
TOPLAM	77	100.0	80	100.0

Tablo 4. Görüşmeye Alınan Kişinin Hasta ve Kontrol Gruplarına Yakınlıklarına Göre Dağılımı

Yakınlık Derecesi	Hasta Grubu		Kontrol Grubu	
	n	%	n	%
Anne	59	76.6	57	71.2
Baba	13	16.9	14	17.5
Diğer	5	6.5	9	11.3
TOPLAM	77	100.0	80	100.0

Tablo 5. Hasta ve Kontrol Gruplarının Anne Mesleklerine Göre Dağılımı

Anne Mesleği	Hasta Grubu		Kontrol Grubu	
	n	%	n	%
Ev Kadını	67	87	71	88.7
Memur	5	6.5	5	6.3
İşçi	1	1.3	0	-
Diğer	4	5.2	4	5
TOPLAM	77	100.0	80	100.0

Tablo 6. Hasta ve Kontrol Gruplarının Baba Mesleklerine Göre Dağılımı

Baba Mesleği	Hasta Grubu		Kontrol Grubu	
	n	%	n	%
İşçi	15	19.5	12	15
Şoför	4	5.2	8	10
Serbest	16	20.7	20	25
Memur	15	19.5	21	26.3
Çiftçi	6	7.8	1	1.2
Esnaf	3	3.9	4	5
İşsiz			1	1.2
Diğer	18	23.4	13	16.3
TOPLAM	77	100.0	80	100.0

Tablo 8. Hasta ve kontrol Gruplarının Yaptıkları Sporların Türlerine Göre Dağılımı

	Hasta Grubu	Kontrol Grubu
Spor Türü	n	n
Futbol	28	34
Basketbol - Voleybol	17	14
Atletizm	6	3
Bisiklet	7	22
Tekvando - Karate	3	8
Yüzme	11	8
Diğer	4	10
TOPLAM	77	80

Birden fazla seçenek işaretlendiğinden % hesaplanmamıştır.

Tablo 9. Hasta ve Kontrol Gruplarının Boş Zamanlarında Yapıkları Etkinliklere Göre Dağılımı

	Hasta Grup	Kontrol Grubu
Etkinlikler	n	n
Kitap Gazete Okuma	35	40
Müzik Dinleme	36	40
Oyuncakla Oynama	4	14
Resim Yapmak	16	16
Müzik Aleti Çalmak	4	3
Bilgisayarla Oynamak	4	6
Diğer	4	18
Kolleksiyon Yapmak	16	9
Hobisi Olmayan	14	5

Birden fazla seçenek işaretlendiği için oranları hesaplanmamıştır.

Diyabetli ve kontrol grubu arasında takım ya da klübe üyelik durumlarına göre fark bulunamamıştır.

Tablo 10. Hasta ve Kontrol Gruplarının Takım ya da Klübe Üyelik Durumlarına Göre Dağılımı

	Hasta Grup		Kontrol Grup	
	n	%	n	%
Üye Olanlar	4	5.1	5	6.2
Üye Olmayanlar	73	94.9	75	93.8
TOPLAM	77	100.0	80	100.0

Tablo 11'de görüldüğü gibi diyabetli grupta hiç arkadaşı olmayanlar kontrol grubuna göre daha fazladır. Diğer seçeneklerden önemli bir fark olmadığı gözlenmiştir.

Tablo 11. Hasta ve Kontrol Gruplarının Arkadaş Sayılarına Göre Dağılımı

Arkadaş Sayısı	Hasta Grubu		Kontrol Grubu	
	n	%	n	%
0	4	5.2	1	1.2
1	8	10.4	4	5
2-3	26	33.8	35	43.8
4-4 ↑	39	50.6	40	50
TOPLAM	77	100.0	80	100.0

Hasta ve kontrol grupları arasında arkadaşlarıyla haftalık görüşme sayısı açısından önemli fark görülmemiştir.

Tablo 12. Hasta ve Kontrol Gruplarının Arkadaşlarıyla Haftalık Görüşme Sayısına Göre Dağılımı

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu	
	n	%	n	%
Görüşme Sayısı				
1 den az	2	2.6	2	2.6
1-2	17	22.1	15	18.7
3↑	58	75.3	63	78.7
TOPLAM	77	100.0	80	100.0

Diyabetli grupta, kardeşleri ile geçinemeyenlerin yüzdesi, kontrol gruplarına göre çok daha yüksektir. Diyabetli gruptaki çocukların % 43'ü kardeşleriyle geçinememektedir.

Tablo 13. Hasta ve Kontrol Gruplarının Kardeşleri ile Geçinme Durumlarına göre Dağılımı

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu	
	n	%	n	%
Yaşıtlarına göre				
Kötü	33	42.8	6	7.5
Aynı	24	31.2	33	41.3
İyi	17	22.1	31	38.7
Kardeşi yok	3	3.9	10	12.5
TOPLAM	77	100.0	80	100.0

Tablo 14'te de görüleceği gibi hasta ve kontrol gruplarındaki çocukların akranları ile geçinme durumları arasında fark bulunmaktadır. Buna göre diyabetli gruptaki çocukların sadece % 36'sı akranları ile iyi geçinirken, kontrol grubunda bu oran % 64'dür.

Tablo 14. Hasta ve Kontrol Gruplarının Akranları İle Geçinme Durumlarına Göre Dağılımı

Yaşıtlarına Göre	Hasta Grubu		Kontrol Grubu	
	n	%	n	%
Kötü	6	7.8	3	3.75
Aynı	43	55.8	26	32.5
İyi	28	36.4	51	63.75
TOPLAM	77	100.0	80	100.0

Tablo 15'te görüldüğü gibi diyabetli gruptaki çocukların % 32.5'i anne babaya karşı kötü davranırlarken kontrol grubunda bu oran % 7.5 tir.

Tablo 15. Hasta ve Kontrol Gruplarının Anne - Babaya Karşı Davranışlarına Göre Dağılımı

Yaşıtlarına Göre	Hasta Grubu		Kontrol Grubu	
	n	%	n	%
Kötü	25	32.5	6	7.5
Aynı	23	29.9	32	40
İyi	29	37.6	42	52.5
TOPLAM	77	100.0	80	100.0

Tablo 16'da görülebileceği gibi hasta ve kontrol gruplarının kendi kendilerine oynama durumları karşılaştırıldığında, diyabetli grubun kendi kendine oynama konusunda kontrol grubu çocuklarından daha problemlili olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 16. Hasta ve Kontrol Gruplarının Kendi Kendilerine oynama Durumlarına Göre Dağılımı

Yaşıtlarına Göre	Hasta Grubu		Kontrol Grubu	
	n	%	n	%
Kötü	10	12.95	3	3.75
Aynı	27	35.1	34	42.5
İyi	40	51.95	43	53.75
TOPLAM	77	100.0	80	100.0

Tablo 17'de görüldüğü gibi Diyabetli grubun %76.6'sı kontrol grubunun ise %82.5 okuluna devam etmektedir. Okuluna devam etmeyenler diyabetli grupta %14.3, kontrol grubunda ise %11.2 oranındadır. Okul çağında olmayan çocuk sayısı ise diyabetli grupta %0.1, kontrol grubunda %6.2 oranındadır. Buna göre diyabetli grubun okul çağına geldikleri halde okula daha az devam ettiği söylenebilir.

Tablo 17. Hasta ve Kontrol Gruplarının Okula Devam Durumlarına Göre Dağılımı

Devam Durumu	Hasta Grup		Kontrol Grubu	
	n	%	n	%
Devam Ediyor	59	76.6	66	82.5
Devam Etmiyor	11	14.3	9	11.2
Okul Çağında Değil	7	9.1	5	6.2
TOPLAM	77	100.0	80	100.0

Tablo 18'de görüldüğü gibi diyabetli grup ile kontrol grubu arasında okul başarısına göre az da olsa fark bulunmaktadır.

Tablo 18. Hasta ve Kontrol Gruplarının Okul Başarılarına Göre Dağılımı

Başarı Düzeyi	Hasta Grup		Kontrol Grubu	
	n	%	n	%
Zayıf	6	7.8	3	3.75
Orta	14	18.2	15	18.75
İyi	30	38.9	13	16.25
Pekiyi	9	11.7	35	43.7
Okula Gitmeyenler	18	23.4	14	17.5
TOPLAM	77	100.0	80	100.0

Aktivite, Sosyal yeterlilik, Okul ve total sosyal yeterlilik skorlarında diyabetli ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını anlamak amacı ile T testi uygulandı. t değerine bakıldığında yalnızca sosyal yeterlilik skorunda kontrol grubunun ortalama değeri anlamlı olarak diyabetli çocuklardan daha yüksek bulundu. ($t= 2.65, p < 01$) Buna göre diyabet hastalığı olmayan çocuklarda sosyal faaliyet skoru, diyabetli çocuklardan yüksek bulunmuştur. Diğer skorlarda anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 19. Diyabetli ve Kontrol Gruplarında Sosyal Yeterlilik Skorlarının Karşılaştırılması

	Diyabetli Grup Ortalama	Kontrol Grubu Ortalama	t Değeri	p Değeri
Sosyal Yeterlilik				
Etkinlik	18.6	20.3	-1.31	0.191
Sosyallik	12.5	13.7	-2.65	0.009*
Okul	3.3	3.2	0.73	0.468
Total Sosyal Yeterlilik	34.5	37.2	-1.81	80.72

2. Davranışla ilgili Bulgular

Tablo 20'de görüldüğü gibi diyabetli grupta Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeğinin içe yönelim skoru, kontrol grubundan anlamlı ölçüde farklıdır; Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeğinde diyabetli grubun dışa dönüklük skoru, kontrol grubundan .04 oranında anlamlı ölçüde farklıdır. Diyabetli grubun gerek Agresyon ve Total Davranış Problemleri skorları, gerek somatik yakınmalar skoru daha yüksektir.

Tablo 20. Diyabetli ve Kontrol Gruplarında ÇDDÖ Davranışla ilgili Skorların Karşılaştırılması

	Diyabetli Grup Ortalaması	Kontrol Grubu Ortalama	t Değeri	p Değeri
SOSYAL YETERLİLİK				
Etkinlik	18.6	20.3	-1.31	.191
Sosyallik	12.5	13.7	-2.65	.009*
Okul	3.3	3.2	0.73	0.468
Total Sosyal Yeterlilik	34.5	37.2	-1.81	.072
DAVRANIŞ PROBLEMLERİ				
Agresyon	11.2	8.1	2.86	.005**
Somatik Yakınmalar	6.7	2.5	2.41	.018*
İçe Yönelim	25.4	17.5	3.20	.002**
Dışa Yönelim	17.2	13.8	2.12	.04*
Total Davranış Problemleri	49.1	37.2	2.88	.005**

(* P<.05; ** p<.01)

Tablo 21'de diyabetli ve kontrol gruplarında ÇDDÖ skorlarının karşılaştırılması sonucu diyabetli grup anlamlı derecede daha depresif ve anlamlı derecede daha agresif bulunmuştur. Hiperaktivite ve vurup kırma skorlarında iki grup arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır.

Tablo 21. Diyabetli ve Kontrol Gruplarında ÇDDÖ Davranışla İlgili Skorların Karşılaştırılması

	Diyabetli Grup			Kontrol Grubu			t Değeri	p Değeri
	Ortalama	St. Sapma	St. Hata	Ort.	St. sapma	St. Hata		
Depresyon	9.5	4.2	.56	7.8	4.5	.58	2.09	.039*
Agresyon	11.1	6.5	.75	8.0	6.9	.77	2.84	.005**
Hiperaktifite	5.2	3.2	.41	4.5	4.1	.50	1.06	.292
Vurup Kırma	2.5	2.9	.34	2.7	5.1	5.8	.30	.767

Tablo 22'de görüleceği gibi diyabetli grupta, ÇDDÖ skorlarının cinsiyete göre karşılaştırılması sonucunda kızlarla erkekler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 22. Diyabetli Grupta ÇDDÖ Problem Skorlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

		İÇE YÖNELİM				DIŞA YÖNELİM				TOTAL PROBLEM			
	ORT	St. Sapma	t Değeri	p Değeri	ORT	st. Sapma	t Değeri	p Değeri	ORT	St. Sapma	t Değeri	p Değeri	
Kız	25.4	19.7	.00	.998	17.2	9.3	.07	.994	48.8	29.7	.10	.918	
Erkek	25.4	19.4			17.1	8.7			49.5	30.6			

Tablo 23'te görüleceği gibi diyabetli ve kontrol gruplarının içe yönelim, dışa yönelim, total davranış problem skorlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasında, diyabetli erkek ve kızlarda kontrol grubundaki erkek ve kızlar arasında içe yönelim skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre diyabetli gruptaki erkekler, kontrol grubundaki erkeklerden içe yönelim skorlarında anlamlı derecede farklı bulunmuştur.

Diyabetli ve kontrol gruplarının karşılaştırılmasında ise içe yönelimde ve Toplam Problem skorunda diyabetli grup kontrol grubuna göre daha yüksek skorlara sahiptir. Diyabetli grup, kontrol grubuna göre anlamlı derecede içe yöneliktir.

Tablo 23. *Diyabetli ve Kontrol Gruplarında ÇDDÖ Skorlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması*

	İÇE YÖNELİM			DIŞA YÖNELİM			TOTAL PROBLEM					
	Diyabetli Grup Ort.	Kontrol Grubu Ort.	t Değeri	p Değeri	Diyabetli Grup Ort.	Kontrol Grubu Ort.	t Değeri	p Değeri	Diyabetli Grup Ort.	Kontrol Grubu Ort.	t Değeri	p Değeri
Erkek	25.4	16.4	2.6	.012*	17.1	13.8	1.3	.178	49.5	36.4	2.13	0.37
Kız	25.4	18.8	1.8	.068	17.2	13.5	1.7	.08	48.8	38.0	1.91	0.61
Total	25.4	17.5	3.2	.002**	17.2	13.7	2.16	.03*	49.1	37.2	2.88	.005**

* P <.05 ** p<.01

Tablo 24'te görüleceği gibi diyabetli ve kontrol grubunda bulunan kız ve erkekler arasında sosyal yeterlilik skorlarının arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 24. Diyabetli ve Kontrol Grubunda Cinsiyete Göre ÇDDÖ Sosyal Yeterlilik Skorlarının Karşılaştırılması

	ERKEKLER			KIZLAR			t Değeri	p Değeri
	Ort	St Sapma	St Hata	Ort	St Sapma	St Hata		
Etkinlik	18.6	5.9	.67	20.3	9.8	1.1	-1.33	.188
Sosyallik	13.2	3.7	.42	13.0	1.7	.19	.51	.611
Okul	3.1	1.2	.14	3.4	1.5	.17	-1.18	.240
Total Sos. Yet.	35.0	8.3	.93	36.8	10.6	1.2	-1.15	.252

Tablo 25'te görüleceği gibi diyabetli grupta kız ve erkekler arasında sosyal yeterlilik skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 25. Diyabetli Grupta Cinsiyete Göre Sosyal Yeterlilik Skorlarının Karşılaştırılması

SOSYAL YETERLİLİK	ERKEKLER			KIZLAR			t Değeri	p Değeri
	Ort	St Sapma	St Hata	Ort	St Sapma	St Hata		
Etkinlik	17.9	5.9	.966	19.2	7.2	1.15	-8.7	.388
Sosyallik	12.3	2.1	.355	12.7	2.0	.322	-7.3	.468
Okul	3.1	1.2	.205	3.6	1.7	.274	-1.34	.185
Total Sos. Yet.	33.4	7.8	1.2	35.6	8.4	1.35	-1.14	.259

3. Diyabetli Grupta Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

a) Yaşın Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği Skorlarına Etkisi

ÇDDÖ skorları yaş gruplarına göre ANOVA (Varyans Analizi) değerlendirildiğinde SOSYAL alanda 4-5 yaş grubunun 6-11 yaş grubundan anlamlı derecede farklı olduğunu görüyoruz. Aktivitede gruplar arası anlamlı farka rastlanmamıştır. Okul alt ölçeğinde ise 4-5 yaş grubu 3 ve 2. gruptan yani 6-11 ve 12-16 yaş gruplarından anlamlı ölçüde farklı bulunmuştur. Sosyal yeterlilik skorlarına bakıldığında 4-5 yaş grubu anlamlı derecede hem 6-11 hemde 12-16 yaş gruplarından farklı bulunmuştur (Tablo 26).

Tablo 26. Sosyal yeterlilikle ilgili ANOVA sonuçları

GRUPLAR	SOSYAL	AKTİVİTE	OKUL	SOS YETERLİLİK
YAŞ	F= 6.36 P <.002	F= 3.13 P <.049	F=6.65 P<.002	F=6.75 P<.002
HBA ₁ C	F= .41 P<.66	F=18 P<.83	F=1.59 P<.31	F=.11 P<.89

Diyabetli çocukların yaşları tablo 27'de görüldüğü gibi içe dönüklük, hiperaktivite, dışa dönüklük ve total problem skorları üzerinde etkili değildir.

Tablo 27. Davranışla ilgili anova sonuçları

Gruplar	Agresyon	Somatik Bulgular	İçe Dönük.	Dışa Dönük.	Toplam Dav. Skoru	Hiper aktivite	Vurup Kırma	Depresyon
Yaş	F=5.34 P<.00	F=.16 P<.86	F=.65 P<.52	F=1.73 P<.18	F=1.33 P<.26	F=67 P<.51	F=9.9 P<.002	F=3.85 P<.027
HBA ₁ C	F=.58 P<.56	F=1.40 P<.25	F= 33 P<.71	F= 76 P<.47	F=.15 P<.85	F=1.67 P<.20	F=.04 P<.96	F=1.63 P<.20
PÜB.	F=.64 P<.52	F=.10 P<.91	F=.31 P<.73	F=.56 P<.56	F=.388 P<.68	F=.52 P<.59	F=7.32 P<.001	F=1.98 P<.14

Yaşın depresyon skoruna düşük düzeyde de olsa anlamlı etkisi vardır. (F=3.85, P<.027). Yaşın agresyon skoruna da anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur. 4-5 yaş grubu diğer yaş gruplarından anlamlı derecede daha agresiftir. (F=5.22, P<.007). Yaşın yurup kırma skoruna anlamlı derecede etkisi olduğu bulunmuştur. 12-16 yaş grubu diğer gruplardan anlamlı derecede farklıdır. (F=9.90, P<.0002)

b) HbA₁C'nin Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği skorlarına etkisi

HbA₁C gruplamasına göre ÇDDÖ skorlarına bakıldığında, aktivite, okul ve toplam sosyal yeterlilik skorlarında anlamlı bir farka rastlanmamıştır (Tablo 26).

27 no.lu tabloda görüldüğü gibi HbA₁C'nin davranışla ilgili skorlarına olan etkisine (anova) bakıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

HbA₁C'nin Total davranış problemlerine olan etkisi anlamsız bulunmuştur. (F=15, P< .85)

HbA₁C'nin içe dönüklük, dışa dönüklük, Agresyon, aktivite, Sosyal yeterlik, toplam davranış problemlerine anlamlı bir etkisi görülmemiştir. Gruplar içinde denek sayısının farklı olması nedeniyle, gruplar arası anlamlı bir farkın çıkmaması HbA₁C'nin etkisi olduğunu göstermediği söylenebilir. Ancak ileride başka çalışmalarda HbA₁C grubuna eşit ve yeterli sayıda denek alınarak yeniden analiz edilmesi uygun olur. HbA₁C düzeyine göre diyabetli grubun dağılımı aşağıdaki gibidir.

Grup No	Denek Sayısı	Ort.
HbGr1	20	16.6
HbGr2	16	15.1
HbGr3	40	18.3

c. Püberte yaşının Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği Skorlarına Etkisi

Tablo 27'de görülebileceği gibi püberte yaşının depresyon, agresyon hiperaktivite, içe dönüklük dışa dönüklük total problem skorları üzerine anlamlı bir etkisi bulunamamıştır.

Püberte yaşının vurup kırma skoruna anlamlı derecede etkisi olduğu bulunmuştur. Buna göre, pübertesi başlamış ancak tamamlanmamış grup, anlamlı derecede farklıdır. Bir başka deyişle vurup kırma skoru pübertesi başlamış ancak tamamlanmamış olan diyabetli hastalarda anlamlı derecede daha yüksektir. ($F=7.32$, $P<.001$).

4. Diyabetli Grupta İlk Boy ve Son Boy SD leri ile İlk Kilo ve Son Kilo SD lerin Karşılaştırılması

Tablo 28 ve 29'da görüldüğü gibi son boy SD ortalamaları, ilk boy SD ortalamalarından anlamlı derecede yüksektir. Fakat zaten beklenen budur. Büyüme çağındaki çocukların boylarında uzama olmalıdır. Bu nedenle bu test sonucu çıkan anlamlılık önemli değildir. Bu yüzden SD'ler $0 > SD$, $0 < SD$, $0 = SD$ olmak üzere 3 grup oluşturulup ANOVA uygulanmıştır. SD gruplarının ÇDDÖ skorlarına anlamlı bir etkisi olmadığı bulunmuştur.

Tablo 28. Diyabetli Grupta İlk Boy ve Son Boy SD ortalamalarının Karşılaştırılması

	Ort.	St. Sapma	St. Hata	t Değeri	p Değeri
SD Boy 1	-.38	1.43	164	2.47	.016
SD Boy2	-.79	1.47	1.68		

İlk kilo ve son kilo SD ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 29. Diyabetli Grupta İlk Kilo ve Son Kilo SD Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Ort.	St. Sapma	St. Hata	t Değeri	p Değeri
SD Kilo 1	-.45	.92	.106	.52	.606
SD Kilo 2	-.52	1.47	.168		

TARTIŞMA

Bu çalışmada, diyabet hastalığının, çocuk ve adolesanın davranışlarına etkileri araştırılmıştır. Çalışmamızda Çocukların Davranış Değerlendirme Ölçeği adlı kültürden arındırılmış bir ölçek kullanılmıştır. Uygulamada ölçekteki cümleler tek tek çocuğu tanıyan aile bireylerine okunmuş, "doğru", "doğru değil", "bazen veya biraz doğru" şeklindeki üç seçenekten birini seçmesi istenmiş, gereğinde "öyle mi", "emin misiniz" gibi sorularla çocuktaki belirtinin derecesi tartışılmıştır. Böylece çocuktaki davranış belirtilerinin mümkün olduğunca aslına uygun olarak değerlendirilmesine çalışılmıştır.

Çalışmamızda, diyabet hastalığı olan çocuk ve adolesanlar ayrıca diyabet dışı hastalığı olan kontrol grubu ile karşılaştırılmış, kontrol grubuna da aynı ölçek uygulanmıştır. Diyabetli ve kontrol grubundaki çocukların cinsiyetleri, yaşları ve sosyoekonomik düzeyleri birbirine eşittir (Tablo 1-6).

Diyabetli ve kontrol grubunun Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar "Bulgular" bölümünde gösterildiği gibi, istatistiksel olarak çok anlamlı şekilde farklı bulunmuştur. Buna göre, Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği bulguları daha ayrıntılı incelendiğinde, ölçeğin

ilk bölümü olan sosyal yeterlilik bulguları, diyabetli ve kontrol grubu arasında farklılık olduğunu göstermektedir. Bu bulgu beklentilerimize uygundur. Ancak daha önce de belirtildiği gibi, sosyal yeterlilik üç alt bölümden oluşmaktadır. Bu bölümün ilk alt ölçeği olan etkinlik, çocuğun yaptığı sporları, işleri, spor dışı etkinlikleri, bu alanlarda yaşlarına göre başarı düzeylerini ve katılma sürelerini içermektedir. Bulgularımız göstermektedir ki her iki grupta da spor ve spor dışı etkinliklere katılım oldukça düşüktür (Tablo 7,8,9). Bu ülkemizle ilgili bir gerçeği aksettirmektedir. Bu bölümde istatistiksel açıdan yapılan anlamlılık testi sonucunda diyabetli ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır (Tablo 19).

Sosyal yeterliliğin ikinci bölümü olan sosyallik alt ölçeği, çocuğun arkadaş sayısı ve ilişkileri, diğer kişilere ve kendi kendine davranışlarını içermektedir. Bu alanda Tablo 11,12,13,14,15,16 da görüldüğü gibi, özellikle arkadaş sayısı ile çevresindekilerle geçinmesi açısından iki grup arasında farklılık olduğu görülmektedir. Buna dayanarak diyabet hastalığının, incelenen diyabetik çocukların sosyal yönünü olumsuz etkilediği söylenebilir (10). Bu görüşten yola çıkılarak iki grup arasında sosyallik alt ölçeği skorlarının karşılaştırılması sonucunda diyabetli grubun ortalama değerleri, kontrol grubunun ortalama değerlerine göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Tablo 19).

Sosyal yeterliliğin son bölümü olan okul alt ölçeğinde ise, çocukların okula devam durumları, başarıları ve okul problemleri incelenmektedir. Araştırmamızda diyabetli grupta okul çağında olmayan çocuk sayısı 7, kontrol grubunda okul çağında olmayan çocuk sayısı ise 5 tir. Okul çağında olduğu halde okula devam etmeyen

çocuk sayısı diyabetli grupta 11, kontrol grubunda ise 9 kişidir. Bulgular diyabetli grupta % 76.6 sının, kontrol grubundaki çocukların % 82.5 'inin okula devam ettiğini göstermektedir. Hasta çocukların diyabet hastalığının gereği olan düzenli kontrol için hastaneye gitmek zorunda olmaları devamsızlıklarına yol açmaktadır; bunun yanısıra hastaneye yatmak zorunda kalmaları da okul devamsızlıklarını etkilemektedir (Tablo 17-18).

Diyabetli grup ve kontrol grubu arasında okul alt ölçeği skorları karşılaştırması sonucunda iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bu sonuç, diyabet hastalığının okula devamını zaman zaman engellediği ama başarı üzerinde etkisinin görülmediği şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca bu durumun, okulda hasta çocuğa daha anlayışlı davranılmasından kaynaklanabileceği de söylenebilir.

Sosyal yeterlilik bölümünün bütünü göz önüne alındığında, diyabetli ve kontrol gruplarında alınan skorlarının karşılaştırılması sonucunda anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 19).

Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği Davranış Belirtileri bölümüne bakıldığında; çalışmamızda hasta ve kontrol grupları ortalama belirti puanlaması arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 20). Bu sonuca bakarak, diyabet hastalığı olan çocukların, aynı yaş, cinsiyet ve sosyo-ekonomik düzeydeki kronik hastalığı (diyabet astım vb) olmayan çocuklara göre, daha fazla davranış sorunu gösterdiği söylenebilir. Bu bilgi bu konuda yapılan diğer araştırma bulgularına paralellik göstermektedir (7).

Hasta ve Kontrol gruplarının içe yönelim, dışa yönelim ve total problem

skorları cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlılık analizi yapıldığında diyabetli ve kontrol grubundaki erkekler arasında anlamlı bir fark çıkarken, diyabetli kızlar ile kontrol grubundaki kızların içe yönelim, dışa yönelim ve total problem skorlarında anlamlı bir farka rastlanmamıştır (Tablo 23). Bu daha önce yapılan bir araştırma sonucuna paralel bir bulgudur. Jacobsen ve Houser yapmış oldukları çalışmada erkeklerde kızlara oranla ego gelişiminde bozuklukların, duygularını ifade etme güçlüğü'nün daha sık görüldüğünü vurgulamışlardır. Yazarlar bu içe dönüklüğü erkeklerde zayıflık duygularının kabul edilmediği, oysa kızların daha kolay yardım isteyebildiği şeklinde yorumlamışlardır (10).

Davranış belirtileri "İçe Yönelim" alt ölçeği ortalama puanlarında da diyabetli ve kontrol grupları arasında istatistiki açıdan çok anlamlı farklılık olduğu görülmektedir (Tablo 20). Aynı ölçek kullanılarak yapılan bir başka çalışmada da aynı sonuca varılmıştır (10).

Bu bölümün "Dışa Yönelim" alt ölçeğinde (Tablo 20 de) görüldüğü gibi, hasta ve kontrol gruplarının ortalama belirti puanları arasında, $P < .04$ düzeyinde anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığın çocuk üzerine etkilerinin araştırıldığı 40 kronik rahatsızlığı olan çocuk ve 40 sağlıklı çocuktan oluşan toplam 80 vaka üzerinde yapılmış benzeri bir araştırma sonucunda $P < 0.0001$ düzeyinde çok anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (10). Bu durum bulgular arasında paralellik olduğunu göstermektedir. Dışa yönelim ortalama puanları cinsiyet değişkenine göre değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Cinsiyetin dışa yönelim skorları üzerinde etkisiz olabileceği söylenebileceği gibi yukarıda geçen

araştırmada erkeklerde $P<.01$ düzeyinde çıkan farklılık, bu çalışmanın az sayıda denekle yapılmasına ve yaş gruplarının benzer olmamasına bağlanabilir. Bu çelişkinin diğer bir nedeni de adı geçen araştırmanın kronik rahatsızlığı olan bir kaç grubu kontrol grubu ile karşılaştırıyor olması olabilir. Oysa bu çalışmada yalnızca diyabetli grup kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır.

Bu bölümün "Dışa Yönetim alt ölçeğinde de (Tablo 23) te grldği gibi, diyabetli ve kontrol gruplarının ortalama belirti puanları arasında, $P>0.03$ düzeyinde anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır.

Çocukların Davranışlarını Değerlendirme leği Davranış profilleri, yaş gruplarına az sayıda denek dştği, gerçek bir değerlendirme olamayacağı düşünülerek çıkarılmamıştır. Vaka sayısının azlığı yorum yapılmasını da engelleyeceği için böyle birşeye gerek görülmemiştir.

Yaş gruplarının ÇDDÖ skorlarına etkisi yalnızca diyabetli grupta incelenmiştir. Bunun sonucunda yaşın ie dönüklük skoruna, dışa dönüklük skoruna, toplam problem skoruna, depresyon skoruna , hiperaktivite skoruna anlamlı bir etkisi bulunamamıştır.

Yaş gruplarının $F=5.22$, $p<.007$ agresyon skoruna, vurup kırma skoruna $F=9.90$, $p<.0.002$ anlamlı derecede etkisi olduğu bulunmuştur, buna göre 4-5 yaş grubu diğer yaş gruplarından anlamlı derecede daha agresiftir.

Vurup kırma skorunun yüksek olduğu 12-16 yaş grubunun diğer gruplardan anlamlı derecede yüksek olması pübertesi başlamış ama henüz tamamlanmamış grubun diğer gruplardan daha fazla vurup kırma davranışı gösterdiğini ortaya

koymaktadır (11,20).

Diyabetli ve Kontrol gruplarında ÇDDÖ davranışla ilgili skorların karşılaştırılmasında "T" testi kullanılmıştır. Diyabetli grup kontrol grubuna göre anlamlı derecede depresif bulunmakla beraber anlamlılık derecesi yalnızca $P < .04$ değerindedir. Jacobsen ve Hauser'in yaptığı bir araştırma sonunda depresyon riskinin hasta çocuklarda daha yüksek oranda görüldüğü vurgulanmıştır. Yine diyabetli grup kontrol grubu ile kıyaslandığında anlamlı derecede ($P < .005$) agresif bulunmuştur (Tablo 21).

Hiperaktivite ve vurup kırma skorlarında diyabetli ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır (Tablo 21).

Diyabetli ve kontrol grubu arasında Davranışla ilgili skorların alt başlığı olan somatik yakınma skorlarının karşılaştırılması sonucunda çok anlamlı olmamakla birlikte diyabetli grupta somatik yakınmalar kontrol grubuna göre daha fazla bulunmuştur. Bu da diyabet hastalığı olan çocukların daha fazla somatik yakınmalarda bulunduğunu ortaya koymaktadır (Tablo 20).

Dosyalardan alınan bilgilerin ışığında ilk boy ve son boy SD'leri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Fakat bu anlamlılık çocukların büyüme çağında olmasından kaynaklanmaktadır.

İlk kilo ve son kilo SD'leri arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır.

Sonuç olarak bu çalışma ile diyabetik çocuklarla kontrol grubundaki çocuklar arasında davranış farklılıkları olduğu ancak bu değişikliklerin hastalığın ciddilik derecesi ile ilişkili olmadığı saptanmıştır.

ÖZET

Bu çalışma, çocuk ve adolesanin diyabet hastalığından olumsuz etkilenip etkilenmediklerini araştırmak amacı ile 77 diyabet hastası ve 80 kontrol vakası üzerinde yapıldı.

Çalışmada diyabet hastası ve kontrol grubunda ki çocuk ve adolesanlara Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) adlı ölçek, uygulandı. Böylece diyabetli grup ve kontrol grubundaki çocukların davranış belirtileri karşılaştırıldı. Değerlendirme sonunda, diyabetli çocuk ve adolesanlara ait davranışla ilgili skorların, kontrol grubundaki çocukların skorlarına göre çok anlamlı farklılık gösterdiği saptandı. Ölçeğin sosyal yeterlilik bölümünde ise sosyallik ölçeğinde iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu, diğer alt ölçeklerde belirgin bir fark olmadığı bulundu. HbA₁C düzeylerinin ÇDDÖ skorlarına etkisi olmadığı ortaya kondu.

Püberte yaşının ÇDDÖ Skorlarına etkisi araştırıldığında pübertenin başlayıp başlamamasının yalnızca "vurup kırma" skoruna anlamlı derecede etkisi olduğu bulundu. Buna göre pübertesi başlamış ancak tamamlanmamış grup vurup kırma skoru en yüksek olan gruptur. Püberte yaşının, depresyon, hiperaktivite, içe dönüklük, dışa dönüklük, toplam problem skoru üzerlerine anlamlı bir etkisi bulunamamıştır.

KAYNAKLAR

1. Akçakın M, Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği'nin tanıtımı ve güvenilirlik çalışması", Psikoloji Dergisi 18, 3-6, 1985
2. Bregani P, Della - Porta S, Carbone A, Ongari B, ve ark. Attitude of juvenile dectetic regimen" Nutrition and the Diabetic Child Pediatr. Adolesc. Endocr. 7: 159-163, 1979
3. Brink S. J. Youth and Parent Support Groups" Pediatric and Adolescent Diabetes Mellitus year book Medical Pub. 359-390, 1987
4. Buhlmann U, Fitzpatrik S.B, "Caring for an Adolesent with a chronic illness." Primary Care 14, 17-69, 1987
5. Cerreto M.C, Travis L.B, "implications of Psychological and Family Factors in the Treatment of Diabetes" Pediatric Clinics of North America, 3113, 690-710, 1984
6. Ekşi A, Fiziksel hastalığı olan çocuklarla ve aileleriyle grup çalışmaları. Türk Psikiyatri Dergisi 5.2.91-99; 1994
7. Ekşi A, Doğanay M, Kronik Hastalığı Olan Çocukların Hastalığa ve Hastaneye Yatmaya Tepkileri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İstanbul, 1988

SUMMARY

In this study, the psychological adjustment of 77 diabetic children was compared with 80 non-diabetic control subjects who have had any kind of chronic illnesses other than diabetes. The diabetic and non-diabetic groups both were under the care of Ist. Medical Faculty, Children's Hospital as in - patients or out -patients. Each groups were applied the Achenbach Child Behavior Checklist (CBCL), the level of Pubescence and the level of HbA₁C of each diabetic children were compared with their CBCL test scores. It was found that the CBCL total problem behavior scores and social competency scores in the diabetic group were significantly higher than the nondiabetic group. The CBCL total problem scores in the diabetic group were not correlated with the level of HbA₁C but were significantly correlated with the level of pubescence.

8. Ekşi A, "Kronik ve Fatal Hastalıklarda Yaklaşım" Pediatri Düzenleyenler Neyzi O, Ertuğrul T, Pediatri, Cilt 2, 1484-1488 Nobel Tıp Kitapevi, 1989
9. Ekşi A, Molzan J, "Psychological Effects of Illness in Turkish Asthmatic Children and Adolescents" 9th Congress of the European society of child and Adolescent Psychiatry. Sunulmuş bildiri, 11-14 Eylül 1991 Londra
10. Ekşi A, Bağcı E. "Kronik Hastalığın Çocuk Üzerindeki Psikolojik Etkileri.
Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi İst. Üniversitesi Ana Çocuk Sağlığı Enstitüsü 1992
11. Ekşi A, Çocuk ve Adolesan Konsultasyon Liason Psikiyatrisi 1992 Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri Kongre Kitabı 62-87 Saray Tıp Kitapevleri 1992
12. Galatzer A, Topper E, Flexer Z, Loron Z, ve ark "An Attempt to Predict Diabetes Control by Psychosocial Variables "Nutrition and the Diabetic Child Pediatric adolese. Endoc, 7, 170-176 Korger Basel 1979
13. Gorrison T.W, Biggs D, Willigms K, "Temperament Characteristics and Clinical outcomes in Young Children With Diabetes Mellitus" Child Psychol. Psychlat 31 No 7 1079-1088, 1990
14. Grey M, Cameron M.E, Thurber F.W. "Coping and Adaptation in Children with Diabets" Nursing Research, 40, No: 3 144-148 May - June 1991
15. Groen J.J, Pelsler H.E, Stuyling M.J, Dix P.M, "Group Discussion with Diyabetic Patients and Their Families" Nutrition and the Diabetic Child Pediatr Adolesc. Endoc 7, 164-169, Karger basel, 1979

16. Grossmann H.Y, Ph. D. "The Adolescent with insulin Dependent Diabetes Mellitus. Psychological Considerations" Pediatric and Adolescent Diabetes Mellitus, Chapter 3B 139-148, 1987
17. Günöz ve Ark. Pediatri, Düzenleyenler Neyzi O, Ertuğrul T, Cilt II 1355-1361 Nobel Tıp Kitabevi 1990
18. Holmes D. M, "Diabetes in it's Psychosocial Contex" Joslin's Diabetes Mellitus (Ed) A. Marble. 44, 882-903, 1985
19. Jacobson A.M, ve ark. "Psychologic Predictors of compliance in children with Recent Onset of Diabetes Mellitus", The Journal of Pediatrist, 110:5, 805-811, 1987
20. Kathleen L, Kauser R.N, "The Child with Diabetes Mellitus" Nursing Clinics of North America 18: 4, 749-779 December 1983
21. Lindsay M, "Emonational Management ", Eds. baum, J.D, Kinmonth, L.K. Care of the Child With Diabetes, Churchill Lsvingstine, 4: 41-62, London, 1985
22. Peterson C, Javonovig Lois. "Monitoring Glycosylated Hemoglobin Levels" Clinical Diabetes Mellitus 385-391
23. Ronald A, Arky M.D. "Nutrition Therapy for the child and Adolescent with Type I Diabetes Mellitus Symposium on Juvenile Diabetes " Pediatric clinics of America 31: 3, 711-718, June 1984
24. Stell, J.M, Young, R.J, Lloyd, G.C, Macintepe, C.C.A, "Abnormal Eating Attitudes in Young Insulin Dependent Diabetic" British Journal of Psychidry 155, 515-521 1989

25. Thomas D, Thomos P. "Living with a diabetic child" Care of the Child with Diabetes (Ed.) Baum J.D. Kınmonth α.K, s. 3-11 churchill Livingstone α tt, 1985
26. Toparlak D. "Juvenile Diyabetli Çocuk ve Adolessanlarda Psikososyal Değerlendirme" Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İst. Ün. Ana Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İst. Ün. 1989
27. Wine E.H, Topp, T.J, Citrin W, "Diabetes Counseling Issues: The Patient and The Family." Pediatric and Adolessent Diyabetes Mellitus Year book Medical Publishous inc. USA, 139-148, 1987
28. Yörükoğlu A. "Çocuk Ruh Sağlığı, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları Ankara, 1988
29. Yörükoğlu A. "Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunları, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, Ankara, 1986
30. Zuppinger K, Schmid E, Shütz B, "Attitude of the Juvenile Diyabetic, His Family and Pears "Pediat Adolessan Endoc. 7, 153-158 1979

EK: 1

Vaka No :

Çocuğun Adı Soyadı:

Cinsiyeti: K E

Doğum Tarihi:

Görüşme Tarihi:

Görüşülen Kişi: Anne: Baba: Diğer

Baba İşi: Anne İşi:

I. Çocuğunuzun yaptığı veya yapmaktan hoşlandığı sporları sıralayınız.

Hiç:

Aynı Yaştaki çocuklara göre bun-

Aynı yaştaki çocuklara göre

lar için ne kadar zaman harcar?

bunları ne kadar iyi yapar?

	Onlardan Onlar Onlardan				Onlardan Onlar Onlardan			
	<u>Bilmem</u>	<u>az</u>	<u>kadar</u>	<u>çok</u>	<u>Bilmem</u>	<u>az</u>	<u>kadar</u>	<u>çok</u>
1)	1	2	3	4	1	2	3	4
2)	1	2	3	4	1	2	3	4
3)	1	2	3	4	1	2	3	4

II. Lütfen çocuğunuzun hobilerini, oyunlarını, spor ve benzeri faaliyetlerini sıralayınız. (Pul, kitap, müzik, folklor, şarkı gibi. TV'nin dışında)

Aynı Yaştaki çocuklara göre bun- Aynı yaştaki çocuklara göre
lar için ne kadar zaman harcar? bunları ne kadar iyi yapar?

	Onlardan				Onlardan			
	<u>Bilmem</u>	<u>az</u>	<u>kadar</u>	<u>çok</u>	<u>Bilmem</u>	<u>az</u>	<u>kadar</u>	<u>çok</u>
1)	1	2	3	4	1	2	3	4
2)	1	2	3	4	1	2	3	4
3)	1	2	3	4	1	2	3	4

III. Çocuğunuzun üye olduğu klüp, takım v.s. yazınız.

Hiç:

Aynı yaştaki çocuklara kıyasla, çocuğunuzun bunlarda ne kadar faaldir.

<u>Bilmem</u>	<u>Daha az aktif</u>	<u>onlar kadar</u>	<u>Onlardan çok</u>
1	2	3	4

IV. Yapmaktan hoşlandığı veya yaptığı işleri yazınız. (yatak yapma, bebek bakma)

Hiç:

Aynı yaştaki çocuklara göre bunları ne kadar sürdürür?

	<u>Bilmem</u>	<u>Onlardan az</u>	<u>Onlar kadar</u>	<u>Onlardan çok</u>
1).....	1	2	3	4
2).....	1	2	3	4
3).....	1	2	3	4

V. Sizce çocuğunuzun kaç yakın arkadaşı vardır?

Hiç: 1: 2-3: 4 veya fazla

Haftada kaç kez onlarla birlikte olur?

Birden az: 1-2 : 3 veya fazla :

VI. Aynı yaştaki çocuklarla karşılaştırarak çocuğunuzu aşağıdaki durumlarda değerlendiriniz.

	<u>Onlardan daha kötü</u>	<u>Onların benzeri, aynı</u>	<u>Onlardan daha iyi</u>
1. Kardeşleriyle geçinmesi.	1	2	3
2. Diğer çocuklarla geçinmesi	1	2	3
3. Anne-babaya karşı davranışı	1	2	3
4. Kendi kendine oynaması	1	2	3

VII. Okul başarısını değerlendiriniz.

Okula gitmiyor:

Zayıf: Orta: İyi: Pekiyi

Davranış Belirtileri

Doğru	Bazen	Genellikle	
<u>Değil</u>	<u>Doğru</u>	<u>Doğru</u>	
0	1	2	1. Yaşına göre çok çocuksu davranır, yaşından çok küçük çocuk gibi davranır.
0	1	2	2. Allerjisi vardır. (tanımlayınız).....
0	1	2	3. Çok münakaşa eder, çok tartışır.
0	1	2	4. Astımı vardır.
0	1	2	5. Karşı cins çocuğu gibi davranır.
0	1	2	6. Kakasını tuvalet dışına yapar, tuvalet dışı kaka yapar.
0	1	2	7. Övünür, kendini metheder, yüksekten atar.
0	1	2	8. Uzun süre dikkatini bir şeye toplayamaz, konsantre olamaz.
0	1	2	9. Bazı düşünceleri kafasına takar, bunları aklından silip atamaz.
0	1	2	10. Yerinde duramaz, aşırı hareketlidir ya da huzursuzdur.
0	1	2	11. Yetişkinlere yapışır ya da bağımlıdır, yetişkinlerin dizinin dibinden ayrılmaz.
0	1	2	12. Yalnızlıktan yakınır.
0	1	2	13. Konfüzyondadır, ya da sisler-bulutlar içinde gibidir, kafası karışıktır.
0	1	2	14. Çok ağlar, bağıırır, haykırır.
0	1	2	15. Hayvanlara karşı merhametsizdir, zalimdir, eziyet eder.

- 0 1 2 16. Diğer insanlara karşı kabadayıdır, kendisinden zayıfları ezer, gaddardır, haince davranır.
- 0 1 2 17. Hayallere dalar ya da düşünceler içinde kaybolmuş gibidir.
- 0 1 2 18. Bilerek, kasıtlı olarak kendine zarar verir veya intihara kalkışır.
- 0 1 2 19. Çok fazla ilgi ister.
- 0 1 2 20. Kendi eşyalarına zarar verir parçalar.
- 0 1 2 21. Diğer çocuklara veya ailesine ait şeylere zarar verir, tahrip eder.
- 0 1 2 22. Evde söz dinlemez, itaatsizdir.
- 0 1 2 23. Okulda söz dinlemez, itaatsizdir.
- 0 1 2 24. Yemek yemesi iyi değil, iştahsız.
- 0 1 2 25. Diğer çocuklarla iyi geçinmez.
- 0 1 2 26. Kötü davrandıktan yaramazlık yaptıktan sonra suçluluk hissettiği söylenemez.
- 0 1 2 27. Kıskançtır, hemen kıskanır.
- 0 1 2 28. Yenilmeyecek, içilmeyecek şeyleri yer ve içer.
- 0 1 2 29. Bazı hayvanlardan, bazı durumlardan veya bazı yerlerden korkar (okul korkusu hariç).
- 0 1 2 30. Okula gitmekten korkar.
- 0 1 2 31. Kötü bazı şeyleri düşünmekle veya yapmakla ilgili korkuları vardır.

- 0 1 2 32. Tam anlamıyla mükemmel olması gerekirmiş gibi bir
duygu içindedir.
- 0 1 2 33. Hiç kimse kendisini sevmiyormuş gibi hisseder veya bundan
yakınır.
- 0 1 2 34. Ona sanki diğer insanlar kendine karşı imiş gibi gelir.
- 0 1 2 35. Kendini değersiz veya başkalarından aşağı gibi hisseder,
ona öyle gelir.
- 0 1 2 36. Sık sık biryerlerini incitir veya kaza yapar.
- 0 1 2 37. Pek çok kavgaya karışır, çok dövüşür, kavga eder.
- 0 1 2 38. Kendisiyle alay ederler. Kendisine çok takılırlar.
- 0 1 2 39. Problem çıkaran çocuklara takılır, onlarla beraber olur.
- 0 1 2 40. Varolmayan şeyler işitir (tanımlayınız).....
- 0 1 2 41. Düşünmeden harekete geçer, impulsiftir.
- 0 1 2 42. Yalnız olmayı sever.
- 0 1 2 43. Yalan söyler veya aldatır.
- 0 1 2 44. Tırnaklarını yer.
- 0 1 2 45. Sinirli, asabi ya da gergindir.
- 0 1 2 46. Sinirli hareketleri tikleri vardır (Tanımlayınız).
- 0 1 2 47. Gece kabus görür.
- 0 1 2 48. Başka çocuklar tarafından sevilmez.
- 0 1 2 49. Kabızdır, tuvalete kolay çıkamaz.
- 0 1 2 50. Çok korkaktır veya endişelidir.

- 0 1 2 51. Başı döner, kendini sersem hisseder.
- 0 1 2 52. Fazla yer oburluk eder.
- 0 1 2 53. Kendini çok suçlu hisseder.
- 0 1 2 54. Aşırı yorgundur.
- 0 1 2 55. Aşırı kilolu, şişmandır.
- 0 1 2 56. Tıbbi nedeni bilinmeyen fiziksel şikayetleri var.
- 0 1 2 a. Ağrılar, sızılar.
- 0 1 2 b. Başağrıları.
- 0 1 2 c. Bulantı.
- 0 1 2 d. Göz problemleri. (tanımlayınız)
- 0 1 2 e. Döküntüler, başka cilt problemleri.
- 0 1 2 f. Mide krampları veya ağrıları.
- 0 1 2 g. Kusma, çıkarma.
- 0 1 2 h. Değerleri. (tanımlayınız).
- 0 1 2 57. İnsanlara saldırır, fiziksel saldırıda bulunur.
- 0 1 2 58. Burnunu karıştırır, cildini ya da vücudunun başka yerlerini kaşır.
- 0 1 2 59. Herkesin içinde kendi cinsel organları ile oynar.
- 0 1 2 60. Cinsel organlarıyla çok fazla oynar.
- 0 1 2 61. Dersleri kötüdür.
- 0 1 2 62. Hareketleri dengeli değildir, hantal ve beceriksizdir.
- 0 1 2 63. Daha büyük çocuklarla oynamayı tercih eder.

- 0 1 2 64. Daha küçük çocuklarla oynamayı tercih eder.
- 0 1 2 65. Konuşmayı reddeder, konuşmaz.
- 0 1 2 66. Belli hareketleri boyuna tekrarlar durur veya kafasında bazı takıntıları, silip atamadığı saplantılı düşünceleri vardır.
- 0 1 2 67. Evden kaçar, firar eder.
- 0 1 2 68. Çok fazla bağırır, haykırır, feryat eder, çığlıklar atar.
- 0 1 2 69. Sır saklar, ağzı çok sıkıdır.
- 0 1 2 70. Varolmayan şeyler görür. (tanımlayınız).
- 0 1 2 71. Çabuk mahçup olur, sıkılgandır, utangaçtır.
- 0 1 2 72. Ateş yakar yangın çıkarır.
- 0 1 2 73. Cinsel sorunları vardır (tanımlayınız).
- 0 1 2 74. Gösteriştten hoşlanır, şaklabanlık yapar.
- 0 1 2 75. Ürkek, mahçup ya da çekingendir.
- 0 1 2 76. Çocukların çoğundan daha az uyur.
- 0 1 2 77. Gündüz ve/veya geceleri çocukların çoğundan çok daha fazla uyur.
- 0 1 2 78. Kakasıyla oynar, dışkısını etrafa yayar.
- 0 1 2 79. Konuşma problemi vardır (tanımlayınız).
- 0 1 2 80. Boş gözlerle uzun uzun bakar.
- 0 1 2 81. Evden birşeyler çalar hırsızlık yapar.
- 0 1 2 82. Ev dışında hırsızlık yapar.

- 0 1 2 83. Hiç ihtiyacı olmayan şeyleri biriktirir, yığar depo eder (tanımlayınız).
- 0 1 2 84. Garip davranışları vardır (tanımlayınız).
- 0 1 2 85. Garip düşünceleri fikirleri vardır (tanımlayınız).
- 0 1 2 86. Dikbaşı, ters huysuzdur ya da sinirlidir, çabuk öfkelenip kızar.
- 0 1 2 87. Duygu ve ruh durumunda ani değişiklikler olur.
- 0 1 2 88. Çok fazla surat asar, somurtur.
- 0 1 2 89. Şüphecedir.
- 0 1 2 90. Sövüp sayar, ağıza alınmayacak çirkin sözler kullanır.
- 0 1 2 91. Kendini öldürmekten bahseder.
- 0 1 2 92. Uykuda konuşur ya da dolaşır (tanımlayınız).
- 0 1 2 93. Gereğinden fazla konuşur.
- 0 1 2 94. İnsanlara çok fazla takılır, onları rahatsız eder.
- 0 1 2 95. Aksilik nöbetleri vardır, öfkeli.
- 0 1 2 96. Cinselliği çok fazla düşünür.
- 0 1 2 97. İnsanları tehdit eder.
- 0 1 2 98. Parmak emer.
- 0 1 2 99. Temizlik ve düzene çok düşkündür, temizlik ve düzene çok ilgilidir.
- 0 1 2 100. Uykusu problemlidir (tanımlayınız).
- 0 1 2 101. Kaçaklar yapar, okulu aksatır.

- 0 1 2 102. Çok yavaş hareket eder, çok hareketsizdir, ya da enerjisi yoktur.
- 0 1 2 103. Mutsuz, üzüntülü ya da depresyondadır.
- 0 1 2 104. Gereğinden çok gürültülüdür, yüksek seslidir, bağırır, çağırır konuşur.
- 0 1 2 105. Alkol veya doktorun vermediği ilaçları kullanır (tanımlayınız).
- 0 1 2 106. Tahripkardır, vahşice yakıp yıkar, gaddardır.
- 0 1 2 107. Gündüz altını ıslatır.
- 0 1 2 108. Gece altını ıslatır.
- 0 1 2 109. Sızlanır, mızıldanır.
- 0 1 2 110. Karşı cinsten olmayı ister.
- 0 1 2 111. İçe kapalıdır, diğer insanlara karışmaz.
- 0 1 2 112. Endişelidir, herhangi bir konuda tasalanır.
- 0 1 2 113. Burada sözü edilmemiş problemleri varsa, lütfen bunları belirtiniz.
- 0 1 2 a.