

**T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi  
Yrd. Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK

**TİP 1 DİYABETLİ ADOLESANLARIN ALGILADIKLARI  
ANNE-BABA TUTUMLARI VE KARAR VERME  
STRATEJİLERİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

**Elif EREN ÇİTAK**

EDİRNE - 2015

**T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi  
Yrd. Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK

**TİP 1 DİYABETLİ ADOLESANLARIN ALGILADIKLARI  
ANNE-BABA TUTUMLARI VE KARAR VERME  
STRATEJİLERİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

**Elif EREN ÇİTAK**

Tez No :

EDİRNE – 2015

## **TEŐEKKÖRLER**

Eğitimim ve tez çalışmam boyunca gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı tez danıőman hocam Yrd. Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK'a, yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Tülin YILDIZ'a, Öğr. Gör. Burcu ERDOĞAN SAPMAZ'a, Öğr. Gör. Gökçe NAL'a ve Öğr. Gör. Hilal ÖZTÜRK'e, desteklerini hep hissettiren ve her türlü imkanı sağlayan sevgili eőim Emre ağrı ÇITAK'a, hiç bir fedakarlıktan kaçınmadan daima yanımda olarak bugünlere gelmemi sağlayan canım annem Server EREN'e, sevgili babam Hayrettin EREN'e ve kardeőim Nur EREN'e teőekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
GENEL BİLGİLER .....	4
TİP 1 DİYABETİN TANIMI .....	4
TİP 1 DİYABETİN EPİDEMİYOLOJİSİ .....	4
TİP 1 DİYABETİN ETYOLOJİSİ .....	5
TİP 1 DİYABETİN FİZYOPATOLOJİSİ .....	8
TİP 1 DİYABETİN TEDAVİSİ .....	10
TİP 1 DİYABETİN KOMPLİKASYONLARI .....	12
TİP 1 DİYABET VE HEMŞİRELİK BAKIMI .....	16
ADOLESAN DÖNEMİ .....	20
ADOLESAN DÖNEMİN ÖZELLİKLERİ .....	21
ADOLESAN DÖNEM VE TİP 1 DİYABET .....	22
TUTUM KAVRAMI .....	23
ANNE-BABA TUTUMUNA İLİŞKİN MODELLER .....	24
TİP 1 DİYABETLİ ADOLESAN VE ANNE-BABA TUTUMU .....	25
KARAR VERME STRATEJİLERİ .....	26
TİP 1 DİYABETLİ ADOLESAN VE KARAR VERME STRATEJİLERİ.....	28
GEREÇ VE YÖNTEMLER .....	31
BULGULAR .....	36
TARTIŞMA .....	52
SONUÇ VE ÖNERİLER .....	62
ÖZET .....	66
SUMMARY .....	67
KAYNAKLAR .....	68
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	77
ÖZGEÇMİŞ .....	78
EKLER	

## SİMGE VE KISALTMALAR

**BM:** Birleşmiş Milletler

**DKA:** Diyabetik ketoasidoz

**DM:** Diyabetes Mellitus

**DNA:** Deoksiribonükleik asit

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**HLA:** Human Leucocyte Antigen

**ICA:** İnsülin otoantikorları

**IDF:** [International Diabetes Federation](http://www.idf.org)

**iv:** Intravenöz

**NPH:** Neutral Protamine Hagedorn

**sc:** Subkutan

**TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

**UNESCO:** United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

## GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalıklar çocukluk çağında yaygın olarak görülmekte ve giderek görülme sıklığı artmaktadır (1). Bununla birlikte tıp bilimlerinin ilerlemesi ve yeni yapılan çalışmalarla, çocukluk çağındaki kronik hastalıklarda yaşam süreleri uzamaktadır (2,3). Yaşam süresinin uzaması ile birlikte hasta çocuk ve ailesi, hastalığın getirdiği psikososyal etkilere daha uzun süre maruz kalmakta, bu durum fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (2,4,5).

Diyabet, insülin yetersizliği ya da yokluğu sonucu glisemik kontrolün bozulmasıyla ortaya çıkan kronik bir hastalıktır (6-8). Kronik hastalığı olan bir bireyin gereksinimlerini kendi kendine karşılayabilmesi önemlidir. Hastalığın tedavisinde temel amaç yaşam kalitesini kötüleştiren diyabet komplikasyonlarının gelişmesini önlemektir. Bu komplikasyonlarının önlenmesi için diyabetli bireyin ilaç tedavisini doğru uygulaması, beslenme şekli ve fizik aktivitesini yeni durumuna göre düzenlemesi ve kendi kendini izlemesi beklenmektedir (8,9).

Kronik hastalığı olan çocukların hastalığa verdikleri tepkiler, çocuğun yaşına, duygusal ve bilişsel gelişim sürecine, hastalığın ciddiyetine, hastalığın çocuk ve ailesi için taşıdığı anlama, ebeveyn-çocuk ilişkisinin kalitesine, aileden ve sosyal çevreden alınan desteğe, hastalığın çocuğun fiziksel, psikolojik ve bilişsel işlevlerine getirdiği kısıtlamalara ve okul yaşantısını etkileme durumuna bağlı olarak farklılıklar göstermektedir (3,6).

Adolesan dönem, kimlik geliştirme, fiziksel değişikliklere uyum sağlama, geleceğe yönelik planlar yapma ve bağımsızlığını kazanma ile karakterize bir dönemdir (3). Bu dönemde, kronik bir hastalığın varlığı, adolesanın kimlik ve cinsel gelişimini, bağımsızlığını, benlik saygısını, bedenini kontrol etme yeteneğini, meslek seçimini, eğitimini, özetle tüm yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir (3,5). Ayrıca adolesanın bağımsızlığını azaltmakla

birlikte etkinliklerini de kısıtlamaktadır (4,5). Tip 1 diyabet adolesanın günlük yaşantısında medikal uygulamalar (kan şekeri ölçümü, insülin enjeksiyonu) ve yaşam tarzında değişiklikleri (diyet, egzersiz) içeren bir kompleks bir hastalıktır. Fiziksel, emosyonel, psikososyal değişimlere neden olan diyabet adolesanların yaşamlarında güçlükler oluşturmaktadır (10). Adolesanların bu süreçte hastalığa adaptasyona ve iyi bir diyabet yönetimine gereksinimleri vardır (10-12).

Diyabet kişi için yeni bir yaşam deneyimidir ve uyum çabası gerektirir. Diyabetini başarılı olarak yönetmek için adolesan kendine bakım davranışlarını öğrenmeli ve bunların getirdiği zorluklarla baş edebilmelidir (4,13,14). Adolesanların diyabeti yönetebilmeleri, etkili karar verme becerilerini geliştirmelerine bağlıdır (15). Karar verme bilişsel bir süreçtir ve en önemli yaşam becerilerinden biridir (16). Karar verme, bir ihtiyaç durumunda bu ihtiyacı karşılamak amacıyla mevcut seçeneklerden duruma en uygun olanının seçilmesi olarak tanımlanır (16,17). Aile, adolesanın karar verme sürecine nasıl katılacağını ve adolesanın ne kadar ölçülü davranacağını ve güvenli karar verme becerilerine sahip bir birey olacağını belirleyen en önemli faktördür. Eğer adolesanın ailenin kararlarına katılımı sağlanırsa, karar verme yeterliliği ve verdiği kararlara güveni sağlanacaktır (15).

Çocuğun kendisini ve dünyayı algılamasını ve olaylar karşısında göstereceği tepkiyi belirleyen en önemli etmenlerden biri de anne babanın ona karşı davranışlarıdır (18,19). Anne babanın olumlu tutumları çocuğun kendine özgü bir benlik geliştirmesine izin verir. Çocuğun benlik saygısı yüksek, sorumluluk duygusu ve özdenetimi gelişmiş bir birey olmasını sağlar. Ayrıca adolesanın tedaviye uyumu ve bağımsız birer erişkin olmasında anne baba tutumları da önemli ölçüde rol oynar (19,20). Buna karşılık olumsuz tutumlar, benlik saygısı, girişkenlik düzeyi, bağımsızlık ve iç kontrolün düşük olması, yüksek düzeyde saldırganlık ve güvensizlikle sonuçlanır. Çocukta sorumluluk duygusu gelişmez. Çocuk güç durumlarla başa edemeyen, bağımlı ve pasif bir birey olur (18). Kronik hastalığı olan çocukların ebeveynleri ile sıklıkla bağımlı ve olgunlaşmamış bir ilişkileri vardır. Aile bireylerinin çocuğa karşı koruyucu ve kollayıcı tutumları çocuğun bağımlılığını daha da destekler (1,11,21).

Kronik hastalıklarda hemşirelik bakımı, uzun süren ve kapsamlı bir değerlendirmeyi ve aile merkezli bakım vermeyi gerektirir. Hemşirelik bakımının amacı, adolesanın fiziksel, zihinsel, sosyal ve duygusal yönden potansiyelini en üst düzeyde kullanmasını sağlamaktır (6,22). Hemşirelik bakımı sadece adolesanın hastalık durumuna değil, tüm gereksinimlerine yönelik ve dinamik olmalıdır (2). Adolesan dönem, problemlerin en sık ve yoğun yaşandığı, davranış değişikliklerinin ve uyum güçlüklerinin görüldüğü, sorgulamaların, ana baba

çatışmalarının çoğaldığı, gelecek endişesinin ve yaşamla ilgili kararların alındığı bir dönemdir. Bu nedenle, kronik hastalığın bu dönem üzerine etkilerinin iyi saptanıp, bakım ve tedavinin bütüncül yaklaşımla ele alınması gereklidir (11). Bu durum çocuk hemşiresinin danışmanlık rolü açısından da önemle ele alınması gereken bir konudur (18).

Çocuk hemşiresinin, diyabetli adolesan ve ailesine yeni sorumluluklar üstlenebilmeleri için gerekli güveni ve cesareti verebilmesi, onların anksiyetelerini azaltabilmesi ve tedavi sürecine katılımlarını sağlayabilmesi için, Tip 1 diyabetin adolesan üzerindeki etkilerini belirleyip, bütüncül bakım kapsamında ele alması gerekmektedir. Bu etkilerin belirlenmesinde anne-babanın adolesana karşı tutumları ve adolesanın karar verme stratejileri önemlidir (10,21,22). Bu nedenle bu çalışma, Tip 1 diyabetli adolesanların algıladıkları anne-baba tutumları, karar verme stratejileri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.



## **GENEL BİLGİLER**

### **TİP 1 DİYABETİN TANIMI**

Diabetes mellitus (DM) insülin salgılanmasında ya da insülin etkisindeki yetersizlik sonucu gelişen karbonhidrat, yağ ve protein metabolizması bozukluğuna bağlı, hiperglisemi ile seyreden kronik endokrin-metabolik bir hastalıktır (4,7,10,13,23,24). Değişik derecede beta hücre fonksiyon bozukluğu ile birlikte kas, karaciğer ve yağ dokusunda görülen insülin direnci olarak da tanımlanabilir (7,24-26).

Tip I diyabette insülin salgılanması yetersiz olup, hastaların yaşamlarını sürdürebilmeleri için mutlaka insülin almaları gerekmektedir (4,7,10,13,23-26). Diğer özgül diyabet tipleri, beta hücre fonksiyonu ve insülin etkisi ile ilişkili genetik kusurlar, ekzokrin pankreas hastalıkları, endokrinopatiler, ilaçlar gibi durumlar sonucu ortaya çıkabilir (7,23,24,27). Mitokondriyal sendromlarda da vakaların çoğunda insüline gereksinim yoktur. Mitokondriyal DNA mutasyonları ile birlikte görülen diyabet, beta hücrelerinde enerji yapım kusuru sonucu insülin salgılanmasında yetersizliğe bağlıdır (7,24,25).

### **TİP 1 DİYABETİN EPİDEMİYOLOJİSİ**

Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF)'nin 2013 verilerine göre, Avrupa'da 56.3 milyon, Ortadoğu ve Kuzey Afrika'da 34.6 milyon, Afrika'da 20 milyon, Batı Pasifik'te 138 milyon, Kuzey Amerika ve Karayiplerde 37 milyon, Merkez ve Güney Amerika'da 24 milyon ve Güney-Doğu Asya'da 72 milyon olmak üzere Dünya'da toplam 382 milyon diyabetli birey bulunmaktadır. Türkiye'deki diyabetli sayısı 7 milyondur. Bu hastaların %5-10'u Tip 1 diyabetlidir (28).

Çocuk ve adolesanlarda görülen DM'un %97'si Tip I diyabettir (24). Tip 1 diyabetin erkek ve kızlarda görülme sıklığı eşittir (7). Dünya'da her yıl en az 60000 çocuk ve adolesana tip 1 diyabet tanısı konulmakta ve hastalığın görülme oranı her yıl %3-5 oranında artmaktadır. Tip 1 diyabet yaygın olarak Avrupa'da görülmekte olup, Avrupa'da 0-14 yaş Tip 1 diyabetli çocuk sayısı 129.4 bin, yıllık yeni teşhis sayısı 20 bindir (3). Avrupa'da Tip 1 diyabet insidansı Doğu Avrupa ülkelerinde düşük, diğer Avrupa ülkelerinde 7-24/100000/yıl arasında değişmektedir (7,29).

Tüm ülkeler ele alındığında; insidans Güney Amerika ve Çin'de en düşük (<1/100000/yıl), Finlandiya, Sardunya, İsveç, Norveç, Portekiz, İngiltere, Kanada ve Yeni Zellanda'da ise yüksektir (>20/100000/yıl). Sardunya ve Finlandiya'da insidans 37/100000/yıl'dır. Tip 1 diyabet insidansı ABD'de yılda 16.1/100000, Kuzey Afrika'da yılda 10-20/100000 olarak bildirilmiştir. Beyaz ırkta diyabet gelişme riski yaklaşık %0.4 gibi oldukça düşük oranlardadır (7).

Ülkemizde her yıl yaklaşık 1700 çocuk Tip 1 diyabet tanısı almakta ve 18 yaş altı Tip 1 diyabetli çocuk sayısının 15000 civarında olduğu tahmin edilmektedir (28). Bu rakamlara göre, Ülkemizde 70 pediyatrik endokrinoloji merkezi gerekli olmasına karşın 52 pediyatrik endokrinoloji merkezi mevcuttur ve 200 çocuğa bir diyabet ekibi düşmektedir. Ayrıca ülkemizde 140 diyabet hemşiresine ihtiyaç olup, 33 diyabet hemşiresi ve sınırlı sayıda diyetisyen ve psikolog bulunmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türkiye Diyabet Vakfı'nın 2009 yılında yapmış olduğu araştırma verilerine göre, Tip 1 diyabetin İstanbul'da görülme oranı %0,66'dır (29). Her yıl ülkemizde prevalanstaki %3-5 oranındaki bu artış günümüzde Tip 1 diyabeti kronik hastalıklar arasında önemli bir yere taşımaktadır (30).

## **TIP 1 DİYABETİN ETYOLOJİSİ**

Tip 1 diyabet, genetik yatkınlığı olan kişilerde çevresel faktörlerin etkisi ile beta hücrelerine yönelik olarak başlayan otoimmün hasar ve bunu izleyen inflamatuvar olaylar sonucu gelişir (7,23,24,26). Tip 1 diyabetin etiopatogenezinden sorumlu birçok faktör vardır. Bunlar genetik, otoimmün ve çevresel faktörlerdir (31).

### **Genetik Faktörler**

Tip I diyabete yatkınlık sağlayan genler vardır (4). Diyabetin ortaya çıkışında tek bir genin etkili olmadığı, hastalığın birden fazla genle ilgili olduğu, birçok genin kalıtımla geçtiği düşünülmektedir (7). Yani Tip 1 diyabetin genetiği multifaktöryel kalıtmıdır (4). Tip 1

diyabetin kalıtımla ilişkisi olduğunun kanıtı 6. kromozom (kromozom 6p21) üzerindeki histokompatibilite antijenlerinin gösterilmiş olmasıdır (1). HLA, sınıf II bölgesi içine yerleşir. Sınıf II haplotipleri içerisinde diyabete eşlik ettiği en iyi bilinenler HLA-DR3 ve HLA-DR4'tur (24). HLA-DR3 ya da DR4 antijenlerini taşıyan kişilerde Tip 1 diyabet riski 2-3 kat fazladır. DR3 ve DR4'n birlikte bulunması halinde ise risk 7-10 kat artar. Ayrıca HLA DQ antijenindeki beta hücre zinciri üzerindeki 57. pozisyonunda aspartik asitin homozigot yokluğu Tip 1 Diyabet gelişim riskini 100 kat artırır. HLA DR2 antijenini (koruyucu) taşıyanlarda ise Tip 1 Diyabet görülme riski azdır (23).

Ailede diyabet varlığında diyabet riskinin artması kalıtımın etkisini göstermektedir (7). Annesi Tip 1 diyabet olan bir çocukta diyabet %2, babası diyabet olanlarda ise risk %7'dir (1). Tip 1 diyabetli çocuğun kardeşinde ise risk %6, biri diyabetli tek yumurta ikizlerinin ikiz eşinde %30-50, çift yumurta ikizlerinde %6-10'dur. Kardeşlerde Tip I diyabet çıkma olasılığı, hasta kardeşle aynı HLA haplotiplerini taşımasıyla ilişkilidir. Kardeş her iki HLA haplotipini paylaşıyorsa Tip 1 diyabet riski %12-20, bir haplotipi paylaşıyorsa %5-7, hiçbir haplotip benzerliği yoksa risk %1-2'dir. Ancak Tip 1 diyabetin gelişiminde kalıtım dışı etkiler de söz konusudur. Örneğin DR3, DR4 genel toplumda da %50 oranında görülür. Tip 1 diyabetli vakaların yaklaşık %10'nunda da HLA-DR3 veya DR4 antijenleri bulunmaz (7,32).

### **Otoimmün Faktörler**

Tip 1 diyabetin başlangıç yaşı en sık 5-7 yaş ve puberte dönemdir. Küçük yaşlarda başlangıç daha hızlı ve immün göstergeler daha az belirgindir (7). Süt çocuğu döneminde nadirdir. Okula başlama ile çocuğun yaşadığı stresin, Tip 1 diyabet insidansını arttırdığı düşünülmektedir. Hashimoto tiroiditi, adrenal hastalıklar, Graves hastalığı gibi endokrin hastalıkları ile birlikte görülebilir (33). Puberte dönemde meydana gelen hormonal değişiklikler anti-insliner etki yapmakta ve Tip 1 diyabetli vakaların %75'ine 18 yaşından önce tanı konulmaktadır (7,13,32).

Hastalığın ortaya çıkışında viral enfeksiyonlar, aşılar, beslenme, toksinler ve stres gibi çevresel faktörler rol oynar. Kabakulak, rubella, sitomegalovirüs, coxackie B3-B4 epidemileri sonrası Tip 1 diyabet sıklığında artış gözlenmiştir (23). Çünkü bu virüsler  hücrelerini enfekte edebilme özelliğine sahiptir. Konjenital rubella enfeksiyonu olan çocuğun, enfeksiyondan sonraki yaşamında diyabet olma riski yüksektir (%10-12). Çocukluk ağı aşılamaları ile diyabet arasında ilişki bulunamamıştır (24).

Tip 1 diyabetin bebeklik dönemi beslenmesi ile ilişkisi de araştırılmaktadır. Süt çocukluğu döneminde inek sütü ile beslenenlerde diyabet gelişimi ile ilgili çalışmalar vardır. Hayvan deneklerinde inek sütü ile beslenmeyle diyabet gelişimi arasında ilişki bulunmuştur (23,24). Otoimmün reaksiyonu başlatan antijen inek sütünde bulunan sığır (bovin) serum albuminidir. Ancak insan Tip 1 diyabetinde inek sütünün rolü çelişkilidir (24). Finlandiya’da son 20-25 yılda anne sütü verme süresi ve sıklığının artmasına karşın Tip 1 diyabet insidansında yükselişin devam edişi bebek beslenmesi ve Tip 1 diyabet arasında ilişkiyi desteklememektedir. Ancak bebek beslenmesinde glutenli yiyeceklere 3 aylıktan önce başlanmasıyla otoimmünitede artış gösterilmiştir (7,32).

Bazı kimyasal toksinlerde diyabetin oluşumundan sorumlu tutulmuştur (23). Alloksan, vakor, streptozotosin ve pentamidin gibi kimyasallar ve ilaçlar doğrudan  $\beta$  hücrelerine toksik etkilidir (24). Sebzeler ve et ürünlerine konulan katkı maddelerinden nitrat ve nitritler de Tip 1 diyabet için olası bir çevresel risk faktörüdür (34).

D vitaminin immünomodülatör etkisi olduğu çalışmalarda gösterilmektedir (29). Süt çocukluğunda D vitamini desteğinin daha sonraki çocukluk döneminde Tip 1 diyabet gelişimini önleyeceği, gebelikte alınan D vitamininin, çocuklukta Tip 1 diyabet riskini azaltacağı yönünde araştırma sonuçları vardır (7,35).

Anne-bebek kan uyumsuzluğu, yenidoğanda solunum güçlüğü, sezeryan doğum, doğum ağırlığı, gebelik yaşı, ileri anne yaşı, yenidoğan enfeksiyonları gibi perinatal faktörlerin de Tip 1 diyabet gelişiminde etkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır (7,36,37). Tip 1 diyabet insidansında artışın alerjik hastalıklar ve bronşiyal astımda artışla paralellik göstermesi hijyen hipotezini ortaya çıkarmıştır. Buna göre yenidoğanda immün yanıtın olgunlaşması için erken çocukluk döneminde enfeksiyon ajanları ile karşılaşılması gerektiği sonucuna varılmıştır (7,32,36,37).

### **Çevresel Faktörler**

Göçmenlerle ilgili çalışmalar, Tip 1 diyabet gelişiminde çevresel değişikliklerin etkisini göstermektedir (7). Örneğin Kanada’da doğan İsraili çocuklarda insidans, İsrail’de doğanlara oranla 4 kat fazladır. Yine Japonya’da Tip 1 diyabet insidansı çok düşük olmasına karşılık; Hawaii’de yaşayan Japonlarda, Japonya’da yaşayanlara göre Tip 1 diyabet insidansı 5 kat daha fazladır (7,38).

Tip 1 diyabetin ortaya çıkışında mevsimsel farklılıklar da etkilidir. En sık kış ve sonbahar aylarında görülür. Sosyo-ekonomik durum ile ilgili belirli bir ilişki yoktur (7,32).

## TİP 1 DİYABETİN FİZYOPATOLOJİSİ

Diyabetlilerin %80-90'ında adacık hücrelerinin yüzey ve sitoplazmik bileşenlerine karşı antikorlar (ICA) mevcuttur. Ayrıca hastaların %80'nin de glutamik asit dekarboksilaza (GAD) karşı antikorlar (GADA) ve %30-40'ında insülin antikorları saptanır (7,23,24).

Tip 1 diyabetin gelişiminde ilk olarak genetik yatkınlık HLA antijenleri ile saptanır ama adacık hücreleri henüz sağlamdır. Ancak çevresel faktörlerin otoimmün olayı tetiklemesi ile β hücre hasarı başlar. Bu dönemde insülin salımında azalma vardır ama henüz kan şekeri düzeyi normaldir. Sonrasında kan şekeri düzeylerinde normalden sapmaların başlaması ile oral glukoz yükleme yanıtları bozulur, açlık kan glikozu artar ve klinik diyabet ortaya çıkar. Klinik diyabetin ortaya çıktığı dönemde β hücrelerinin %80'i, son aşamada ise artık β hücrelerinin tamamı harap olmuştur (7,10,23,24,27,31,32).

Küçük çocuklarda, özellikle DR3/DR4 haplotipi olanlarda, hiperglisemi başladıktan sonraki 3 yılda β hücre yıkımı tamamlanır, ancak büyük hastalarda bu süre 10 yılı bulabilir (23,24,27,31). Etkin tedavi yaklaşımları hastalığın başlangıcında yapılırsa β hücrelerinin bir kısmı kazanılabilir. Adacık hücre otoimmünitesi bir kez başladığında, adacık hücre yıkımının ilerleme hızı değişken olup, epitop dağılımı olması yakın progresyonun önemli bir göstergesidir. Tek otoantikoru olan çocukların hastalık süreci yavaş ilerlerken, çoklu antijenlere karşı otoantikorları olanlarda süreç hızlı ilerler (7,10,23,24,27,31,32).

İnsülin eksikliğinde karbonhidrat, lipid ve protein metabolizması bozulur. İnsülinin başlıca etkileri; lipogenez, glikojenezi arttırması, glikojenoliz ve glikolizi azaltmasıdır. Ayrıca protein ve lipid sentezini arttırır. İnsülin eksikliğinde bu etkiler tersine döner. Ketojeniz ve glikoliz artar, protein ve lipid yıkımı hızlanır. İnsülin için başlıca hedef dokular kas, karaciğer ve yağ dokusudur (7,10,24,39,40).

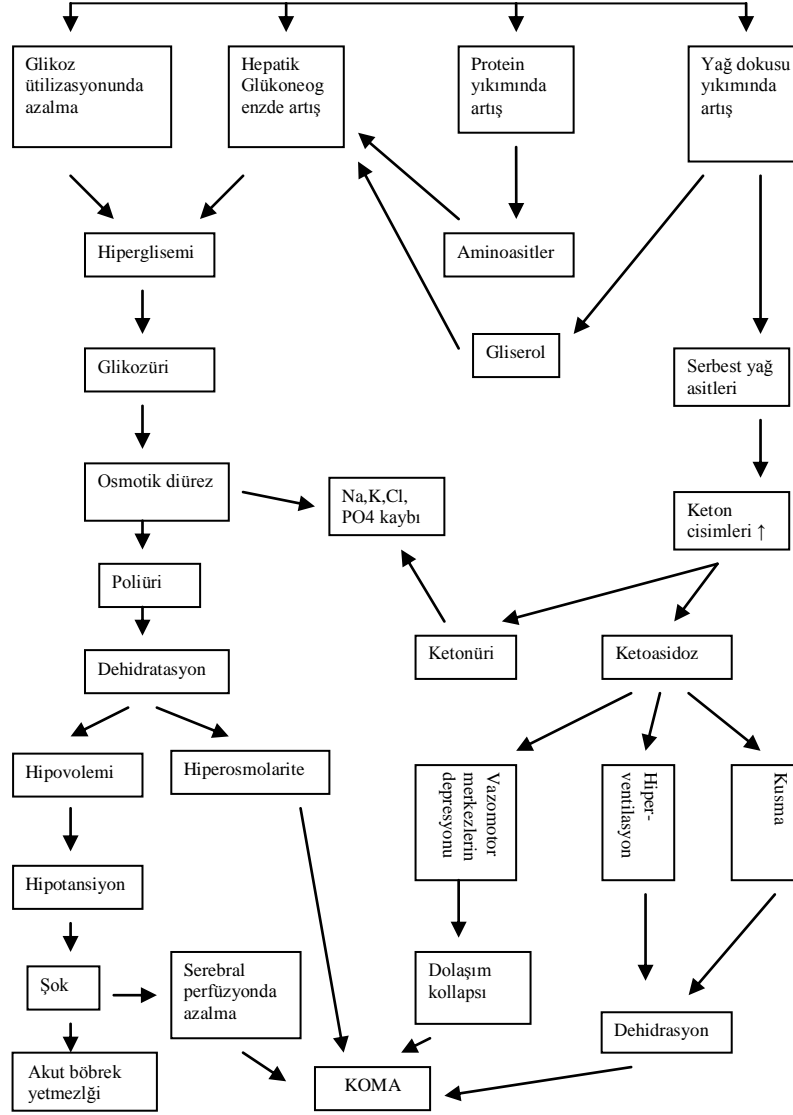
Intrauterin dönemde insülin, fetal organogenez ve gelişmede, doku yenilenmesinde önemlidir (36,38). İnsülin salgılanması sırasında her molekülden insülin ile C peptid salgılanır. Bu nedenle kanda peptid bakılması endojen insülin düzeyi hakkında bilgi verir. (23). Serum glukoz konsantrasyonu başta olmak üzere aminoasitler, serbest yağ asitleri, keton cisimleri, sekretin, vazoaaktif intestinal polipeptid (VIP), pankreozimin, glukagon, sekretin insülin salgısını uyarırlar. Glukagon, insülin salımını uyarır. İnsülin salgısı ise glukagon salgısını bloke eder. Somatostatin her iki hormon salgılanmasını baskılar. İnsülinin azalması somatomedinin de azalmasına ve sonuç olarak büyümede gecikmeye yol açar (10,23,24,32,39,40).

Hafif insülin eksikliğinde, kas ve yağ dokusunun glukoz kullanımı azalır, postprandiyal hiperglisemi ortaya çıkar. Daha düşük insülin düzeylerinde, glikojenoliz ve glukoneogenez yoluyla karaciğer aşırı glukoz üretir, açlık hiperglisemisi başlar. Hiperglisemi renal eşiği aştığında (>200mg/dl) ozmotik diürez olur. Dehidrasyonun yanı sıra kalori ve elektrolit kaybı fizyolojik stres yaratarak, stres hormonlarının (epinefrin, kortizol, büyüme hormonu) aşırı sekresyonuna yol açar (8,9,10,23,24,39).

İnsülin eksikliği sonucu depolardaki glikojenoliz, lipoliz, proteoliz mobilizasyonu artar. Glukozun hücre içine girişi bozulur ve sonuç olarak kan şekeri yükselir (41). Böbrek glukoz eşiğinin aşılmasıyla glükozüri, ozmotik diürez sonucu poliüri ve elektrolit kayıpları gelişir. Poliüri sonucu hastalarda dehidrasyona bağlı olarak susuzluk hissi gelişir. Çocuk çok su içer (polidipsi). Glukoz enerji için kullanılmadığından vücut alternatif yakıt olarak protein ve yağları kullanır. Protein katabolizması sonucu çocuklarda açlık hissi (polifaji), kilo kaybı, letarji ve çabuk yorulma görülür (7,8,10,32,39). Lipoliz sonucu artan yağ asit metabolizmasına bağlı olarak biriken keton cisimleri ve ketoasitler nedeniyle metabolik asidoz gelişir. Sonuç olarak, ketoasidoz gelişmeden önce çocuklarda poliüri, polidipsi, enürezis nokturna, polifaji, kilo kaybı, letarji vardır. Ketoasidozda olan çocuklarda ise bu bulgulara ilave olarak karın ağrısı, ağızda aseton kokusu, bulantı, kusma, hipervantilasyon, kussmaul solunumu, şuur bulanıklığı ve koma tablosu gelişir (23,24,31) (Şekil 1).

## İnsülin Eksikliği

(Glukagon, büyüme hormonu, glukokortikoidler, katekolaminler artışı ile birlikte)



**Şekil 1. Tip 1 diyabetin fizyopatolojisi** Olcay N, Ertuğrul T. Pediatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 2010.

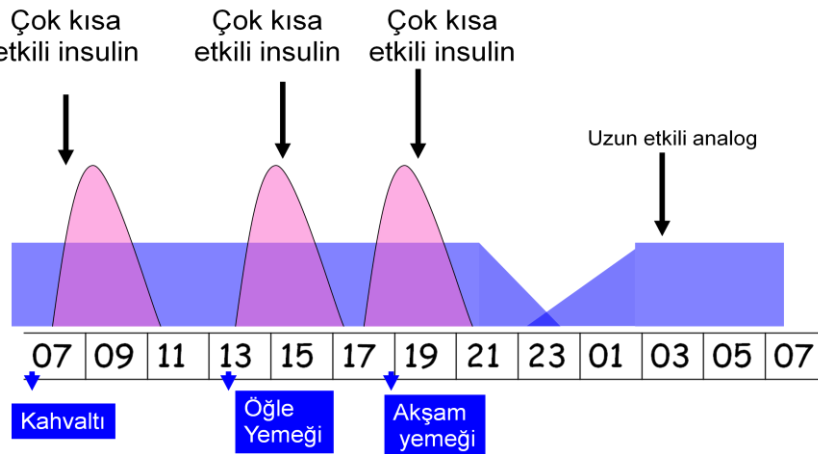
## TIP 1 DİYABETİN TEDAVİSİ

Tip 1 diyabetin tedavisinde amaç iyi bir metabolik kontrol sağlamak ve böylece akut metabolik komplikasyonları (ketoasidoz, hipoglisemi, sabah hiperglisemileri, lipodistrofiler, insüline bağlı komplikasyonlar) ve ilerde gelişebilecek kronik komplikasyonları (büyüme-gelişme gerilikleri, hepatomegali, eklem kısıtlılığı, nefropati, nöropati, retinopati, katarakt) önlemektir. Bu amaçlara ulaşmak için çocuk ve ailenin diyabet konusundaki eğitimi önemlidir (10,13,21,41).

Eğitimde amaç, adolesanı diyabet hakkında bilgilendirmek, diyabetin kontrol altında tutulması ve diyabet ile birlikte yaşamasını öğretmektir (13,23). Eğitimde adolesana ve ailesine insülin doz değişiklikleri, evde glükometre ile kan şekeri tayini, idarda şeker ve keton bakılması, beslenme özellikleri, besin değişimi, egzersiz yapmanın önemi ve ilkeleri, hipoglisemi ve hipergliseminin tanınması ve alınması gereken önlemler, araya giren hastalıklarda yapılması gerekenler öğretilmelidir (10,23,42-44).

İnsülin, Tip 1 diyabette tedavinin temel ögesidir. Sağlıklı kişilerde fizyolojik insülin salınımı kan glükozu değişikliklerini izler, bazal düzey ve besin alımına bağlı salgılanma epizodlar şeklindedir. İnsülin tedavisi de bu fizyolojik salınımı en iyi şekilde taklit etmek için planlanmalıdır (23). Çocuk eğer ketoasidoz öncesi dönemde gelmiş ise metabolizmayı normale döndürmek ve hiperglisemiyi düzeltmek için 0.5-1 Ü/kg/gün insülin başlanır (5). İnsülin enjeksiyon bölgeleri olarak kolların üst ve yan bölgeleri, ön ve yan uyluk, gluteal bölge ve göbek bölgesi kullanılır. Uygulamada lipodistrofileri önlemek için aynı bölgede ve bölgeler arasında dönüşüm yapılmalıdır (10,23,24,42-46).

Tedavide domuzdan elde edilen saflaştırılmış monokomponent (MC) insülinler ve rekombinant DNA tekniği ile elde edilen insan insülinleri (HM) kullanılmaktadır (7,10,23,33,44,45). Türkiye’de kullanılan insülinler 100 Ü/ml içeren flakonlardır. İnsülinler etkilerine göre kısa, orta, uzun ve çok hızlı etkili insülinlerdir (Şekil 2). Kristalize, regüler olarak da adlandırılan kısa etkili insülinler intravenöz (IV) olarak uygulanabilir. Orta etkili insülinler iv. verilmezler. En çok kullanılan orta etkili insülin NPH’dır. Kısa etkili insülinler genellikle yemekten 30 dakika önce verilir. Çok hızlı etkili insülin analogu (Lispro) ise beslenmeden hemen önce, beslenme sırasında, hatta beslenmeden sonra uygulanabilir. İnsülin ketoasidoz dışında subkutan (SC) olarak uygulanır (10,23,42,44-46) (Şekil 2).



**Şekil 2. Çok kısa ve uzun etkili insülin analogları** Cantez T, Ömeroğlu RE, Baysal SU, Oğuz F. Çocuk sağlığı ve hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2003.



Egzersiz insüline karşı duyarlılığı artırır ve akut olarak kan şekerini düşürür. Çocuğa güven duygusu sağladığından destekleyici tedavi olarak önerilir. Kan şekeri 100-250 mg/dl iken yapılabilir. Hiperglisemi ve idrarda keton varsa ertelenir. Ana öğünden sonra 1-3 saat içinde 20-30 dakikalık orta derece egzersiz uygundur. Uzun süreli egzersiz uygulamasında öğün arttırılır veya insülin dozu azaltılır (10,23,42). Egzersiz zamanı insülin etkisinin maksimal olduğu zamana rastlamamalı ve egzersiz sırasında çocuğun yanında glukoz tableti, şeker yada şekerli içecekler bulundurulmalıdır (7,32).

Diyabette diyet, hipoglisemi ve hiperglisemiyi denetleyecek, hiperlipidemiye önleyecek ve normal büyüme ve gelişmeyi sağlayacak şekilde düzenlenmelidir. Kalorinin dağılımı uygulanan insülin şemalarına göre 3 ana ve 1-3 ara öğün olarak düzenlenmelidir. Normalde ihtiyaç duyulan kalorinin; %40-50 kadarı karbonhidrat, %35-40 kadarı yağ, %15-20 kadarı proteinli gıdalardan sağlanmalıdır. Toplam kalorinin 3/12 kadarı sabah (saat 06:00), ½ kadarı kuşluk (saat 09:00), 3/12 kadarı öğle (saat 12:00), 1/12 kadarı ikindi (saat 15:00), 3/12 kadarı akşam (saat 18:00), kalan 1/12 kadarı ise yatsı (saat 21:30) zamanına denk gelecek şekilde düzenli olarak yenilemelidir (3 ara, 3 ana öğün). Her gün öğünlerin tam zamanında yenmesi sağlanmalıdır (10,23,47,48). Diyabet beslenmesinde karbonhidratların %70'inin nişasta gibi kompleks karbonhidratlardan sağlanması önerilmektedir (24,45,46). Lifli ve posalı besinler yemek sonrası glukoz düzeyini düşürdüğünden günde 20-35 gr civarında alınması önerilmektedir. Günlük tuz alımı sağlıklı çocuktaki gibidir. Hazır diyabetik besinler tercih edilmemelidir (23,48).

Genellikle ketoasidoz ve koma ile gelen çocuğa şuuru açılıncaya kadar kısa etkili insülin ve sıvı verilir. Çocuğun şuuru açılmaya başlayınca ağızdan sulu yiyecekler verilir. Bu durumda genellikle kalori dört eşit öğüne bölünerek hazırlanır (10,23,47,48). Limonata, meyve suyu, şekerli süt ilk altı saatte verilir. İkinci altı saatte katı, fakat yumuşak sulu diyeteye geçilir. Normal diyetdeki kurallar uygulanır. Çocuk insülin almaya devam etmelidir. Çocuğun kan şekeri devamlı kontrol edilir (23,24,43,44). Kısa etkili insülin öğünlerden hemen önce (4 defa, 6 saat ara ile) yapılır. Bu insülinler besinlerin sindirimi içindir. İnsülin uygulamasından sonra çocuk beslenilmezse hipoglisemiye girer. Uzun etkili insüline başlandığında kalori 6 öğüne bölünür (7,10,45-48).

## **TİP 1 DİYABETİN KOMPLİKASYONLARI**

Tip diyabetin komplikasyonları akut ve kronik komplikasyonlar olarak ikiye ayrılır.

## Akut Komplikasyonlar

### 1. Diyabetik ketoasidoz:

Hiperglisemi ( $>300\text{mg/dl}$ ), asidoz ( $\text{pH}<7.3$ ), düşük bikarbonat ( $<15\text{mEq/L}$ ), ketonemi, ketonüri ve glikozüri varlığı diyabetik ketoasidoz (DKA) tanısını koydurur. Ayrıca öyküde poliüri, polidipsi, kilo kaybı, halsizlik, bulantı, kusma karın ağrısı vardır. Fizik muayenede ise uyku hali, kusma, dehidratasyon, devamlı ve hızlı solunum, nefeste aseton kokusu, hızlı ve zayıf nabız, hipotansiyon saptanır (7,10,23,24,32,47). Mortalite oranını %5-17 arasında arttırır. Tip 1 diyabetli çocukların %50'sinin ölüm nedeni diyabetik ketoasidozdur (33,46).

İnsülin eksikliği ve karşı-düzenleyici hormonların fazlalığı, lipolizin hızlanması, plazma trigliserid ve serbest yağ asidi düzeylerinin artması, keton cisimlerinin ( $\beta$ -hidroksibütirat ve asetonasetat) oluşumu ve ketoasit birikimine bağlı metabolik asidoz DKA'nın ortaya çıkmasına neden olur (24).

Diyabetik hastalar klinik bulgular başladığı zaman hastaneye başvurulmazsa, belirtilerin başlamasından 6-8 hafta sonra ketoasidoz bulguları gelişir. Ayrıca hastalığın seyri sırasında, çocuk herhangi bir nedenle insülin alamamışsa veya ateşli bir hastalık sırasında insülin ihtiyacı arttığından insülin miktarını arttırmamışsa, insülin yetersizliği sonucu akut metabolik komplikasyon olarak da DKA ortaya çıkar (10,23,47).

DKA tablosu ile gelen hastada ilk olarak hastanın durumun değerlendirilip, takip ve tedavinin planlanması için kan glukozunun yanı sıra Na, K, pH,  $\text{HCO}_3$ , üre, kreatinin, tam kan sayımı, sepsis şüphesi varsa hemokültür, tam idrar tahlili ve idrar kültürü alınır. Çocuğun öncelikle solunum değerlendirilir, gerekirse oksijen verilir, komada ise nazogastrik tüp takılır ve endotrakeal entübasyon yapılır. Enfeksiyon riski nedeniyle idrar sondası uygulamasından kaçınılmalıdır. Ancak çocuk komada ise ve dehidratasyona bağlı idrar yapamıyorsa idrar sondası takılır (8,9,10,23).

DKA'da hiperglisemi nedeniyle hiperosmolarite vardır. Tedavi sırasında gelişebilecek beyin ödemi önlemek için osmolaritenin hızlı düşürülmesinden kaçınılmalıdır. Bu nedenle sıvı-elektrolit tedavisinin süresi 36 veya 48 saat olmalı, verilecek sıvı miktarı çocuğun 24 saatlik günlük sıvı gereksinimi ve kayıplarının toplamından oluşmalıdır (7,32).

Aşırı bikarbonat metabolik alkalozaya yol açarak hipopotasemi yapabilir ve paradoksal serebrospinal asidoza neden olabilir. Bu nedenle bikarbonat tedavisi ağır asidozda verilir. Kan pH'sı 7.0-7.1 arasında ise  $1\text{mEq/kg}$ ,  $\text{pH}<7.0$  ise  $2\text{mEq/kg}$  sodyum bikarbonat ayrı bir damar yolundan en az 2 saatlik sürede ve ilk 1 saatlik sıvı tedavisinden sonra verilir. Sıvı-elektrolit,

insülin ve bikarbonat tedavisi devam ederken, DKA'na eşlik eden enfeksiyon, travma, apse, akut apandisit gibi sorunlar da tedavi edilmelidir (7-9,32).

DKA'nın en korkulan ve ölümcül olabilen komplikasyonu beyin ödemidir. Beyin ödemeine yol açan başlıca nedenler; çok hızlı ve hipotonik sıvı verilerek osmotik dengenin hızlı değişikliği, fazla HCO<sub>3</sub> kullanımı, serum glukoz düzeyi düşerken Na değerinin yükselmemesidir. Başağrısı, üriner inkontinans, davranış değişikliği, kan basıncında değişiklik, bradikardi, anizokori, pupilla refleksinin kaybolması ve konvülsiyon beyin ödeminin başlıca bulgularıdır. Tedavi edilemediği takdirde beyin herniasyonu gelişir. Bilgisayarlı beyin tomografisinde ventriküller küçük görülür ve subaraknoid kanama bulgusu vardır. Beyin ödemi gelişmesi durumunda çocuk intrakraniyal basıncı azaltmak için entübe edilir ve ventilatöre bağlanarak hiperventilasyon yaptırılır. IV sıvının hızı azaltılır ve 1-2 gr/kg mannitol 6 saatte bir 20-30 dakikalık perfüzyon şeklinde verilir (7,23,32,47).

## **2. Hipoglisemi:**

Tip 1 diyabetin en sık görülen akut komplikasyondan biri de hipoglisemidir. Kan şekerinin 50 mg/dl'nin altında olması hipoglisemi olarak tanımlanır. İnsülin uygulaması ile yemek ve egzersiz arasındaki uygunsuz süreye bağlı olarak gelişir (10,40). Siyah ırkta, beyaz ırkta oranla daha sık hipoglisemi atakları görüldüğü saptanmıştır (49).

Halsizlik, konsantrasyon güçlüğü, koordinasyon bozukluğu, uyuklama, anormal davranışlar gibi nöroglikojenik, sempatik uyumlarla ortaya çıkan terleme, tremor, çarpıntı, açlık hissi, görme bulanıklığı gibi nörojenik semptomlarla kendini belli eder. Aile tarafından hemen fark edilir (10,40).

Hipoglisemi tedavisinde çocuk ağızdan alabiliyorsa her 10 kg için 5 gr glukoz verilmelidir. Bu meyve suyu, limonata ve hazır glukoz tabletleri ile sağlanır. Çocuk ağızdan sıvı alacak durumda değil ise sc. glukagon, 7 yaş altında 0.5mg, 7 yaş üstünde 1mg olarak yapılır (10,23,47). Yapılan çalışmalarda Tip 1 diyabetli çocuk ve adolesanlarda insülin glargin tedavisinin, glisemik kontrol üzerine olumlu olarak etki ettiği, çocukların ve adolesanların % 65'inde de semptomatik hipoglisemik episodlarda azalma olduğu bulunmuştur (50).

## **3. Sabah hiperglisemileri:**

Tip 1 diyabetin başka bir komplikasyon olan sabah hiperglisemileri daha çok 2 doz insülin alanlarda görülür. Rölatif hiperglisemilerden biri somogyi fenomeni olup, öncesinde

hipoglisemi vardır. Eğer saat 03.00-04.00 civarında kan şekeri <60mg/dl ise bu somogyi fenomenidir ve akşam yemek öncesi yapılan orta etkili insülinin doruk nokta zamanı olduğu için azaltılmalıdır (10,23,47). Gece yarısından sonra veya sabah erken saatlerde yaşanan hipoglisemiden kaynaklanan ‘rebound sabah hiperglisemisi’dir. Aşırı karşıt hormon yanıtına bağlı geliştiği düşünülür. Nadir rastlanan bir durumdur (24).

Dawn fenomeni ise öncesinde hipoglisemi olmadan gelişen sabah hiperglisemisidir. İnsülin klirensinde artış ve büyüme hormonu salgılanmasının geceleri artması sonucu ortaya çıkar. Tedavi akşam yapılan orta etkili insülinin yatma saatine kaydırılması ile sağlanır. Hem 03.00-04.00 sıralarında, hemde sabah kan glikoz düzeyi yüksek ise insülin yetersizliği düşünülerek akşam yapılan orta etkili insülin arttırılmalıdır (10,23).

#### **4. Lipoatrofi ve lipohipertrofi:**

İnsülin tedavisine bağlı en sık görülen komplikasyonlar lipoatrofi ve lipohipertrofidir. Aynı bölgeye yapılan enjeksiyonlar lipohipertrofiye neden olabilir. Enjeksiyonların dönüşümlü yapılması bu durumu önler. Lipoatrofi ve insüline karşı aşırı duyarlılık insan insülinlerinin tedaviye girmesiyle artık daha az görülmektedir (7,10,23,29).

İnsülin glarjinle tedavi edilenlerde ve pompa tedavisinde kullanılan insülin lispro sonrası lipodistrofi bildirilen vakalar vardır. Yapılan çalışmalarda sürekli subkutan insülin infüzyonu yapılan Tip 1 diyabetli çocuklar ve adolesanlarda kateter yerleştirme yerinde deri komplikasyonları görülme sıklığı %43 olarak saptanmış olup, bu komplikasyonların %20’sini lipohipertrofi, %11’ini egzama, %6’sını da pigmentasyon değişiklikleri oluşturmuştur (51). Diğer taraftan lipohipertrofi insülin tedavisinin sık komplikasyonudur. İnsülin enjeksiyon yerlerinin değiştirilmemesi lipodistrofinin ve insülin emiliminde yetersizliğin en önemli nedenidir (7,10-32).

#### **Kronik Komplikasyonlar**

Kronik komplikasyonların görülmesinde en önemli etken kötü metabolik kontroldür. Amerika’da yapılan diyabet kontrol çalışmasının sonuçları, iyi metabolik kontrolün kronik komplikasyonları önlediğini göstermiştir (26,28).

Günümüzde Mauriac sendromu gibi ağır büyüme ve puberte gecikmesi, hepatomegali gibi komplikasyonlar, orta ve uzun etkili insülinlerin tedaviye girmesiyle hemen hemen hiç görülmemektedir. Eklem hareket kısıtlılığı, doku proteinlerinin nonenzimatik glikolizasyonu sonucu ortaya çıkar. Eklem hareket kısıtlılığı, Tip 1 diyabetin en erken görülen uzun dönem

komplasyonlarıdır. Eklem belirtileri periartiküler dokuda kalınlaşma ve sertlik ile ortaya çıkar ve öncelikle ellerde küçük parmaklarda yayılır (7,10,32). Değişiklikler genellikle 5. parmağın interfalangeal ve metakarpofalangeal eklemlerinin yüz yüze gelememesi ve parmakların düz bir yüzeye tümüyle temas edememesi şeklindedir. Günümüzde iyi metabolik kontrol ile eklem hareket kısıtlılığı prevalansı %30'lardan %7'ye inmiştir (7,32).

Katarakt, lenste aşırı sorbitol birikimi sonucu oluşur. Retina ve böbreğin mikrovasküler hastalıkları çocukluk yaşlarında da gelişebilir. Retinopati Tip I diyabette en sık görülen mikrovasküler komplasyondur ve diyabet başladıktan 10 yıl sonra gelişir (52). Anjiyotensin konverting enzim (ACE) inhibitörlerinin (enalapril) hipertansiyon varlığına bakmaksızın retinopatinin ilerlemesini yavaşlattığı gösterilmiştir. Enalapril için önerilen günlük başlangıç dozu 5-10mg'dır (39).

Nefropati çocukluk döneminde başlayan Tip I diyabetli vakalarda, 25 yıl sonra %40 oranında gelişir ve en sık ölüm nedenidir. Renal hiperfiltrasyon sonucu albümin atılımında artış (mikroalbuminüri) görülür. Puberte yaşlarında %10-20 oranında mikroalbuminüri bildirilmektedir. Yoğun insülin tedavisi ile mikrovasküler komplasyonların geciktirilmesi ve ilerlemesinin önlenmesi mümkündür (7,10,39).

Nöropati ise miyoinozitol metabolizmasındaki bozukluklara bağlıdır (39). Otonom nöropati kan basıncında postüre bağlı değişiklikler ve kalp hızında değişimler gibi bulgularla ortaya çıkabilir. Parestezi ve özellikle alt ekstremitelerde yanma ve ağrı periferik nöropatiye işaret eder. Diyabet süresinin yanı sıra yüksek HbA1c, hipertansiyon, hiperlipidemi, eklem hareket kısıtlılığı ve sigara nöropati için risk faktörleridir (7,32).

## **TİP 1 DİYABET VE HEMŞİRELİK BAKIMI**

Hemşirenin diyabetli çocuk ve ailesine nitelikli eğitim verebilmesi ve çocuğa kendi kendine bakım becerisi kazandırabilmesi için, hastalık bilgisinin yanı sıra, çocuğun gelişimsel özelliklerini, çocuğun eğitimini, yaşını, diyabetin başlama yaşını, çocuğun diyabetle ilgili bilgi düzeyini, ailenin ve çocuğun problemle başa çıkma yöntemlerini, tedavinin aileye getirdiği yükü, hastalıkta çocuğa ilişkin farklılıkları bilmesi ve eğitimde bunları göz önünde bulundurması gerekir (10,11,39). Ayrıca çocuğun hastaneye geldiği zamanki durumu, tanının söylenme şekli ailenin yaklaşımı çocuk üzerinde uzun süreli izler bırakabilir (11).

Ailenin sosyo-ekonomik düzeyi de tedavide önemli bir bileşendir. Ekonomik zorlukların yaşandığı, anne-baba arasında kişisel çatışmaların var olduğu ailelerde, ev bakımı oldukça bozulduğundan hastalığın kontrolü çok güçtür (11). Çalışmalarda, sosyoekonomik

koşulların kötüleştiği oranda ketoasidozla başvuru sıklığının arttığı, hastanede kalış süresinin uzadığı bildirilmektedir (53,54).

Anne-babanın özgüveninin az olması tedavide olumsuz bir etkidir. Aile hastalıkla ilgili kaygılarından dolayı çocuklarını çok sıkı ve tavizsiz şekilde kontrol altında tutabilir ya da ret ve ihmal eden bir tavır içine girebilirler (21). Bu olumsuzluklar ev içinde her bireyin sorumluluklarını yerine getirebileceği bir organizasyonun var olması ile ortadan kaldırılabilir.

Hemşirenin adolesan ve aileyi destek gruplarına yönlendirmesi yararlı olabilir. Destek grupları ailelerin de stresle başa çıkmalarında yardımcı olur. Bunların içinde en önemlisi kendi gibi çocukların deneyimlerini paylaşabilme ve yeni beceriler öğrenme fırsatı sağlayan diyabet kamplarıdır (10,11,13,43,45).

Diyabet eğitiminde insülin yönetimi, metabolik kontrolün sağlanması, diyet yönetimi, hipo-hiperglisemi yönetimi, egzersiz yönetimi, adolesanın ve ailenin anksiyete yönetimi bütüncül olarak ele alınmalıdır (10,55). Eğitim ve bakımın sonuçlarının düzenli aralıklarla değerlendirilmesi, kısa ve uzun dönemde kapsamlı ve olası komplikasyonları önlemeye yönelik olmalıdır (10,13-55). Ayrıca diyabet bakımında metabolik kontrolün sağlanabilmesi için adolesanın bakım gereksinimleri bireysel olarak değerlendirmelidir (10,29,41).

Hemşirenin insülin yönetimindeki en önemli rolü, adolesan ve ailesine enjeksiyon uygulama tekniğini öğretmektir. Enjeksiyon eğitimi; insülin hazırlığı, ilacın karıştırılması ve çekilmesi, kan testi, idrar testi, bölge seçimi ve ürünlerin saklanması gibi bilgileri kapsar (10,13,29,41,45).

İnsülin uygulamaları genellikle diyabetli çocukta ve ailesinde anksiyeteye neden olduğundan, eğitimin ilk aşamasında insülin uygulaması yer almaz. Eğitim ailenin kendisini rahat hissettiği, sakin bir ortamda gerçekleştirilir. Aileler ilk enjeksiyon denemesini çocukları üzerinde uygulamak istemeyebilirler. Bu nedenle uygulamayı bir portakal üzerinde yapmaları yada enjeksiyonun çocuklarının üzerindeki etkisini anlamaları için anne babaların birbirlerine enjeksiyon uygulamaları önerilebilir. Bu yaklaşım, ailelerin enjeksiyon uygulamasının çocuklarını inciteceği korkusunu azaltmada yardımcı olur (10,41,45).

Çocuk kendisine enjeksiyon uygulamasını yada uygulamasının enjeksiyon uygulama eğitimine aktif katılıma cesaretlendirilir. Okul öncesi çocuklarda aktif katılımın sağlanması için, farklı enjeksiyon bölgeleri arasında seçim yapması, alkolle enjeksiyon bölgesini silmesi ya da cildi sıkıştırması istenebilir (41). Küçük yaşta çocuklarda enjeksiyon daha fazla stres yaratır. Ailelere bu durumları en aza indirmek için onların yaklaşımlarının önemli olduğu

söylenir. Çocuğun oyuncak bebeğe enjeksiyon uygulaması, stresini azaltmaya ve kontrol duygusu kazanmasına yardımcı olduğu için eğitimde kolaylık sağlar (43).

Tüm tedavi boyunca dikkat edilmesi gereken en önemli durum çocuğun yaş grubudur (11). Küçük bir çocuğun bile diyabet bakımıyla ilişkili olarak kan şekeri ölçümü, insülin uygulama ve karbonhidrat hesabı gibi işlemleri gerçekleştirebileceği unutulmamalıdır (11,43,45). Genellikle çocuklara; kan glikoz düzeyini izleme, kayıt tutma, ağırlık ve yiyecek hesaplaması, kendi insülin enjeksiyonunu yapma gibi diyabet bakımındaki önemli sorumluluklar yaklaşık 12 yaşında verilebilir. Çocuklar 15 yaşına geldiğinde ise artık insülin ayarlamasına katılmayı da kapsayan diyabet bakımının bütün sorumluluğunu üstlenebilirler (10,29,41).

Çocuğa sorumluluk verirken, hastalık yönetimi bilgisi, bilgiyi uygulama düzeyleri, kendi bakımını gerçekleştirme becerisi, bilişsel gelişim düzeyleri, aile çevresi ve hazır oluşluluğu mutlaka göz önünde bulundurulur (41).

Diyet yönetiminde amaç çocuğu diyabetin komplikasyonlarından korumanın yanı sıra çocuğun yaşına uygun büyüme ve gelişmesini de sağlamaktır. Çocuğa verilecek eğitim, yiyecek grupları hakkında bilgiyi, besin değişim listelerini, bu yiyecek grupları ile planlanmış öğünlerin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesini, besin ve kalori alımındaki dengenin sağlanması için öğünlerde alınacak yiyecek miktarının ölçülmesinin öğretilmesini içermelidir. Çocuğun evden uzak olduğu dönemlerde hastalıkla baş etmenin yolları, hipoglisemi ve hiperglisemiden korunma yöntemleri çocuğa ve aileye öğretilmeli, eğitim düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir (10,43,45,56).

Düzenli egzersiz, diyabetli çocuğun bakımının ayrılmaz bir parçası olup, diyabetli çocuklar her çeşit egzersizi rahatlıkla yapabilirler. Ancak egzersiz sırasında ve izleyen saatlerde hipoglisemi oluşuyorsa ek kalori almak veya insülin dozunu azaltmak gerekir. Kaslardaki artmış insülin duyarlılığı egzersizden sonra en az 8-10 saat daha devam eder. Bu nedenle egzersizden sonra gece boyunca hipoglisemi riski vardır. Yapılması gereken ilk şey karaciğer ve kaslardaki glikojen depolarının tekrar doldurulmasıdır. Bunu sağlamak için; egzersizin ilk 30 dakikasından sonraki her 30 dakika için ek ihtiyaç olarak 10-15 gram karbonhidrat eklenmesi önerilebilir (43,45).

Klinik izlemde çocuk tanıyı aldığı ilk dönemlerde bir ay aralıklarla takip edilmeli, haftalık telefon görüşmeleri yapılmalıdır. Hipoglisemi sıklığı, evde ölçülen kan şekeri sonuçları, cihazın doğruluğu, diyabet eğitimi, egzersiz, beslenme planı, boy, kilo, kan basıncı, HbA1c ve fruktozamin düzeylerinin belirlenip tedavinin bu yönde düzenlenmesi için çocuk 3-

4 ayda bir klinik izleme çağrılır (10,41). Uzun dönem komplikasyonları önlemeye yönelik yılda bir kez çocuğun nörolojik muayenesi, diş kontrolleri, özellikle adolesanlarda göz muayenesi, mikroalbüminüri ve detaylı bir fizik muayene yapılmalıdır (10,45).

Birçok anne-baba çocuğun ya da adolesanın diyabetle ilişkili işlemleri tek başına gerçekleştirilmesini teşvik edip, bağımsız birer birey olmasını yararlı bulur. Ancak adolesanlar karar alma ve başarı/başarısızlıklara tepki vermeyi öğrenme sürecinde, anne-babaların yaşamlarının bütün alanlarında kendilerini gözetlemesinden hoşlanmazlar. Bununla birlikte, diyabet bakımı işlemlerini yerine getirmeyi öğrenmiş olmak, bunları her gün, gün boyu güvenilir bir biçimde gerçekleştirebilmek anlamına gelmez; sorunlara çözüm bulmayı ve ne zaman yardım isteyeceğini de öğrenmek gerekir (10,11,43,45). Kan şeker düzeyi, insülin dozları, evde ve dışarıda yiyeceklerle ilgili kararlar, hiperglisemiye yanıtlar ve hipoglisemi tedavisi konularında anne-babanın her gün bilgi sahibi olması gerekir. Bunun yanında, zaman zaman enjeksiyon uygulamak, insülin dozlarının ölçülmesi, geceleri kan şekeri testleri yapma ve kan şekeri ölçüm aletinin belleğinin kontrol etme gibi işlemleri de yapabilmeleri gerekir (10,13). Kan şekeri kayıtlarını güvenilir biçimde tutan çocuk ve adolesan sayısı çok azdır. Kan şekeri ölçüm aletinin belleğini kontrol ederek anne-baba testlerin ne zaman yapıldığını ve sonuçları öğrenerek, bu eğilimleri çocuğuyla tartışabilir ve değişiklik kararlarını onunla birlikte verebilir (10,11).

Diyabet bakımıyla ilgili sıkıcı, çoğu zamanda rahatsızlık verici işlemler, çocukluk ve adolesan dönemin öncelikleri arasında olmadığından, anne-babanın sağladığı güven ortamı çocuğun özgürce çocukluğunu yaşamasına ve erişkin çağda sahip olması gereken bakım becerilerini zaman içerisinde öğrenmesine olanak verecektir. Bu noktada çocuk ya da adolesan ile anne-baba işbirliği kurulması çok önemlidir. Günlük diyabet bakımı işlemlerini tek başına gerçekleştiren çocuklarda ve adolesanlarda kan glukozu denetimi daha kötü, kısa yada uzun vadeli komplikasyon sıklığı da daha fazladır (11,43,45).

Tip 1 diyabet tedavisinde hemşirelik yaklaşımlarını özetleyecek olursak;

- Hemşire, metabolik kontrol izlem kriterlerini bilmeli, istenen kan şekeri düzeyini sürdürmeye yönelik insülin doz ayarlamalarını yapabilmeli ve sonuçlarını izleyebilmelidir.
- İnsülin enjeksiyon yöntemi ve özellikleri çocuğa öğretilmelidir (Diyabetli çocuktan ve en az bir aile üyesinden bu yönde geri bildirim alınmalıdır).



- Hipoglisemi ve hiperglisemi belirti ve bulgularını takip etmeli, bu belirti ve bulgularını tanıma ve önleme yollarını diyabetli çocuğa ve ailesine öğretmelidir.
- Çocuğun büyüme ve gelişmesini sürdürecektir ve istenen kan şekeri düzeyini koruyacak beslenme planını uygulamalı ve bu plana yönelik öneriler yapmalıdır.
- Diyabetik ketoasidoz ve hipogliseminin acil tedavisini ve izlem kriterlerini tanımlamalıdır.
- Egzersizin kan şekeri üzerine etkisini bilmeli, diyabetli çocuğa ve ailesine bu etkileşime uyan yaşam biçimi değişikliklerini öğretmelidir.
- Diyabetli çocuk ve ailesine, yeni sorumluluklar üstlenebilmeleri için gerekli güveni ve cesareti verebilmeli ve onların anksiyetelerini azaltmalıdır.
- Hemşire ve aile düzenli aralıklarla verilen bakımın sonuçlarını değerlendirmelidir (10,41,43,45).

## **ADOLESAN DÖNEMİ**

Adolesan dönem, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemidir (11). Bu dönemde çocuk fiziksel büyüme ve gelişme, cinsel ve psikososyal gelişme ile erişkinliğe geçmektedir (57,58). Bu dönemin özelliği, daha önceden olmayan bir takım değişikliklerin hem bedensel hem de ruhsal olarak ortaya çıkmasıdır. Fiziksel ve psikososyal değişimler bu dönemde çok önemli ve hızlıdır. Yaşanan bu değişikliklere, adolesan uyum sağlayamaya çalışır. Bu dönemde adolesan; fiziksel büyüme ve gelişme ile ilgili sorunlar, cinsel gelişim ile ilgili sorunlar, psikososyal gelişim ile ilgili sorunlarla karşılaşmakta, zaman zaman bu uyumu sağlayamamaktadır (11,59). Adolesan dönemde birey, bazı rol ve sorumlulukları üstlenebilmek için çocukluk kimliğinden kurtulmaya, aileden ayrılmaya ve yeni bir kimlik geliştirerek yetişkinliğe adım atmaya çalışmaktadır. Bu dönemde, bireylerde eğitim, meslek, cinsellik gibi gelecek hakkında düşüncelerin ortaya çıkmasından dolayı alınacak kararlar büyük önem taşımaktadır (57).

DSÖ 10-19 yaş arasını, UNESCO ise 15-25 yaş arasını adolesan dönem olarak kabul etmektedir. Adolesan dönem genellikle kızlarda 10 -12 yaşlarda, erkeklerde ise 11-14 yaşları arasında başlamaktadır. Ortalama adolesan yaşı 10 -19 olarak kabul edilmektedir (59). Dünya nüfusunun %20'si adolesan olup, %85'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. BM tarafından yapılan nüfus araştırmalarına göre gelişmekte olan ülkelerde 10 -19 yaş arası adolesan nüfus, 2025 yılında 1,13 milyara ulaşacaktır (28). TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'nin %18.5'i 10-19 yaş grubunda yani adolesan dönemdedir (60).

Adolesanlar gelecekte sağlıklarını olumlu ya da olumsuz yönde etkileyecekleri davranış değişikliklerini bu dönemde kazanırlar (61). Adolesanlar her toplumda sağlık açısından özel riskler taşımaktadır. Çünkü bu dönemde merak, öğrenme ve deneyim ön plana çıkmaktadır. Adolesan dönemde sağlık açısından oluşan riskler, erişkin döneme taşınarak mortalite ve morbidite oranlarında önemli artışlara neden olmaktadır (57). Adolesan dönemdeki riskli davranışlar, mortalite ve morbidite nedenlerinin ilk sıralarında yer alan kazalar ve intiharlarla yakından ilişkilidir (62). Adolesanların karşılaştıkları bu diğer sağlık sorunları arasında yeme alışkanlıkları ile ilgili problemler, sigara, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılıkları, psikososyal gelişimle ilgili sorunlar, çocukluk döneminden gelen ve yeni ortaya çıkan sağlık problemleri, cinsel yaşam ve üreme sağlığına ilişkin sorunlar yer almaktadır (11,63-65).

### **ADOLESAN DÖNEMİN ÖZELLİKLERİ**

Freud'a göre adolesan dönemi, çocukluktaki cinsel dönemin zamansal olarak en yakın yinelenmesidir. Bedensel, cinsel olgunluğun başlamasıyla genital eğilimler ön plana çıkar. Aynı zamanda genital eğilimlerin, genital öncesi kısmi dürtüler üzerinde egemenlik kazanması beklenir (66). Peter Blos, adolesan dönemde psikolojik hareketin olağanüstü bir esneklik sergilediğini ve adolesan dönemini ayırdığı beş evrenin süresinin bir zaman şemasına ya da belli bir yaşa sabitlenemeyeceğini vurgulamış, bu nedenle kesin bir yaş aralığı vermemiştir (67). Anna Freud, adolesan dönemde genci bencil ve kendisini evrenin merkezinde gören, topluma katılma istediğinin yanı sıra yalnızlık tutkusu yüksek, yaşamının bundan sonraki aşamalarında hiç olamayacağı kadar özverili ve kendini adamaya hazır olan biri olarak tanımlamaktadır. Ayrıca seçtiği lidere körü körüne boyun eğmekle tüm otoritelere karşı inatçı bir başkaldırı arasında ikilem yaşamasına da vurgu yapmaktadır (68). Emanuelli ise bu dönemde ortaya çıkan şiddetle baş etme güçlüğünü ve bu durum sonucunda ortaya çıkabilen intihar ya da kendine yönelik saldırganlık şeklindeki güçlü patolojilerde saldırı nesnesinin beden olmasının önemini vurgular (67).

Bu dönemde suçluluk duygularının paylaşılması ve yansıtılması nedeniyle aynı cinsiyetten arkadaşlarla kurulan yakın gruplar, adolesan için çok önemlidir. Adolesan hem bireysel olarak hem de grup içinde kendiliğini olumlama arayışındadır. Adolesan dönem, bireylerin fiziksel görünümünde değişimlerin olduğu hassas bir dönemdir ve beden imgesi algısının da geliştiiği bu dönemde adolesanlar diğer insanların görüşlerine özellikle hassastır (11,69).

Adolesan dönem özellikleri ve gelişimi bakımından üç evreye ayrılır. İlk evre, erken adolesan evresi, 11-14 yaş grubu olup, cinsel gelişim ve fiziksel değişimin çok hızlı olduğu evredir. Adolesana şaşkınlık ve endişe duyguları hakimdir. Adolesan bu dönemde kendi vücuduna yabancılaşır, benlik saygısı azalır, ilerideki vücut yapısının, hayalindeki vücut yapısına uygun olup olmayacağına dair endişeler yaşar. Adolesan bu değişikliklere uyum sağlama çabasında olduğundan, etrafındaki kişilere karşı davranış ve tepkilerinde ani çıkışlar görülmektedir. Bu dönemde bireyin özgür olma arzusu çok belirgindir (70).

İkinci evre, orta adolesan evresi, 14-17 yaş grubudur. Büyüme yavaştır ve adolesan erişkin boyun %90'ına ulaşır. Vücudundaki fiziksel değişiklikleri kabul etmeye ve karşı cinsiyete ilgisi başlar. Adolesan için artık arkadaş grupları çok önemlidir. Bağımsız olma isteği devam eder, ancak bu isteğini çevresine kabul ettirmek için erken adolesan dönemindeki gibi gösterdiği saldırganlık davranışı azalmaya başlamıştır. Erişkinleri taklit etmeye başlar. Bu taklitlerde sigara içme, alkol alma gibi adolesanın fiziksel gelişimini olumsuz etkileyebilecek riskli davranışlar da yer alabilir (68,70).

Üçüncü evre olan geç adolesan, 17 yaş ve üzeri dönemde büyüme ve gelişme tamamlandığı için fiziksel değişikliklere ilişkin şüpheler kaybolur. Cinsel kimlik gelişimi ve soyut düşünce yapısı tamamlanmıştır. Geleceğe ilişkin kararlar verebilecek sosyal olgunluğa erişmiştir ve etrafı ile rahatça ilişki kurabilir (11,59,70).

## **ADOLESAN VE TİP 1 DİYABET**

Adolesanlarda var olan ya da yeni ortaya çıkan Tip 1 diyabetin, bu dönemde kazanılan bağımsızlık ve otonomi yeteneği, beden imgesi, kimliği ve benlik saygısı üzerine olumsuz etkisi bulunmaktadır (71,72). Hastalık nedeniyle ebeveynlere olan bağımlılık devam etmekle birlikte, ebeveyn-adolesan ilişkisi de bozulmaktadır. Sınavların olduğu, eğitimle ve dolayısıyla meslekle ilgili seçimlerin yer aldığı adolesan dönem, hastalıktan etkilenmektedir (11,70). Yapılan çalışmalarda Tip 1 diyabetli adolesanlarla, sağlıklı adolesanların yaşam kaliteleri karşılaştırılmış, sağlıklı adolesanların yaşam kalitesi daha yüksek saptanmıştır (73,74).

Çalışmalarda Tip 1 diyabetli adolesanlarda depresyon, anksiyete, agresyon, hiperaktivite gibi psikiyatrik ve davranışsal sorunlar sağlıklı adolesanlara oranla daha sık görüldüğü saptanmıştır (75). Bu nedenle adolesana uygulanacak tedavi hem normal gelişimini engellememeli hem de fiziksel görünümünü bozmamalıdır. Adolesanlar kendi kimliğini ailelerinden ayrı tutabilmek için çaba gösterirler. Tip 1 diyabetli adolesanlarda, çoğunlukla

tedavi ile bağımsızlığını kazanma savaşı çakışır. Ebeveynlerine ve diğer yetişkinlere bağımsızlıklarını kabul ettirmek için bir mücadele içerisine girer. Tip 1 diyabetli adolesanların ebeveynleri de adolesana yardım etme konusunda zorluklar yaşamaktadır (76). Aşırı yoğun ilgi şiddetli çatışmalara neden olabileceği gibi ebeveynlerin diyabet yönetiminin getirdiği yükün tamamını da adolesana devretmek istemesi sıklıkla diyabet tedavisine uyumda sorun yaşanmasına neden olur (70,75,77,78). Adolesanla ebeveynin çatıştığı diğer bir nokta da tedavideki karar alma mekanizmaları ile ilgilidir. Adolesan bağımsızlığı kazanma mücadelesi içerisinde olduğundan kararlarını tek başına almaya çalışırken, ebeveynler aşırı koruma tutumları ile karar verme sürecini adolesana bırakma taraftarı olmayabilirler. Yapılan bir çalışmada anne-babanın diyabetli adolesanla daha çok ilgilendikleri, adolesanın her aktivitesini kontrol altında tutmaya çalıştıkları, zarar vereceğini düşündükleri durumlara kısıtlamalar getirmeye başladıkları saptanmıştır. Bu durum ise adolesanda strese neden olup, karşılaştığı problemlerle etkili baş etmesini ve sosyalleşmesini engellemektedir (56).

### **TUTUM KAVRAMI**

Tutum, Türk Dil Kurumu'na göre belli bir algılama biçimidir (79). Cüceloğlu'na (1996) göre tutum, organize olmuş uzun süreli düşünce, duygu ve davranış eğilimidir (80). Baysal (1981) ise tutumu "Bireyin kendine veya çevresindeki herhangi bir olaya karşı deneyim ve bilgilerine dayanarak örgütlediği bilişsel, duygusal ve davranışsal bir tepkinin ön eğilimi" olarak açıklamaktadır (81). Kişinin tüm bilgi, görüş ve inançları, tutumun bilişsel ögesini oluşturur. Kişiler, çevresi ile olan ilişkilerde bilgi sistemi kullanmakta ve çevrelerinden gelen çoğu uyarıyı algılayabilmek için ilk önce sınıflandırıp daha sonra bu gruplamaları birbiriyle ilişkilendirmektedirler. Tutum, gözlenen davranışlardan yola çıkarak kişiye özgünleşme eğilimi olarak kabul edildiğinden, adolesanı incelerken tutum ara değişken olarak kullanılabilir (82).

Tutum insanların çevrelerine ayak uydurmasında yol gösterici, sosyal ilişkileri kolaylaştırıcı ve davranışları yönlendirici bir rol oynamaktadır (81). Adolesana, hayata uyum için beceriler kazandırılarak toplumda kabul görmesini sağlayacak ortamın hazırlanması gerekir. Bu ortamın oluşturulması, adolesanın kendine güven duygusunun geliştirilmesi, kendi kendini kontrol etme sistemini geliştirerek, bilişsel, sosyal, emosyonel ve bedensel gelişiminin tamamlanması konusunda ilk ve en etkili yöntemi işlevsel anne-baba tutumları belirlemektedir (83).

## **ANNE-BABA TUTUMUNA İLİŞKİN MODELLER**

### **Psikodinamik Model**

Psikodinamik model insanın gelişiminde biyolojik etkenlerin yanı sıra aile etkileşimlerinin de olduğunu savunmaktadır. Bu yaklaşıma göre anne-baba ve çocuk arasındaki özellikle çocukluğun erken dönemlerindeki duygusal ilişkinin çocuğun gelişimini etkilediği ve anne-baba tutumunun bu gelişimde çok önemli bir role sahip olduğunu savunmaktadır (19,20).

### **Davranışçı Model**

Davranışçı model, anne-babanın davranışlarını öğrenme ve anne-babanın çocuğun davranışlarını pekiştirmesi ile ilgilenmiştir. Bu modelde anne-baba tutumunun çocuğun psikososyal yönden gelişimini etkilediği belirtilmiştir (19,20).

### **Baumrind'in Sınıflaması**

Baumrind, okul öncesi dönemdeki çocuklarla ev ortamında yaptığı gözlemlerinde ve deneysel araştırmalarında, ebeveyn ile çocuk arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Anne-baba tutumlarına göre, aile yapısını otoriter ve demokrotik olarak ayıran Baumrind, çocuk yetiştirme konusunda; ebeveyn kontrolü, ebeveyn-çocuk iletişimde açıklık, olgunluk beklentisi ve bakım/destek boyutları olmak üzere 4 alt boyut belirlemiştir (20).

Otoriter ebeveynler çocuklarının kendilerine sürekli itaat etmelerini ve fikirlerini kabul etmelerini bekleyen aile tutumundadır. Otoriter ebeveyn tutumunda çocuğun ailede söz hakkı yoktur ve çocuk fikirlerini söyleme açısından da kendini baskı altında hisseder. Baumrind'in yapmış olduğu deneysel araştırmalarda, bu ortamda yetişen çocukların ileride korkak ve fobik kişilik özelliğinde olacağını ileri sürmüştür (19,20).

Demokratik ebeveynler ise çocuklarını sabırla dinleyen ve koydukları kurallar çerçevesinde çocukların kendi başlarına karar almasını destekleyen tutum içerisindedir. İzin verici ebeveynler çocuklarına karşı sevecen ve sıcaktırlar. Ancak çocuğa çok fazla müsamaha gösterilmesi, çocuğun her istediğinin yapılmasına ve sonuç olarak sağlıksız bireyler oluşmasına yol açacağı belirtmiştir (19,20,83).

### **Maccoby ve Martin'in İki Boyutlu Bakış Açısı Modeli**

Maccoby ve Martin, Baumrind'den farklı olarak ana baba tutumunu duyarlılık (responsiveness) ve talepkarlık/kontrol (demandingness/control) olmak üzere iki boyut olarak ele almış ve bu iki boyutun kesiştiği noktada dört tür ana baba tutumu tarif etmişlerdir (20). Maccoby ve Martin, Baumrind'in çalışmalarında sınıfladıkları "izin verici" ana baba tutumunu ikiye ayırmışlardır. Bunlar izin verici/müsamahakar (hoşgörülü) ve izin verici/ihmkar ana baba tutumlarıdır (20,84,85).

Demokratik ebeveynler hem yüksek düzeyde kontrol/talep hem de kabul/ilgi gösterirler. Otoriter ebeveynler ise yüksek düzeyde kontrol/talebe sahip iken düşük düzeyde kabul/ilgi davranışı gösterirler. Otoriter ve demokratik ebeveynlerin çocukların gelişim farklılıkları ebeveynin ilgisi ve kabul düzeyindeki farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Çünkü Maccoby ve Martin'in sınıflandırmasındaki her iki ana baba tutumundan kontrol/talep boyutu yüksektir (19,20,85).

İzin verici/müsamahakar ebeveynler yüksek düzeyde kabul/ilgi ve düşük düzeyde kontrol/talep sergilerler. Buna göre her iki izin verici ana baba tutumunda kontrol boyutu düşüken, izin verici ebeveynler arasındaki farklılık anne-babanın göstermiş olduğu ilgi ve kabulden kaynaklanmaktadır. İzin verici ve ihmkar ebeveynler ise çocukları ile aralarında bir mesafe koyarlar. Bu ebeveynler çocuklarının sadece temel ihtiyaçlarını karşılarlar, onlara duygusal açıdan yakınlık göstermezler. Onların okulla ilgili ya da okul dışı faaliyetleriyle ilgilenmezler (19,20,84,85).

Ebeveynin aşırı koruyuculuğu çocuğa çok fazla kontrol ve özen gösterilmesi anlamına gelir. Bunun sonucunda çocuk diğer kimselere aşırı bağımlı, öz güveni az olan kişi haline gelmektedir. Anne-babası tarafından aşırı derecede korunan çocuk, bu durumu hayatı boyunca sürdürerek başkalarından da aynı şeyi bekleyebilmektedir. Aşırı koruyucu tutum daha çok anne çocuk ilişkisinde görülmektedir (85). Anne-babanın aşırı koruyucu yaklaşımı çocuğun kendine güven duygusunun gelişimini engelleyerek, psikososyal gelişimini de zarar vermektedir (19,84).

### **TİP 1 DİYABETLİ ADOLESAN VE ANNE-BABA TUTUMU**

Anne-babanın Tip 1 diyabetli adolesan üzerinde baskı kurması, adolesanda yüksek düzeyde öfke ve kızgınlığa yol açarken, sevgiyi geri çekmek gibi duygusal cezalar kaygı düzeyinin yüksemesine yol açmaktadır. Özellikle adolesan-anne ilişkisinde aşırı değerler

yükleme ya da reddedici tutumlar göstermenin adolesanın bağımsızlık ve bireyselleşme yolundaki gelişimini olumsuz etkileyeceği vurgulanmaktadır (11).

Yapılan çalışmalarda, sağlıklı çocuk anneleriyle Tip 1 diyabetli çocuk anneleri karşılaştırıldığında, diyabetli çocuğa sahip annelerin problem çözme yeteneğinin, davranış kontrolünün, iletişimlerinin, rollerini yerine getirebilme ve duygusal tepki verebilme becerilerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca, diyabetli çocuğu olan annelerin durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeylerinin sağlıklı çocuğu olan annelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (86).

Tip 1 diyabetli çocukların anneleri, sağlıklı çocukların annelerine göre aşırı ebeveynlik tutumu göstermektedir. Baykara ve ark. (87) yapmış olduğu bir araştırmada, Tip 1 diyabetli çocuğu olan annelerin aşırı kontrolcü, endişeli ve aşırı istekte bulunan anne-baba tutumu gösterdiği saptanmıştır. Aile bireylerinin birbirleriyle olan ilişkisinin kalitesi değerlendirildiğinde de affektif bağlılık yüksek olarak bulunmuştur.

Tip 1 diyabetli adolesanların kardeşleri de diyabetten etkilenmektedir. Sağlıklı kardeşin bu dönemde yaşayabileceği olumsuz yaşantılarda, anne-babanın depresyonu, evliliğin dengesi ve anne-baba ile sağlıklı kardeşin iletişimi en önemli etkenlerdir. Sağlıklı kardeşinde içine dahil edildiği olumlu düşünme, diğerleri ile konuşma, iletişime açık olma ve adolesanın diyabet ile baş etme yöntemleri bu dönemde aileye yol gösterici ve destekleyici yaklaşımlardır (2).

## **KARAR VERME STRATEJİLERİ**

Karar verme mental bir süreç olup insanın en önemli yaşam becerilerinden biridir. Karar verme, akıl, düşünce, bilinç ve iradeye sahip insana özgü bir melekedir (15,17). İnsanın tüm eylem ve davranışı bilinçli ya da bilinçsiz olarak bir karar verme eylemidir. Fakat uygun ve doğru kararlar bireyin yaşamında olumlu değişim ve gelişmelere yol açarken, yanlış kararlar bireyin yaşamını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. İnsan günlük yaşantısı içinde birçok durumda ve birçok kez karar verme durumunda kalmaktadır (88). Verilen bu kararların insan hayatı üzerindeki etkisi az olduğunda, bireyler çoğu zaman üzerinde çok iyi düşünmeden karar verebilmektedir. Ancak okul ve meslek seçimi, eş seçimi gibi insan yaşamını önemli ölçüde etkileyecek bazı kararlar ki, bunlar üzerinde detaylı bir biçimde düşünmeyi gerektirmektedir. Son yıllarda teknolojik, ekonomik ve siyasi gelişmelerle birlikte bireylerin sosyal yaşantıları daha karmaşık hale gelmekte ve kişinin içinde bulunduğu sosyal çevrede seçenekleri artmakta ve sonuç olarak karmaşıklaşmaktadır. Bu da insanın karar verme

işlemini güçleştirmekte ve karar verirken seçenekler üzerinde daha detaylı düşünmesini gerekli kılmaktadır (15,17,89).

Karar verme sürecini anlama, sürecin öğelerini açıklama önemlidir. Süreçteki bireysel farklılıkların önemli nedenlerinden biri de karar verme stilleridir. Karar verme çalışmalarında öncelikli odak, bireylerin kararlarında neyi temel alarak, nasıl karar verildiğinin araştırılması olmuştur (15,89).

Karar verme, bir problemi çözmek için gereken yaptırımı belirleme, olay veya sorun ile ilgili bilgileri analiz ederek ve karşılaştırma yaparak bir sonuca varma sürecidir. Karar geleceğe yöneliktir. Gelecek tam olarak bilinmediğinden karar veren bireye bir risk yükler (15,17,89).

Karar verme, yaş, dil, din, ırk, cins ayırımı gözetmeksizin tüm bireylerin günlük faaliyetleri arasında önemli bir konuma sahiptir. Doğru bir karar bireyin yaşamında olumlu sonuçlara yol açabilirse de yanlış bir karar bireyi, bazen çevresini veya içinde bulunduğu örgütü de tehdit edici sonuçlara yol açabilir. En genel anlamıyla karar verme; sunulan veya mevcut alternatifler arasından en uygun olanının seçilmesi olarak tanımlanabilir (15).

Karar vermenin mantıksal bir süreç olduğuna vurgu yapan bir tanımda "karar verme eylemi" şöyle tanımlanmaktadır; "Karar, şüphelerin ve tartışmaların son bulduğu, seçilen yolun uygulanmaya başlandığı mantıksal bir süreçtir. Karar, bir amaca ulaşabilmek için, var olan olanak ve koşullara göre çeşitli olası eylem biçimlerinden en uygun görüleni seçmektir. Sonucu eylemle sonuçlanan bir süreçtir" (15,90).

Kuzgun (91), dinamik ve karmaşık bir süreç olan karar vermeyi etkileyen çeşitli etmenler olduğunu belirtmektedir. Toplumsal değerler, bireysel ihtiyaçlar, kültürel sınırlamalar ve psikolojik durumların değişimi bunlardan bazılarıdır. Ancak karar verme sürecinde tüm bu değişkenlerin içinde değişmeyen özelliklerin, problemi fark eden bir karar vericinin, karar verilmesi gereken sıkıntılı bir durumun ve bireyin seçeneklerinin olması gerekliliğini vurgulamıştır (15).

Karar verme, her dönem için önemli bir süreçtir (15,17,88,89). Karar verme becerileri bütün çocuklarda erken yaşlarda geliştirilmeli ve okul dönemi boyunca pratiğe dökülmelidir. Bu nedenle okulda öğrenciler, dersler ve çeşitli etkinlikler aracılığı ile karar verme deneyimlerini yaşamalı ve geliştirmelidir. Kendi kendilerine bazı kararları alma fırsatlarına sahip olan çocuklar, kendileri için bir şeylere karar verme deneyimi elde eden, kendini tanımlamayı geliştiren çocuklardır (15).



Karar verme davranışının gelişim açısından en önemli olduğu dönem, adolesan dönemidir. Adolesanların bu dönemdeki karşılaştıkları problemleri ve meydan okumalarını anlayabilmek için nasıl karar verdiklerini anlamak önemlidir. Adolesanın karar vermesi pek çok değişkenin karşılıklı ve karmaşık etkisi sonucunda olmaktadır (15).

Bir geçiş dönemi olan adolesan dönemde, adolesanın baş etmek zorunda olduğu, özellikle bağımsızlık – bağımlılıkla ilgili konular nedeniyle karar verme yaşamsal bir öneme sahiptir. İyi bir karar verici olmaları için adolesanların karar verme tecrübeleri yaşamalarına mutlaka fırsat verilmelidir. Aile, adolesanın karar vermeye nasıl katılacağı ve kendi karar verme becerilerinde ne derece ölçülü ve güvenli olacağını belirlemektedir. Eğer adolesanın aile kararlarına katılımı sağlanırsa karar verme yeterliliği ve verdiği kararlara güveninin gelişmesi sağlanacaktır (15,17,88,89).

### **TİP 1 DİYABETLİ ADOLESAN VE KARAR VERME STRATEJİLERİ**

Adolesanın içinde bulunduğu çevre, davranışını ve karar verme sürecini doğrudan etkilemektedir (92,93). Adolesanın çevresini oluşturan kişilerin başında gelen, anne-babanın adolesana karşı oluşturduğu tutum, adolesanın davranışlarını ve karar verme süreçlerini etkiler.

Aileler tarafından adolesanların korunmaya, karar verme gibi bilişsel süreçlerde kontrol altında tutulmaya ihtiyaçları oldukları düşünülür. Özellikle hayatları hakkında önemli kararlar verebilmek için aileler, adolesanları desteklememektedir. Adolesana karar vermek için sorumluluk verildiği durumda, az bir destek ve yardımla adolesanlar, karar verme süreçlerini olumlu yönde tamamlayabilirler (94). Tip 1 diyabetli adolesan annelerinin, aşırı kontrolcü, endişeli ve aşırı ebeveynlik tutumu göstermeleri, adolesanların bu süreci tamamlamalarını olumsuz etkileyebilir (87). Adolesanlar, çoğunlukla, yetişkinliğe kadar taşıyacakları etkili karar verememe alışkanlıklarını geliştirebilirler (94).

Tip 1 diyabetli adolesanın, sağlıklı adolesanlardan farklı olarak diyabetle ilgili gereken sağlık davranışlarını kazanabilmesi için etkin bir karar verme sürecine sahip olması gerekmektedir. Adolesan, kazanması gereken sağlık davranışının diyabetin etkin yönetimi üzerindeki olumlu etkilerini algılar ve bilirse bu davranışa başlama ve sürdürmeye kolaylıkla karar verebilir (92,93). Ancak davranışla ilgili olumsuz duygular, davranışı geliştirmeyi olumsuz yönde etkileyecektir (93).

Adolesanlar karar vermeyi ailenin diğer bireylerinin karar verme süreçlerini ve verilen kararların etkilerini gözlemleyerek, kendileri ile ilgili kararları verirken ailenin desteğini

olarak öğrenmektedirler. Tip 1 diyabetli adolesanlarda karar verme davranışının gelişmesinde en önemli faktörlerden biri uygun aile ortamıdır (11). Demokratik anne-babalar adolesanın kişiliğine ve isteklerine saygı göstermekte, bağımsız davranmasına izin vermekte, kendisi ile ilgili bazı kararları alması için destekleyerek deneyim kazanmasını sağlamaktadırlar (19,91). Adolesan ile aile ilişkisinde özellikle karar aşamasında otoriter tutumun baskın olduğu adolesan-aile ilişkisinde karşılıklı fikir alışverişinin olduğu bir ilişki tarzına göre adolesanın kendi başına karar verme ve bağımsızlaşmasının daha sınırlı olduğu belirtilmektedir (11).

Tip 1 diyabetli adolesanların aileleri, diyabet yönetiminde adolesanın olumsuz davranışta bulunmasından korktukları için, adolesanların tüm davranışlarını kontrol etmek istemekte, ödev ve yükümlülüklerini üstlenerek adolesanları kendine güvensiz ve bağımlı kişiler olarak yetiştirmektedirler (92,93). Gizliliğe saygının önemli olduğu adolesan dönemde, aileler adolesanı koruma, kollama amacıyla adolesanın çantasını karıştırma, günlüğünü okuma, çekmecesini karıştırma gibi olumsuz davranışlar sergilemekte ve adolesanla aralarındaki ilişkiye kuşkuyu ve güvensizliği sokmaktadır. Adolesana saygılı ve güvenle yaklaşılmadığında, adolesan artık sevincini ya da sorununu aile ile paylaşmayacak, iletişimini en alt düzeye indirgeyecektir (11).

Anne-babaların yaşamlarının bütün alanlarında kendilerini gözetlemesinden hoşlanmayan adolesanlara, diyabet bakımı işlemlerini yerine getirmeyi, sorunlara çözüm bulmayı ve ne zaman yardım isteyeceğini de öğrenmek gerekir (10,11,43,45). Adolesanlar enjeksiyon uygulaması, insülin dozlarının ölçülmesi, geceleri kan şekeri testlerinin yapılması ve kan şekeri ölçüm aletinin belleğinin kontrol etmesi gibi işlemleri yapabilmelidir. Diyabet yönetimi ile ilgili olarak anne-babanın her gün bilgi sahibi olması gerekir (10,13). Kan şekeri ölçüm aletinin belleğini anne-baba adolesanla birlikte kontrol ederek sonuçları adolesanla tartışabilir ve değişiklik kararlarını onunla birlikte verebilir. Adolesanın test sonuçlarının doğrultusunda diyetini ve egzersiz programını düzenleyecek kararlar verebilmesi için deneyim kazanmasının aile tarafından desteklenmesi, adolesanın karar verme süreçlerini olumlu etkileyecektir (10,11). Ailenin bu konuda ki tutumu ve oluşturacağı aile ortamı adolesanın karar verme süreçlerini belirleyen en önemli faktör olacaktır (19,91).

Sonuç olarak, Tip 1 diyabetli adolesanların, diyabet yönetiminde ki başarısı, kimlik geliştirmesi, fiziksel değişikliklere uyum sağlaması, geleceğe yönelik planlar yapması ve bağımsızlığını kazanması anne-baba tutumları ve karar verme stratejileri ile yakından ilişkidir (3-5). Bununla birlikte adolesan dönemin getirmiş olduğu davranış değişikliklerini, problemlerin çözülmesini ve uyum güçlükleri ile etkili baş etme yöntemlerini de

etkileyecektir (11). Bu nedenle, Tip 1 diyabetin adolesan dönem üzerinde ki etkilerini, anne-baba tutumları ve karar verme stratejileri şekillendirecektir.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

### **ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ**

Araştırma Tip 1 diyabetli adolesanların algıladıkları anne-baba tutumlarını, karar verme stratejilerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

### **ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN**

Araştırma, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Çocuk Endokrinoloji Kliniği ve Poliklinikleri'nde, Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü Tekirdağ Devlet Hastanesi Endokrinoloji Kliniği ve Poliklinikleri'nde, Şubat 2013 – Kasım 2013 tarihleri arasında yapılmıştır.

### **ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR**

- Tip 1 diyabetli adolesanların anne-baba tutumları nasıldır?
- Tip 1 diyabetli adolesanların karar verme stratejileri nasıldır?
- Tip 1 diyabetli adolesanların karar verme stratejileri ile anne-baba tutumları arasında ilişki var mıdır?
- Tip 1 diyabetli adolesanların karar verme stratejilerini, demografik özellikleri, aile ilişkileri ve hastalıkla ilgili özellikleri etkiler mi?

### **ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırma evrenini; Şubat 2013 – Kasım 2013 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Çocuk Endokrinoloji Kliniği ve Poliklinikleri'nde,

Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü Tekirdağ Devlet Hastanesi Endokrinoloji Kliniği ve Poliklinikleri'nde takip edilen, tüm Tip 1 diyabet tanısı almış çocuklar oluşturdu. Bu çocuklar içinde araştırma kriterlerini karşılayan ve veri toplama araçlarını eksiksiz dolduran 110 çocuk araştırma örneklemini oluşturdu. Örneklem seçiminde şu kriterler dikkate alındı;

- 13-17 yaşında olması
- En az 6 ay önce Tip 1 diyabet tanısı almış olması
- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi
- İletişim sorunu olmaması

### **VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırmanın verileri, "Anket Formu" (Ek 1), "Aile Tutum Ölçeği" (Ek 2) ve "Karar Verme Stratejileri Ölçeği" (Ek 3) kullanılarak elde edildi.

#### **Anket Formu**

33 sorudan oluşan "Anket Formu", adolesanların sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, anne ve babanın eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, gelir durumu, yaşadığı yer, sosyal güvence, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu vb), aile ilişkilerini, ailenin destek durumunu, okul başarı durumunu (önceki ders dönemine ait not ortalaması, okul devamsızlığı vb) ve adolesanın diyabet ve tedavisi ilgili özelliklerini (tanıyı ne zaman aldığı, kullandığı ilaçlar, insülin kullanımı, enjeksiyonu yapma durumu, kontrol sıklığı, hastaneye yatma durumu, hastalığıyla ilgili bilgi alma durumu, son bir yıl içindeki ve sağlıklı yaşlıtlarına göre sağlık algısı vb) içerdi (Ek 1). Adolesanın son bir yıl içindeki ve sağlıklı yaşlıtlarına göre sağlık algısı, 1 (en düşük puan) ile 5 (en yüksek puan) arası puanlanan visual analog skala ile değerlendirildi (Ek 1).

#### **Anne-Baba Tutum Ölçeği**

Araştırmada, Lamborn, Mounts, Steinberg ve Dornbush tarafından ailelerin çocukları ile ilgili tutumlarını belirlemek için geliştirilen ve kabul/ilgi (acceptance/involvement), kontrol/denetleme (strictness/supervision), psikolojik özerklik (psychological autonomy) olmak üzere 3 alt boyutu olan "Anne-Baba Tutum Ölçeği" kullanıldı (Ek 2).

Ölçeğin 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17 numaralı 9 maddesi kabul/ilgi boyutunu, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18 numaralı 9 maddesi psikolojik özerlik boyutunu, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 numaralı 8 maddesi kontrol/denetleme boyutunu oluşturmaktadır. Değerlendirmede

kabul/ilgi alt boyutunda ki tek numaralı maddeler aynen alınmakta, psikolojik özerklik alt boyutunda çift numaralı maddeler tersten puanlanmakta, sadece 12. madde düz olarak puanlanmaktadır. Kontrol/denetleme boyutuna ait ilk iki madde "hayır" cevabı için 7, "istediğim saate kadar" cevabı için 1 olacak şekilde, 1 ile 7 arasında puanlanmaktadır. 21. sorudan itibaren ise "hiç çaba göstermez" cevabı için 1, "çok az çaba gösterir" cevabı için 2 ve "çok çaba gösterir" cevabı için 3 olacak şekilde puanlanmaktadır (20).

Kabul/ilgi ve kontrol/denetleme boyutlarının kesişmesinden 4 farklı anne-baba tutumu ayırt edilmektedir. Kabul/ilgi ve kontrol/denetleme boyutunda ortancanın üzerinde puan alan deneklerin anne-babaları "demokratik", altında puan alan deneklerin anne-babaları "ihmalkâr", kabul/ilgi boyutunda ortancanın altında ve kontrol/denetleme boyutunda ortancanın üzerinde puan alan deneklerin anne-babaları "otoriter", kabul/ilgi boyutunda ortancanın üzerinde, kontrol/denetleme boyutunda ortancanın altında puan alan deneklerin anne-babaları ise "müsamahakâr" olarak belirtilmektedir (20).

Araştırmamızda, kabul/ilgi alt boyutunun Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .72, psikolojik özerklik boyutunda ki iç tutarlılık katsayıları .76, kontrol denetleme alt boyutunda ki iç tutarlılık katsayısı .82 olarak bulundu.

### **Karar Verme Stratejileri Ölçeği**

Kuzgun (91), tarafından ortaöğretim öğrencilerinin karar verme stratejilerini belirlemek amacıyla geliştirilen ölçek, 40 madde ve bağımlı (KSÖB), mantıklı (KSÖM), kararsız (KSÖK) ve içtepsel (KSÖİ) olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Karar verme stratejileri alt ölçekleri her biri 10'ar maddeden oluşmaktadır. Maddeler; 1 (Hiçbir zaman), 2 (Ara sıra), 3 (Sıklıkla) ve 4 (Her zaman) kategorilerinden biri işaretlenerek yanıtlanmaktadır. Ölçek maddeleri;

Mantıklı/ Sistematik karar biçimini ölçen maddeler: 2, 3, 6, 9, 27, 29, 33, 34, 38, 40

İçtepsel karar biçimini ölçen maddeler: 1, 11, 15, 17, 18, 21, 26, 28, 32, 35

Bağımlı karar biçimini ölçen maddeler: 4, 10, 12, 14, 19, 22, 25, 30, 31, 37

Kararsızlığı ölçen maddeler: 5, 7, 8, 13, 16, 20, 23, 24, 36, 39 şeklindedir.

Bağımlı karar verme alt ölçeğindeki altı çizili olan 10, 19, 22, 25, 30 ve 31 numaralı maddeler tersinden puanlanmaktadır. Karar verme stratejileri ölçeğinde en düşük 40 puan, en yüksek ise 160 puan alınmaktadır. 40 ile 80 arasında puan alanların düşük karar verme stratejisine, 81 ile 120 arasında puan alanların orta düzeyde karar verme stratejisine ve 121 ile

160 arasında puan alanların yüksek karar verme stratejisine sahip oldukları kabul edilmektedir. Alt ölçeklerinin her birinden ise en düşük 10, en yüksek 40 puan alınmaktadır.

Araştırmamızda, karar vermede içtepkisel alt boyutunun içtutarlığına ilişkin Cronbach Alfa katsayıları .81, mantıklı alt ölçeğinin .80, bağımlı alt ölçeğinin .52 ve kararsızlık alt ölçeğinin .86 bulundu.

## **VERİLERİN TOPLANMASI**

Araştırmacı tarafından adölesanlara çalışmanın amacı açıklandıktan sonra, verilerin elde edilmesinde kullanılan "Anket Formu" (Ek 2), "Aile Tutum Ölçeği" (Ek 2), "Karar Verme Stratejileri Ölçeği" (Ek 3) araştırmacı tarafından adölesanlarla yüz yüze görüşülerek dolduruldu. "Anket Formu" örneklem grubuna uygulanmadan önce 8 adölesan ile pilot uygulama yapıldı. Adölesanlardan gelen geri bildirimler ile "Anket Formu" düzenlendi (Ek 1). Pilot uygulamada yer alan adölesanların formları çalışmaya dahil edilmedi. Her adölesan ile veri toplama araçlarının doldurulması ortalama 20 dakika sürdü. Adölesanların veri toplama araçları dışındaki sordukları soruların da araştırmacı tarafından yanıtlanmasından dolayı görüşme süresi uzadı.

## **VERİLERİN ANALİZİ**

Araştırmada, "Anne-Baba Tutum Ölçeği"nden elde edilen puanlar "Karar Verme Stratejileri Ölçeği"nden elde edilen puanlar bağımlı değişkenleri, adölesanın sosyodemografik özellikleri, aile ilişkileri, ailenin destek durumu, okul başarı durumu, diyabet ve tedavisi ilgili özellikleri, sağlık algısı bağımsız değişkenleri oluşturdu. Veriler SPSS 17.0 "The Statistical Package for the Social Sciences-PC version 17.0 (SPSS, Chicago, IL)" programı ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler için frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma analizleri kullanıldı. Verilerin parametrik dağılıp dağılmadığını belirlemek için Kolmogorov-Smirnov testi kullanıldı. Ölçeklere ve alt boyutlarına güvenilirlik analizleri uygulanarak Cronbach Alfa katsayıları hesaplandı. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde; grup sayısı üç ya da daha fazla ise; tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. Anlamlı fark saptandığında farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemede post hoc Tukey testi, grup sayısı iki olduğunda t testi ve korelasyon kullanıldı. Tüm analizlerde,  $p < 0.05$  anlamlı olarak kabul edildi.

## **ETİK KURUL ONAYI**

Araştırmanın yapılabilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu'ndan 30.01.2013 tarihli ve 03/06 nolu etik kurul izni (Ek 4), Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nden 04.05.2012 tarihli ve 04/298 nolu kurum izni (Ek 5), Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü Tekirdağ Devlet Hastanesi'nden 16.07.2012 tarihli ve 2762 nolu kurum izinleri (Ek 6) alındı. Çalışmaya katılan adolesanlar, araştırmanın amacı ile ilgili olarak bilgilendirildi, sözel onamları alındı. "Anket Formu"nda ve ölçeklerde, adolesanların isimlerini belirtmemeleri, araştırmadan elde edilen verilerin sadece bilimsel amaçla kullanılacağı açıklandı.



## BULGULAR

Araştırma, Şubat 2013 – Kasım 2013 tarihleri arasında, Tip 1 diyabetli adolesanların algıladıkları anne-baba tutumları, karar verme stratejileri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 110 adolesan ile yapıldı. Araştırma verileri aşağıdaki başlıklar halinde verildi.

- Adolesanların demografik, aile ilişkileri ve okul başarısı ile ilgili özellikleri,
- Adolesanların diyabet ve tedavisi ile ilgili özellikleri,
- Adolesanların karar verme stratejileri ve anne-baba tutumu puanları,
- Adolesanların karar verme stratejileri ve anne-baba tutumları puan ortalamalarının karşılaştırılması,
- Anne-Baba Tutum Ölçeği puan ortalamalarının bağımsız değişkenlerle karşılaştırılması,
- KSÖ puan ortalamalarının bağımsız değişkenlerle karşılaştırılması.

### ADOLESANLARIN DEMOGRAFİK, AİLE İLİŞKİLERİ VE OKUL BAŞARISI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

Tablo 1 incelendiğinde, adolesanların yaş ortalaması  $15,66 \pm 1,18$ , %20,9'u 15, %28,2'si 16, %30,9'u 17 yaşında idi. Adolesanların %44,5'i kız, %55,5'i erkek idi. Annelerin %20'si ilkokul mezunu ve altı, %20'si ortaokul mezunu, %42,7'si lise mezunu, %17,3'ünün üniversite mezunu olduğu, %38'inin çalıştığı bulundu. Babaların %6,4'ü ilkokul mezunu ve altı, %15,5'i ortaokul mezunu, %58,2'si lise mezunu, %20'sinin üniversite mezunu olduğu ve çoğunun (%99,1) çalıştığı belirlendi. Adolesanların %87,3'ünün aile tipinin çekirdek, %10'unun geniş, %2,7'sinin parçalanmış aile olduğu bulundu. Ailelerin %58,2'sinin gelir durumunun iyi, %37,3'ü orta, %4,5'inin düşük gelire sahip oldukları belirlendi. Adolesanların

%75,5'i ilde, %18,2'si ilçede yaşamakta, %47,3'ü tek çocuk, %44,5'i 2 kardeş, %70'i 1. çocuk idi (Tablo 1).

**Tablo 1. Çocukların demografik özelliklerinin dağılımı (n=110)**

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş (Ort±SS)</b>	15,66±1,18	
13	4	3,6
14	18	16,4
15	23	20,9
16	31	28,2
17	34	30,9
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	49	44,5
Erkek	61	55,5
<b>Annenin Eğitim Düzeyi</b>		
İlkokul ve Altı	22	20,0
Ortaokul	22	20,0
Lise	47	42,7
Üniversite	19	17,3
<b>Annenin Çalışma Durumu</b>		
Evet	38	34,5
Hayır	72	65,5
<b>Babanın Eğitim Düzeyi</b>		
İlkokul ve Altı	7	6,4
Ortaokul	17	15,5
Lise	64	58,2
Üniversite	22	20,0
<b>Babanın Çalışma Durumu</b>		
Evet	109	99,1
Hayır	1	0,9
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek	96	87,3
Geniş	11	10,0
Parçalanmış	3	2,7
<b>Gelir Durumu</b>		
İyi	64	58,2
Orta	41	37,3
Düşük	5	4,5
<b>Yaşadığı Yer</b>		
İl	83	75,5
İlçe	20	18,2
Köy	7	6,4

**Tablo 1. (devam) Çocukların demografik özelliklerinin dağılımı (n=110)**

<b>Kardeş Sayısı</b>		
1	52	47,3
2	49	44,5
3 ve üstü	9	8,2
<b>Kaçıncı Çocuk Olduğu</b>		
1	77	70,0
2 ve üstü	33	30,0

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Adolesanların aile ilişkileri ve okul ile ilgili bazı özelliklerine ilişkin bulguların yer aldığı Tablo 2 incelendiğinde, adolesanların %10'u aile ilişkilerini iyi, %80'i orta, %10'u kötü olarak tanımladı ve %88,2'si ailesinden her zaman destek gördüklerini ifade etti. Adolesanların okul başarısı, önceki ders dönemlerine ait karneleri ile değerlendirildiğinde, başarılarının %11,8'inin çok iyi, %36,4'nün iyi, %35,5'nin orta, %16,4'nün düşük olduğu saptandı. Çocukların %45,5'i okula devamsızlık sorunu yaşıyordu ve devamsızlık gün sayısı ortalama  $6,32 \pm 5,93$  (0-26) gün idi (Tablo 2).

**Tablo 2. Adolesanın aile ilişkileri ve okul ile ilgili özellikleri (n=110)**

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Aile İlişkileri</b>		
İyi	11	10,0
Orta	88	80,0
Kötü	11	10,0
<b>Aile Desteğini Algılama</b>		
Her zaman	97	88,2
Bazen	13	11,8
<b>Okul Başarısı</b>		
Çok İyi	13	11,8
İyi	40	36,4
Orta	39	35,5
Düşük	18	16,4
<b>Okula Devamsızlık</b>		
Evet	50	45,5
Hayır	60	54,5
<b>Devamsızlık Gün Sayısı (Ort±SS)</b>	<b>6,32 ± 5,93</b>	

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

## ADOLESANLARIN DİYABET BAKIMI VE TEDAVİSİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

Adolesanların %32,7'si Tip 1 diyabet tanısını 12-18 ay önce, %23,6'sı 18-24 ay önce, %22,7'si 10-12 ay önce aldığı belirlendi. Adolesanların %62,7'si sadece insülin kullanıyordu ve %97,3'ü insülinini kendisi yapmaktaydı. Adolesanların %56,4'ü altı ayda bir, %25,5'i yılda bir defa %13,6'sı üç ayda bir ve %4,5'i bir yıldan uzun aralıklarla kontrole gelmekte idi. Adolesanların %91,8'i diyabetle ilgili olarak en az bir defa hastaneye yatmıştı, hastaneye yatan adolesanların %32,9'u 2 kez, %26,8'i 1 kez, %20,7'sinin 3 kez hastaneye yattığı saptandı. Adolesanların hepsinin diyabetle ilgili bilgi aldıkları, bu bilgileri %67,3'ünün hemşireden, %10,9'unun doktordan, %16,4'ünün internetten, %4,5'i komşu/akrabadan, %0,9'unun televizyondan aldıkları bulundu. Adolesanların %87,3'ü yeterli bilgiye sahip olduğunu, %12,7'si ise yeterli bilgiye sahip olmadığını belirtti (Tablo 3).

**Tablo 3. Adolesanların diyabet ve tedavisi ile ilgili özellikleri (n=110)**

Özellikler	n	%
<b>Tanı Alma Zamanı</b>		
6 Ay Önce	1	0,9
6-8 Ay Önce	2	1,8
8-10 Ay Önce	6	5,5
10-12 Ay Önce	25	22,7
12-18 Ay Önce	36	32,7
18-24 Ay Önce	26	23,6
2-3 Yıl Önce	10	9,1
3 Yıldan Daha Uzun Süre	4	3,6
<b>Diyabetle İlgili İlaç Kullanımı</b>		
İnsülin	69	62,7
İnsülin + ilaç	35	31,8
<b>Enjeksiyonu Yapma Durumu</b>		
Kendisi	107	97,3
Başkası	3	2,7
<b>Kontrol Sıklığı</b>		
Üç Ayda Bir	15	13,6
Altı Ayda Bir	62	56,4
Yılda Bir Kez	28	25,5
Bir Yıldan Uzun Sürede	5	4,5
<b>Daha Önce Hastanede Yatma Durumu</b>		
Evet	101	91,8
Hayır	9	8,2

**Tablo 3. (devam) Adolesanların diyabet ve tedavisi ile ilgili özellikleri  
(n=110)**

<b>Hastanede Yatma Sayısı *(n=101)</b>		
1 kez	27	26,8
2 kez	33	32,9
3 kez	21	20,7
4 kez	13	12,9
5 kez	3	2,9
6 kez	3	2,9
7 kez	1	0,9
<b>Diyabetle İlgili Bilgi Kaynağı</b>		
Hemşire	74	67,3
Doktor	12	10,9
TV	1	0,9
İnternet	18	16,4
Komşu/akraba	5	4,5
<b>Bilgilerini Yeterliliği Bulma Durumu</b>		
Yeterli	96	87,3
Yeterli Değil	14	12,7

\*Örneklemdaki hastanede yatan adolesan sayısı 101'dir.

Tablo 4'de adolesanların sağlık algıları incelendiğinde, adolesanların son bir yıl içindeki sağlık durumunu değerlendirme puanı  $3,71 \pm 0,92$  (min;2-max;5) bulundu ve %8,2'si sağlık durumunu 2 puan, %36,4'ü 3 puan, %31,8'i 4 puan, %23,6'sı 5 puan olarak değerlendirdi (Tablo 4).

Adolesanların sağlıklı yaşlılarına göre sağlık durumu değerlendirme puanı  $3,09 \pm 0,88$  (min;2-max;5), %27,3'ünün 2 puan, %43,6'sının 3 puan, %21,8'inin 4 puan, %7,3'ü 5 puan olarak değerlendirdiği bulundu (Tablo 4).

**Tablo 4. Adolesanın sağlığı değerlendirmesi ile ilgili 6zellikler (n=110)**

6zellikler	n	%
<b>Son Bir Yıl İçindeki Sağlık Durumu Değerlendirmesi</b>		
1	0	0,0
2	9	8,2
3	40	36,4
4	35	31,8
5	26	23,6
<b>Sağlıklı Yaşıtlarına G6re Sağlık Durumunu Değerlendirmesi</b>		
1	0	0,0
2	30	27,3
3	48	43,6
4	24	21,8
5	8	7,3

#### **ADOLESANLARIN KARAR VERME STRATEJİLERİ VE ANNE-BABA TUTUM PUAN ORTALAMALARI**

Adolesanların KSÖ toplam puan ortalaması (100,86±4,21), “mantıklı/ sistematik karar biçimi” alt boyutu puan ortalaması (26,42±2,09); “içtepkisel karar biçimi” alt boyutu puan ortalaması (24,45±2,06); “bağımlı karar biçimi” alt boyutu puan ortalaması (23,23±2,05); “kararsızlık” alt boyutu puan ortalaması (26,77±2,44) olarak bulundu (Tablo 5). Buna g6re çalışmaya alınan adolesanların orta d6zey karar verme stratejisine sahip oldukları saptandı.

**Tablo 5. Adolesanların KSÖ ve alt boyut puan ortalamaları (n=110)**

Karar Verme Stratejileri	Ort±SS	Min.	Max.
Mantıklı/ Sistematik Karar Biçimi	26,42±2,09	21	33
İçtepkisel Karar Biçimi	24,45±2,06	16	29
Bağımlı Karar Biçimi	23,23±2,05	18	29
Kararsızlık	26,77±2,44	18	33
<b>Toplam</b>	<b>100,86±4,21</b>	<b>88</b>	<b>110</b>

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Adolesanların "kabul ilgi" alt boyut puan ortalaması 25,28±2,07, "psikolojik 6zerlik" alt boyut puan ortalaması 17,42±1,72, "kontrol denetleme" alt boyut puan ortalaması 26,70±4,27 olarak bulundu (Tablo 6).

**Tablo 6. Adölesanların Anne-Baba Tutum Ölçeği alt boyut puan ortalamaları (n=110)**

<b>Anne-Baba Tutum Ölçeği Alt Boyutları</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
<b>Kabul İlgı</b>	25,28±2,07	21	32
<b>Psikolojik Özerlik</b>	17,42±1,72	14	22
<b>Kontrol Denetleme</b>	26,70±4,27	18	32

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Tablo 7’de adölesanların aile tutumları incelendiğinde, adölesanların 14’ünün (%12,7) aile tutumu demokratik, 28’inin (%25,5) ihmalkar, 34’ünün (%30,9) otoriter, 34’ünün (%30,9) müsamahakardı (Tablo 7).

**Tablo 7. Adölesanların Anne-Baba Tutumu Ölçeği alt boyut puanlarına göre anne-baba tutumları dağılımları (n=110)**

<b>Anne-baba tutumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Demokratik</b>	14	12,7
<b>İhmalkar</b>	28	25,5
<b>Otoriter</b>	34	30,9
<b>Müsamahakar</b>	34	30,9

#### **ADOLESANLARIN KARAR VERME STRATEJİLERİ VE ANNE-BABA TUTUMLARI PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Adölesanların KSÖ ve anne-baba tutumları puan ortalamalarının karşılaştırıldığı Tablo 8 incelendiğinde, adölesanların anne-baba tutumları ile KSÖ toplam puan ortalamaları ( $p>0,05$ ), mantıklı/ sistematik karar biçimi alt boyut puan ortalamaları ( $p>0,05$ ), içtepkisel karar biçimi alt boyut puan ortalamaları ( $p>0,05$ ), bağımlı karar biçimi alt boyut puan ortalamaları ( $p>0,05$ ) ve kararsızlık karar biçimi alt boyut puan ortalamaları ( $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 8).

**Tablo 8. Adölesanların karar verme stratejileri ölçeği puan ortalamaları ile anne-baba tutumlarının karşılaştırılması (n=110)**

KSÖ	ANNE-BABA TUTUMLARI				İstatistiksel Analiz	
	Demokratik	İhmalkar	Otoriter	Müsamahakar	F / $\chi^2$	p
	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS		
<b>Mantıklı/Sistematik</b>	27,00±1,56	26,03±2,33	26,17±1,78	26,73±2,34	1,083	0,360*
<b>İçtepkisel</b>	24,50±1,78	24,03±1,37	24,47±2,19	24,73±2,49	3,511	0,319**
<b>Bağımlı</b>	23,78±2,15	23,60±1,89	22,85±1,81	23,05±2,33	2,542	0,468**
<b>Kararsızlık</b>	26,28±2,09	26,75±3,08	26,97±1,76	26,79±2,64	0,255	0,858*
<b>Toplam</b>	101,57±3,52	100,42±4,56	100,47±2,76	101,32±5,31	0,458	0,712**

\*One Way Anova Testi

\*\*Kruskal-Wallis Testi

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

### ANNE-BABA TUTUM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERLE KARŞILAŞTIRILMASI

Anne-baba tutumu ile adölesanın yaşı ( $p>0,05$ ), cinsiyeti ( $p>0,05$ ), annenin eğitim düzeyi ( $p>0,05$ ), ailenin gelir durumu ( $p>0,05$ ), kardeş sayısı ( $p>0,05$ ), kaçınıcı çocuk olduğu ( $p>0,05$ ) ve okul başarısı ( $p>0,05$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Anne-baba tutumu ile babanın eğitimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardı ( $p<0,05$ ). Babanın eğitim durumunun anne-baba tutumunu etkilediği, demokratik aile tipinde tüm eğitim seviyelerine hemen hemen eşit bir dağılım söz konusuyken, ihmalkar ailelerin büyük bir çoğunluğunda baba lise mezunu, otoriter ailelerin yarısından fazlasında lise mezunu ve müsamahakar ailelerdeki babaların yarısı lise geri kalanı ise ortaokul ve üniversite mezunu olduğu saptandı (Tablo 9).

**Tablo 9. Adölesanların anne-baba tutumlarının adölesanların bazı özellikleri ile karşılaştırılması (n=110)**

Özellikler	Demokratik		İhmalkar		Otoriter		Müsamahakar		İstatistiksel Analiz
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Yaş</b>									$\chi^2 = 18,201$ $p=0,110$
13	0	0,0	1	3,6	0	0,0	3	8,8	
14	4	28,6	6	21,4	1	2,9	7	20,6	
15	4	28,6	5	17,9	8	23,5	6	17,6	
16	4	28,6	8	28,6	13	38,2	6	17,6	
17	2	14,3	8	28,6	12	35,3	12	35,3	



**Tablo 9. (devam) Adolesanların anne-baba tutumlarının adolesanların bazı özellikleri ile karşılaştırılması (n=110)**

Özellikler	Demokratik		İhmalkar		Otoriter		Müsamahakar		İstatistiksel Analiz
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Cinsiyet</b>									
Kız	5	35,7	13	46,4	18	52,9	13	38,2	$\chi^2 = 2,000$ p=0,572
Erkek	9	64,3	15	53,6	16	47,1	21	61,8	
<b>Annenin Eğitim Düzeyi</b>									
İlkokul ve altı	4	28,6	6	21,4	3	8,8	9	26,5	$\chi^2 = 10,913$ p=0,282
Ortaokul	3	21,4	5	17,9	5	14,7	9	26,5	
Lise	3	21,4	13	46,4	20	58,8	11	32,4	
Üniversite	4	28,6	4	14,3	6	17,6	5	14,7	
<b>Babanın Eğitim Düzeyi</b>									
İlkokul ve altı	3	21,4	1	3,6	2	5,9	1	2,9	$\chi^2 = 23,042$ p=0,06
Ortaokul	5	35,7	0	0,0	5	14,7	7	20,6	
Lise	4	28,6	23	82,1	20	58,8	17	50,0	
Üniversite	2	14,3	4	14,3	7	20,6	9	26,5	
<b>Gelir Durumu</b>									
İyi	6	42,9	18	64,3	21	61,8	19	55,9	$\chi^2 = 3,210$ p=0,782
Orta	7	50,0	8	28,6	12	35,3	14	41,2	
Düşük	1	7,1	2	35,3	1	2,9	1	2,9	
<b>Kardeş Sayısı</b>									
1	5	35,7	14	50,0	19	55,9	14	41,2	$\chi^2 = 9,177$ p=0,164
2	6	42,9	14	50,0	13	38,2	16	47,1	
3 ve üstü	3	21,4	0	0,0	2	5,9	4	11,8	
<b>Kaçıncı Çocuk Olduğu</b>									
1	9	64,3	22	78,6	25	73,5	21	61,8	$\chi^2 = 2,512$ p=0,473
2 ve üstü	5	35,7	6	21,4	9	26,5	13	38,2	
<b>Okul Başarısı</b>									
Çok İyi	0	0,0	4	14,3	5	14,7	4	11,8	$\chi^2 = 7,827$ p=0,552
İyi	7	50,0	10	35,7	12	35,3	11	32,4	
Orta	5	35,7	12	42,9	10	29,4	12	35,3	
Düşük	2	14,3	2	7,1	7	20,6	7	20,6	

Anne-baba tutumu ile adolesanın enjeksiyonu kendisinin yapma durumu (p>0,05), kontrole gelme sıklığı (p>0,05), hastanede yatma sayısı (p>0,05), diyabetle ilgili bilgi yeterliliği (p>0,05) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (Tablo 10).

**Tablo 10. Adolesanların anne-baba tutumlarının diyabet ve tedavisi ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması (n=110)**

Özellikler	Demokratik		İhmalkar		Otoriter		Müsamahakar		İstatistiksel Analiz
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Enjeksiyonu Yapma Durumu</b>									
Kendisi	14	100,0	27	96,4	33	97,1	33	97,1	$\chi^2 = 0,854$ $p=0,836$
Başkası	0	0,0	1	3,6	1	2,9	1	2,9	
<b>Kontrol Sıklığı</b>									
Üç Ayda Bir	2	14,3	3	10,7	4	11,8	6	17,6	$\chi^2 = 1,742$ $p=0,942$
Altı Ayda Bir	9	64,3	17	60,7	18	52,9	18	52,9	
Senede Bir ve Üzeri	3	21,4	8	28,6	12	35,3	10	29,4	
<b>Hastanede Yatma Sayısı</b>									
Hiç yatmayan	1	7,1	3	10,7	3	8,8	2	5,9	$\chi^2 = 10,874$ $p=0,761$
1 kez	3	21,4	7	25,0	8	23,5	9	26,5	
2 kez	7	50,0	7	25,0	10	29,4	9	26,5	
3 kez	1	7,1	8	28,6	7	20,6	5	14,7	
4 kez	1	7,1	3	10,7	4	11,8	5	14,7	
5 kez ve üzeri	1	7,1	0	0,0	2	5,9	4	11,8	
<b>Diyabetle İlgili Bilgilerini Yeterli Bulma Durumu</b>									
Yeterli									$\chi^2 = 1,552$ $p=0,670$
Yeterli değil	11	78,6	25	89,3	29	85,3	31	91,2	
	3	21,4	3	10,7	5	14,7	3	8,8	

Anne-baba tutumu ile adolesanın sağlık durumu algısı ve adolesanın sağlıklı yaşitlarına göre sağlık durum algısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 11). Yapılan ileri analizlerde, sağlık durumunu 2 puan olarak belirten adolesanların büyük bir çoğunluğu sağlıklı yaşitlarına göre de sağlık durumlarını 2 puan olarak belirttikleri, fakat sağlık durumlarına 3, 4 ve 5 puan veren adolesanların büyük çoğunluğu sağlıklı yaşitlarına göre kıyaslama istendiğinde 1'er puan daha düşük puan verdiği yani sağlıklı yaşitlarına göre sağlık durumlarını daha kötü algıladıkları saptandı.

**Tablo 11. Adolesanların anne-baba tutumlarının sağlığı değerlendirmeleri ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması (n=110)**

Özellikler	Anne-Baba Tutumları								İstatistiksel Analiz
	Demokratik		İhmalkar		Otoriter		Müsamahakar		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Son Bir Yıl İçindeki Sağlık Durumunu Değerlendirmesi</b>									
2	2	14,3	3	10,7	3	8,8	1	2,9	$\chi^2 = 9,075$ $p=0,430$
3	4	28,6	14	50,0	8	23,5	14	41,2	
4	5	35,7	5	17,9	13	38,2	12	35,3	
5	3	21,4	6	21,4	10	29,4	7	20,6	
<b>Hastalığı Olmayan Yaşıtlarına Göre Sağlığını Değerlendirmesi</b>									
2	5	35,7	8	28,6	7	20,6	10	29,4	$\chi^2 = 11,685$ $p=0,232$
3	5	35,7	11	39,3	15	44,1	17	50,0	
4	3	21,4	8	28,6	6	17,6	7	20,6	
5	1	7,1	1	3,6	6	17,6	0	0,0	

### KARAR VERME STRATEJİLERİ ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERLE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 12 incelendiğinde, adolesanın yaşı, cinsiyeti, annenin ve babanın eğitim düzeyi, ailenin gelir durumu ve adolesanın okul başarısı ile KSÖ mantıklı/ sistematik karar biçimi alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktu ( $p>0,05$ ). Adolesanın kardeş sayısı ve kaçınıcı çocuk olduğu ile KSÖ mantıklı/ sistematik karar biçimi alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir fark vardı ( $p<0,05$ ). 1. çocuk olan adolesanların KSÖ mantıklı/ sistematik karar biçimi alt boyut puan ortalaması, 2. ve üstü çocuk olan adolesanlardan anlamlı derecede daha düşüktü (Tablo 12).

Adolesanın yaşı, cinsiyeti, annenin ve babanın eğitim düzeyi, ailenin gelir durumu, adolesanın kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu ve okul başarısı ile KSÖ iç tepkisel karar biçimi alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktu ( $p>0,05$ ) (Tablo 12).

Adolesanın yaşı, cinsiyeti, annenin ve babanın eğitim düzeyi, adolesanın kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu ile KSÖ bağımlı karar biçimi alt boyut puan ortalamaları arasında

anlamli bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ). Ailenin gelir durumu ve adolesanin okul basarisı ile KSÖ bagimli karar bicimi alt boyut puan ortalamalari arasinda anlamli bir fark vardi ( $p<0,05$ ). Yapilan ileri analizde, ailesinin gelir duzeyi dusuk olan adolesanlari KSÖ bagimli karar bicimi alt boyut puan ortalamalari, ailesinin gelir duzeyi yuksek olan adolesanlardan anlamli derecede daha yuksekti ( $p<0,017$ ). Okul basarisı iyi olan adolesanlar ile okul basarisı dusuk olan adolesanlar arasinda KSÖ bagimli karar bicimi alt boyut puan ortalamalari bakımından anlamli bir fark vardi ( $p<0,0083$ ). Okul basarisı dusuk olan adolesanlari KSÖ bagimli karar bicimi alt boyut puan ortalamalari, okul basarisı iyi olan adolesanlardan anlamli derecede daha dusuktu (Tablo 12).

Adolesanin yasi, cinsiyeti, annenin ve babanın egitim duzeyi, ailenin gelir durumu, adolesanin kardeş sayisi, kacinci çocuk oldugu ve okul basarisı ile KSÖ kararsiz karar bicimi alt boyut puan ortalamalari arasinda anlamli bir fark yoktu ( $p>0,05$ ). (Tablo 12).

Adolesanin yasi, cinsiyeti, annenin ve babanın egitim duzeyi, ailenin gelir durumu, adolesanin kardeş sayisi, kacinci çocuk oldugu ve okul basarisı ile KSÖ toplam puan ortalamalari arasinda anlamli bir fark yoktu ( $p>0,05$ ). (Tablo 12).

**Tablo 12. Adolesanlari KSÖ alt boyut puan ortalamalariinin demografik ozellikleri ve okul basarisı ile kar§ilastirilmesi (n=110)**

Özellikler	Mantıklı/ SistematiK	İçtepkisel	Bağımlı	Kararsız	Toplam
<b>Yaş</b>					
13	27,25± 0,85	23,50±0,28	23,50±0,50	26,00±0,70	100,25±1,49
14	26,38± 0,41	24,33±0,51	23,77±0,56	26,72±0,64	101,22±1,11
15	25,86± 0,34	24,73±0,39	23,00±0,47	26,60±0,42	100,21±0,76
16	26,22± 0,40	24,74±0,34	22,74±0,29	26,54±0,47	100,25±0,71
17	26,88± 0,40	24,14±0,40	23,50±0,36	27,20±0,43	101,73±0,79
	F=1,036* p=0,392	$\chi^2=2,450^{**}$ p=0,654	$\chi^2=4,183^{**}$ p=0,382	$\chi^2=2,339^{**}$ p=0,674	F=0,705* p=0,590
<b>Cinsiyet</b>					
Kız	26,24±0,26	24,42±0,29	23,24±0,29	26,91±0,34	100,83±0,56
Erkek	26,55±0,28	24,45±0,26	23,21±0,26	26,65±0,31	100,88±0,57
	Z=-0,578*** p=0,563	Z=-0,304*** p=0,761	F=0,207‡ p=0,936	Z=-0,209*** p=0,834	F=1,032* p=0,952

**Tablo 12. (devam) Adolesanların KSÖ alt boyut puan ortalamalarının demografik özellikleri ve okul başarısı ile karşılaştırılması (n=110)**

Özellikler	Mantıklı/ Sistemik	İçtepkisel	Bağımlı	Kararsız	Toplam
<b>Annenin Eğitim Düzeyi</b>					
İlkokul ve altı	26,63±0,48	23,90±0,58	23,50±0,43	26,27±0,53	100,31±1,02
Ortaokul	26,09±0,43	24,95±0,35	23,77±0,50	27,54±0,49	102,36±0,89
Lise	26,48±0,29	24,55±0,28	23,12±0,24	26,59±0,36	100,76±0,47
Üniversite	26,36±0,53	24,21±0,40	22,52±0,56	26,89±0,53	100,00±1,24
	F=0,274* p=0,844	F=1,071* p=0,365	$\chi^2=4,865^{**}$ p=0,182	$\chi^2=2,640^{**}$ p=0,451	F=1,339* p=0,266
<b>Babanın Eğitim Düzeyi</b>					
İlkokul ve altı	28,14±0,93	22,85±1,31	22,85±0,93	26,14±1,28	100,00±2,01
Ortaokul	26,64±0,40	24,76±0,42	23,64±0,39	26,82±0,44	101,88±0,86
Lise	26,32±0,24	24,43±0,25	23,20±0,25	26,89±0,32	100,85±0,54
Üniversite	25,95±0,52	24,72±0,36	23,09±0,51	26,59±0,48	100,36±0,87
	F=2,108* p=0,104	F=1,690* p=0,174	F=0,342* p=0,795	F=0,242* p=0,867	$\chi^2=1,591^{**}$ p=0,661
<b>Gelir Durumu</b>					
İyi	26,23±0,28	24,67±0,28	22,79±0,24	26,40±0,29	100,10±0,50
Orta	26,60±0,28	24,14±0,26	23,68±0,32	27,36±0,38	101,80±0,67
Düşük	27,20±0,73	24,00±1,14	25,00±0,70	26,60±1,36	102,80±2,03
	$\chi^2=1,895^{**}$ p=0,388	$\chi^2=2,554^{**}$ p=0,279	$\chi^2=9,498^{**}$ <b>p=0,009</b>	$\chi^2=2,737^{**}$ p=0,255	F=2,655* p=0,075
<b>Kardeş Sayısı</b>					
1	25,88±0,30	24,32±0,26	23,40±0,26	26,92±0,31	100,53±0,51
2	26,81±0,28	24,38±0,30	23,20±0,30	26,55±0,36	100,95±0,66
3 ve üstü	27,33±0,44	25,44±0,81	22,33±0,78	27,11±0,99	102,22±1,60
	$\chi^2=6,154^{**}$ <b>p=0,046</b>	$\chi^2=2,596^{**}$ p=0,273	$\chi^2=1,596^{**}$ p=0,104	$\chi^2=1,373^{**}$ p=0,503	F=0,631* p=0,534
<b>Kaçıncı Çocuk Olduğu</b>					
1	26,11±0,23	24,58±0,22	23,42±0,20	26,55±0,27	100,68±0,43
2 ve üstü	27,12±0,35	24,12±0,39	22,75±0,42	27,27±0,44	101,27±0,87
	Z=-2,149*** <b>p=0,032</b>	Z=-0,502*** p=0,615	Z=-1,612*** p=0,107	Z=-1,639*** p=0,101	F=3,289* p=0,507
<b>Okul Başarı Durumu</b>					
Çok iyi	25,76±0,56	25,23±0,53	22,61±0,51	26,84±0,57	100,46±0,89
İyi	26,07±0,29	24,45±0,28	24,05±0,30	27,20±0,39	101,77±0,64
Orta	26,64±0,35	24,23±0,36	22,92±0,34	26,61±0,40	100,41±0,70
Düşük	27,16±0,51	24,33±0,52	22,50±0,38	26,11±0,58	100,11±1,09
	$\chi^2=6,660^{**}$ p=0,086	$\chi^2=1,565^{**}$ p=0,667	$\chi^2=10,453^{**}$ <b>p=0,015</b>	$\chi^2=4,258^{**}$ p=0,235	$\chi^2=2,813^{**}$ p=0,421

\*Oneway ANOVA

\*\*Kruskal-Wallis Test

\*\*\*Mann-Whitney Test

‡T-testi

Adolesaların enjeksiyon yapma durumu ile KSÖ mantıklı karar alt boyutu, içtepkisel karar alt boyutu, bağımlı karar alt boyutu, kararsız karar alt boyutu v toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 13).

Adolesanın diyabet kontrol sıklığı ile KSÖ mantıklı karar alt boyutu, bağımlı karar alt boyutu, kararsız karar alt boyutu ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ). Ancak adolesanın diyabet kontrol sıklığı ile iç tepkisel karar alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo 13).

Adolesanın hastanede yatma sıklığı ile KSÖ içtepkisel karar alt boyutu, bağımlı karar alt boyutu, kararsız karar alt boyutu ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ). Adolesanın hastanede yatma sayısı ile KSÖ mantıklı karar alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulundu ( $p<0,05$ ) (Tablo 13). İleri analizde, adolesanın hastanede yatma sıklığı ile KSÖ mantıklı karar alt boyutu puan ortalamaları arasında %26 olasılıklı pozitif korelasyon saptandı ( $p<0,05$ ).

Adolesanın diyabetle ilgili bilgi yeterliliği ile KSÖ mantıklı karar alt boyutu, içtepkisel karar alt boyutu, bağımlı karar alt boyutu, kararsız karar alt boyutu ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 13).

**Tablo 13. Adolesanların KSÖ alt boyut puan ortalamalarının diyabet ve tedavisi ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması (n=110)**

Özellikler	Mantıklı/ Sistemik	İçtepkisel	Bağımlı	Kararsız	Toplam
<b>Enjeksiyon Yapma Durumu</b>					
Kendisi	26,37±0,20	24,42±0,20	23,25±0,19	26,73±0,23	100,78±0,41
Başkası	28,00±0,57	25,33±0,88	22,33±0,88	28,00±0,57	103,66±0,33
	Z=-1,560*** p=0,119	Z=-0,808*** p=0,419	Z=-0,920*** p=0,357	Z=-1,176*** p=0,239	Z=-1,640*** p=0,101
<b>Kontrol Sıklığı</b>					
Üç ayda bir	26,20±0,68	25,00±0,71	22,86±0,55	26,73±0,68	100,80±1,42
Altı ayda bir	26,25±0,26	24,12±0,25	23,54±0,26	27,19±0,29	101,12±0,50
Senede bir ve üzeri	26,81±0,30	24,78±0,29	22,78±0,33	26,00±0,41	100,39±0,71
	F=0,861* p=0,426	$\chi^2=7,352$ ** <b>p=0,025</b>	F=1,771* p=0,175	$\chi^2=3,433$ ** p=0,180	F=0,326* p=0,723

**Tablo 13. (devam) Adolesanların KSÖ alt boyut puan ortalamalarının diyabet ve tedavisi ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması (n=110)**

<b>Hastanede Yatma Sayısı</b>					
Hiç yatmayan	26,33±0,40	24,33±0,81	23,66±0,40	26,33±0,91	100,66±1,22
1 kez	25,74±0,45	24,81±0,54	22,74±0,42	26,59±0,42	99,88±0,69
2 kez	26,15±0,32	24,42±0,34	23,27±0,39	27,28±0,42	101,33±0,82
3 kez	27,04±0,48	23,80±0,30	23,33±0,47	26,23±0,65	100,42±1,03
4 kez	27,53±0,59	24,46±0,33	23,38±0,43	26,76±0,60	102,15±0,94
5 kez ve üzeri	26,42±0,61	25,14±0,40	23,71±0,74	26,28±0,52	101,57±1,74
	$\chi^2=11,630^{**}$ <b>p=0,040</b>	$\chi^2=6,448^{**}$ p=0,265	F=0,483* p=0,789	F=0,897* p=0,486	F=0,693* p=0,630
<b>Diyabetle İlgili Bilgilerini Yeterli Bulma Durumu</b>					
Yeterli	26,32±0,21	24,41±0,20	23,35±0,20	26,72±0,25	100,82±0,44
Yeterli değil	27,07±0,46	24,64±0,71	22,35±0,56	27,07±0,63	101,14±0,94
	Z=-1,303*** p=0,193	Z=-0,467*** p=0,640	Z=-1,921*** p=0,055	F=0,263‡ p=0,627	Z=-0,050*** p=0,961

\*Oneway ANOVA

\*\*Kruskal-Wallis Test

\*\*\*Mann-Whitney Test

‡T-testi

Adolesanların son bir yıl içindeki ve sağlıklı yaşıtlarına göre sağlık algılarını değerlendirmeleri ile KSÖ alt boyutlarının karşılaştırıldığı Tablo 14 incelendiğinde, KSÖ mantıklı karar alt boyut, içtepkisel karar alt boyut ve bağımlı karar alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktu ( $p>0,05$ ). Adolesanların son bir yıl içindeki sağlık algısı ile KSÖ kararsız karar alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ( $p<0,05$ ). Sağlıklı yaşıtlarına göre adolesanların sağlık algısı ile KSÖ kararsız karar alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 14). Adolesanların son bir yıl içindeki sağlık algısı ile KSÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ( $p>0,05$ ). Sağlıklı yaşıtlarına göre adolesanların sağlık algısı ile KSÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p<0,05$ ). İleri analizlerde, sağlıklı yaşıtlarına göre sağlık değerlendirmesine 3 puan veren adolesanların, 2 puan veren adolesanlara göre karar verme toplam puan ortalaması anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ).

**Tablo 14. Adolesanların KSÖ alt boyut puan ortalamalarının sağlığı değerlendirmesi ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması (n=110)**

Özellikler	Mantıklı/ Sistemik	İçtepkisel	Bağımlı	Kararsız	Toplam
<b>Son Bir Yıl İçindeki Sağlık Durumunu Değerlendirmesi</b>					
2	26,77±1,03	23,88±0,48	22,77±0,77	25,44±1,16	98,88±1,82
3	26,37±0,32	24,22±0,30	23,25±0,32	26,30±0,39	100,15±0,61
4	26,54±0,33	24,54±0,42	23,14±0,37	27,65±0,37	101,88±0,75
5	26,19±0,39	24,84±0,36	23,46±0,33	26,76±0,39	101,26±0,70
	$\chi^2=0,914^{**}$ p=0,822	$\chi^2=3,028^{**}$ p=0,387	F=0,273* p=0,845	F=3,068* <b>p=0,031</b>	F=1,851* p=0,142
<b>Sağlıklı Yaşıtlarına Göre Sağlığın Değerlendirmesi</b>					
2	26,23±0,41	23,90±0,33	22,83±0,39	26,10±0,42	99,06±0,78
3	26,62±0,28	24,58±0,33	23,31±0,32	27,31±0,35	101,83±0,60
4	26,62±0,39	24,79±0,32	23,50±0,36	26,75±0,51	101,66±0,80
5	25,25±0,39	24,62±0,84	23,37±0,46	26,12±0,74	99,37±0,94
	$\chi^2=2,364^{**}$ p=0,500	$\chi^2=4,130^{**}$ p=0,248	F=0,544* p=0,653	$\chi^2=7,090^{**}$ p=0,069	F=3,518* <b>p=0,018</b>

\*Oneway ANOVA

\*\*Kruskal-Wallis Test



## TARTIŞMA

Tip 1 diyabet çocukluk ve adolesan dönemin en sık görülen kronik hastalıklarından biridir ve son yıllarda çocuk ve adolesanlarda görülme sıklığı tüm dünyada artış göstermektedir (88). Adolesan dönemi çocuğun Tip 1 diyabetle ilgili bilgi ve öz bakımının en üst düzeyde olabileceği bir dönem olmasına karşın hastalığın yönetiminin ve metabolik kontrolünün en güç olduğu, çocukların ve ebeveynlerin en fazla sorun yaşadıkları bir dönemdir (88,89). Tip 1 diyabetli adolesanın diyabetle ilgili gereken sağlık davranışlarını kazanabilmesi, diyabetin adolesan dönem üzerine olumsuz etkileri ile başa çıkabilmesi için etkin bir karar verme sürecine sahip olması gerekmektedir (92,93). Adolesanın karar verebilmesi için deneyim kazanmasında ailenin adolesana karşı tutumu karar verme sürecini etkileyecektir (10,11). Bu çalışmada Tip 1 diyabeti olan adolesanlarda anne-baba tutumu ve adolesanların karar verme stratejileri arasındaki ilişki incelenmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda verilen başlıklar halinde tartışıldı.

- Adolesanların demografik, aile ilişkileri ve okul başarısı ile ilgili özellikleri,
- Adolesanların diyabet ve tedavisi ile ilgili özellikleri,
- Adolesanların anne-baba tutumları ile ilgili özellikleri,
- Adolesanların karar verme stratejileri ile ilgili özellikleri.

### **ADOLESANLARIN DEMOGRAFİK, AİLE İLİŞKİLERİ VE OKUL BAŞARISI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ**

Çalışmaya alınan erkek adolesanların kız adolesanlardan daha fazla olduğu (%55.5) bulunmuştur (Tablo 1). Tip 1 diyabetin tüm yaş gruplarında erkek cinsiyette daha fazla görüldüğü bilinmektedir (95); çalışmamızın bu sonucu literatür ile uyumludur. Tip 1 diyabetli

adolesanların annelerinin çoğu (%42,7) ve babalarının çoğu (%58,2) lise mezunu, %87,3'ü çekirdek aile, %47,3'ü tek çocuk, %70'i 1. çocuk, ailelerin %58,2'sinin gelir durumu iyi idi (Tablo 1). Adolesanların aile profilleri açısından bakıldığında yaşadığımız toplumun yapısı ile benzer oldukları söylenebilir.

### **Tip 1 Diyabetli Adolesanların Aile İlişkileri**

Çalışmaya alınan adolesanların çoğunluğu (%80,0) aile ile ilişki düzeyinin orta düzeyde olduğunu, yine büyük çoğunluğu (%88,2) ailelerinin kendilerini her zaman desteklediklerini bildirmiştir (Tablo 2). Yıldırım (96) sağlıklı adolesanlarla yapmış olduğu çalışmada, adolesanların %72,3'ü aile ilişkilerini iyi, %20,3'ü orta, %7,4'ü kötü olarak tanımlamalarına karşın %45,4'ü ailelerinden destek aldıklarını bildirmişlerdir. Tip 1 diyabetli adolesanlar, sağlıklı adolesanlara göre aile ilişkilerini daha kötü algılamalarına karşın daha çok aile desteği gördüklerini belirtmişlerdir. Bu farkın diyabet nedeniyle, ailenin adolesana karşı destek mekanizmalarını daha fazla kullanmasından kaynaklandığı söylenebilir. Tip 1 diyabetli çocuklar ve ebeveynleri için adolesan dönemi ebeveyn ve çocuk arasındaki ilişkinin yeniden yapılandığı bir dönemdir. Bu dönemde adolesanın kendi bakımının kontrolünü kazanmaya başlaması ve diyabetinin sorumluluğunu alması ebeveyn ve adolesanlar arasında çatışma ve iletişim sorunları yaşanmasına neden olabilir (97). Bu açıdan bakıldığında çalışmaya alınan adolesanların büyük çoğunluğunun aile ile ilişki düzeyini orta düzeyde görmeleri beklenen ve literatür ile uyumlu bir bulgudur. Ancak adolesanların aile ile ilişkilerini iyi düzeyde görmeleri, özgürce çocukluğunu yaşamasına ve erişkin çağda sahip olması gereken bakım becerilerini zaman içerisinde öğrenmesine olanak verecektir. Chien ve ark. (98) adolesan dönemindeki Tip 1 diyabetlilerle yaptıkları çalışmada, aile içi ilişkileri iyi olan Tip 1 diyabetli adolesanlarda tedaviye yanıtın daha fazla olduğu ve hayat kalitesinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Aile ilişkilerdeki karmaşa tedavinin kronik olmasıyla ilişkilidir. Özellikle Tip 1 diyabete sahip adolesanların ailelerinde tedavi ve hastalıkla ilgili kaygının artması beraberinde metabolik kontrolün daha kötüleşmesine yol açmaktadır. Sonuç olarak Tip 1 diyabetli adolesanlarda aile içi sorunlar tedavinin etkin bir şekilde sürdürülmesi ve hastalığın istenilen bir şekilde kontrol edilmesine engeller oluşturabilir. Çalışmalarda adolesanların anne babalarının hastalığı kabul etmesi ve daha az kaygılı olmaları daha iyi bir metabolik kontrol ve tedavi uyumuyla ilişkilendirilmiştir (99).

Aile işlevselliği diyabetli adolesanlarda oldukça önemlidir. Wodrich ve ark. (100) yapmış olduğu bir çalışmada, Tip 1 diyabetli adolesanların %34'ünde diyabete adaptasyonla ilgili önemli problemler var olup, bu problemler aile işlevselliği ile de yakından ilişkili olduğunu saptamıştır. Tip 1 diyabetli adolesanlarda aile işlevselliğinin yüksek olması diyabete özel destek alınması ve aile içi yakın ilişkiler Tip 1 diyabetli adolesanlarda daha az psikiyatrik rahatsızlıklar gelişmesine neden olmaktadır (100). Tip 1 diyabetli adolesanların tedavisinde, ailenin de dahil edilmesi ve tedavide sorumluluğun paylaşılması, hem psikolojik açıdan hem de hastalığın gidişatı açısından olumlu sonuçlar doğuracaktır. Ancak bütün kontrolün anne-babada olduğu, ebeveynlerin adolesan üzerinde yoğun baskı ve denetimin var olduğu ailelerde, adolesanların daha depresif, daha dirençli ve tedaviye uyumsuz oldukları bildirilmiştir (98).

Diyabet hemşiresi, adolesanın Tip 1 diyabet ve tedavisine ilişkin bakımını planlarken, aile içi ilişkilere önem vermeli, adolesan ve ailenin iletişimini, destek mekanizmalarını, önceliklerini değerlendirmelidir. Diyabetin adolesan üzerindeki olumsuz etkilerini, adolesan ve aile etkileşimine uyan yaşam biçimi değişiklikleri ile ortadan kaldırmaya çalışmalıdır.

### **Tip 1 Diyabetli Adolesanların Okul Başarısı**

Çalışmaya alınan adolesanların %11,8'inin okul başarısının çok iyi, %36,4'nün iyi olmasına karşın %35,5'nin orta, %16,4'nün düşük olduğu ve yarısının ise diyabeti nedeniyle okul devamsızlığının olduğu (%45,5) bulunmuştur (Tablo 2). Okul başarısı ile anne-baba tutumu arasında anlamlı bir fark bulunmazken, okul başarısı yüksek olan Tip 1 diyabetli adolesanların, düşük olanlara göre bağımlı karar verme stratejisini daha fazla kullandıkları saptandı. Wodrich ve ark. (100) da çalışmalarında, Tip 1 diyabetli adolesanlarda diyabetin psikolojik ya da fizyolojik sonuçları nedeniyle okula devamsızlık probleminin sağlıklı akranlarına ve kardeşlerine oranla daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir. Benzer şekilde Chien ve ark. (98) adolesan dönemindeki Tip 1 diyabetlilerle yaptıkları çalışmada adolesanların %21.1'nin bir dönem ya da daha fazla okula ara vermek zorunda olduklarını saptamışlardır. Dahlquist ve Källén (99) 5.159 diyabetli ve sağlıklı çocukla yaptıkları çalışmada Tip 1 diyabetli çocukların okul başarısının sağlıklı çocuklara göre daha düşük olduğunu saptamışlardır. Toros (101) da, adolesan dönemdeki diyabetin ve düşük okul başarısının adolesanlarda depresyon nedeni olduğunu belirtmiştir. Sağlıklı yaşlılarına göre daha düşük okul başarı olan Tip 1 diyabetli adolesanlarda depresyonun da eklenmesiyle, adolesan dönemin getirdiği değişimlere uyum sağlama daha da zorlaşacaktır. Diyabet hemşiresi, diyabet eğitim ve kontrollerini adolesanın okul programına göre düzenlemeli, okul sağlığı

kapsamında öğretmen ve akranlarının eğitilmesi yoluyla okula devamsızlığının azaltılması yararlı olacaktır.

## **ADOLESANLARIN DİYABET VE TEDAVİSİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ**

### **Tip 1 Diyabetli Adolesanların Diyabet Eğitimi İle İlgili Özellikleri**

Çalışmada, adolesanların diyabet eğitimini en sık hemşirelerden aldıkları (%67,3) ve adolesanların diyabet ve tedavisi hakkında yeterli bilgiye sahip olma oranı %87,3 olarak bulundu (Tablo 3). Bahar (102) Tip 1 ve Tip 2 diyabetli hastalarla yapmış olduğu çalışmada, diyabetli hastaların %40,6'sının diyabete yönelik bilgi sahibi olmadıklarını belirtmiştir. Diyabet eğitimi, diyabetin tedavisinin en önemli komponentlerinden birisidir. Ambigapathy ve ark. (103) hastaların bilgi düzeyi ile diyabete ilişkin tutumları arasında pozitif korelasyon olduğunu, diyabete ilişkin bilgisi iyi olan bireylerin hastalığa ilişkin tutumlarının da iyi olduğunu saptamışlardır. Kartal ve ark. (104) bireylerin hastalığa uyum düzeylerini belirlemeye yönelik olarak yaptığı çalışmada da yeterli bilgiye sahip hastaların % 71,7'sinin tedaviye uyumlarının daha iyi olduğunu bulmuşlardır.

Tüm dünyada diyabet eğitimi ile glisemik kontrolün sağlandığı, hastaneye yatış sıklığının azaldığı ve komplikasyonların geciktirildiği/önlendiği kabul edilmektedir (46). Eğitimin, diyabet ile başa çıkmada etkili olduğu ve metabolik kontrolü iyileştirdiği araştırmalar ile de kanıtlanmıştır (46,105). Terapötik hasta eğitimi, hasta bireyin hastalığını en üst düzeyde yönetebilmesi ve sürdürmesini sağlayan, sürekliliği olan yardım sürecidir. Tedavinin yönetilmesini, komplikasyonların önlenmesini, yaşam kalitesinin korunmasını ve geliştirilmesini hedefler (95,106). Diyabet eğitimi, terapötik hasta eğitimi ilkelerine göre eğitilmiş ve bu alanda yetişmiş, hekim, hemşire, diyetisyen, eczacı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi değişik disiplin üyeleri tarafından yapılır (107). Ekibin vazgeçilmez üyelerinden biri olan diyabet hemşiresinin rol ve sorumlulukları; hasta bakımı, çalışmaları düzenleme, danışmanlık yapma, kaynak olma, değişimin temsilcisi olma, araştırma yapma, diğer sağlık profesyonellerini ve diyabetli bireyleri eğitmedir (105,107).

Diyabet hemşiresi bütüncül bir bakım planlaması yapmayı hedefler; hastayı fiziksel ve psikososyal yönden bütün olarak ele alır; hasta ve ailesinin sadece psikomotor becerileri değil, ayrıca bilgiyi davranışa dönüştürmelerini sağlayacak yöntemleri ve becerileri öğrenmelerine de destek olur (108). Diyabet hemşiresinin diyabetli adolesana yapacağı öğretimin başlıca amaçları; sağlığın devamını sağlamak ve diyabeti etkin biçimde yönetmeyi ve diyabetle

yaşamayı öğretmek olmalıdır (105,109). Bu amaçla verilecek eğitim, konferans şeklinde, bire bir eğitim ya da grup eğitimi şeklinde tasarlanabilir. Eğitim, sınıfta, açık alanda ya da hemşire odasında çok çeşitli eğitim yöntem ve teknikleri kullanılarak verilebilir. Bu süreçte önemli olan eğitim planlanırken katılımcıların yaş dönemi özellikleri, kültürleri ve yaşam deneyimlerinin göz önünde bulundurulmasıdır (105,110).

Diyabetin tedavisinde önemli bir yere sahip olan diyabet eğitiminin sonuçlarını en iyi gösteren belirteçlerden biri de diyabetlilerin bilgi yeterlilik düzeyleridir. Çalışmada adolesanların %12,7'si diyabetle ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtmektedir (Tablo 3). Çalışmada adolesanların en sık bilgi aldıkları kaynağın hemşireler olduğu ve ülkemizde yeterli sayıda diyabet hemşiresi olmadığı göz önüne alındığında, diyabet hemşireliğine, hemşirelikte bir uzmanlık alanı olarak daha fazla önem verilmesi gerektiğini söylemek mümkündür.

### **Tip 1 Diyabetli Adolesanların Sağlık Algısı**

Bu çalışmada, adolesanların son bir yıl içindeki sağlık durumunu değerlendirme puanı  $3,71 \pm 0,92$  (min;2-max;5) bulundu ve %36,4'ü 3 puan, %31,8'i 4 puan, %23,6'sı 5 puan, %8,2'si sağlık durumunu 2 puan olarak değerlendirdi (Tablo 4). Son bir yıl içindeki sağlık durumunu 2 puan olarak belirten adolesanların büyük bir çoğunluğu sağlıklı yaşlılarına göre de sağlık durumlarına 2 puan verirken, 3, 4, 5 puan veren adolesanlar sağlıklı yaşlılarına göre kıyaslamada 1'er puan daha düşük verdiği yani sağlıklı yaşlılarına göre sağlıklarını daha kötü algıladıkları saptandı. Adolesanların sağlık algıları ile anne-baba tutumları arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Sağlıklı yaşlılarına göre sağlık değerlendirmesine 3 puan veren adolesanların, 2 puan veren adolesanlara göre karar verme düzeyini gösteren karar verme toplam puan ortalaması anlamlı derecede daha yüksek saptandı Adolesan dönemde çocukların psikososyal gelişimlerinin sağlıklı bir şekilde gerçekleşebilmesi için arkadaş grubu ile kurulacak olumlu ilişkiler çok önemlidir. Bu dönemde arkadaşlar Tip 1 diyabetli adolesanlar için bir destek kaynağı olabilir. Adolesanın arkadaşları tarafından desteklenmesi ve onlarla iyi ilişki içinde olması diyabetle ilişkili stresin azalmasını, metabolik kontrolün iyi olmasını, hastalığa uyumlarının artmasını ve yaşam kalitelerinin daha iyi olmasını sağlar (111). Akran kabulünün son derece önemli olduğu bu dönemde, Tip 1 diyabetli adolesanın sağlıklı yaşlılarına göre sağlık durumunu daha kötü algılaması akranları ile iletişim sorunlarını ortaya çıkarabilir. Adolesanın arkadaşları ile yaşadıkları sorunlar okulda günlük bakım uygulamalarını yapmamasına neden olabilmekte, akranlarından farklı görünmemek ve onlar

tarafından reddedilmekten korktukları için diyabetlerini arkadaşlarından gizleyebilmektedirler. Adölesanların kronik bir hastalığa sahip olması akranlarından farklı olmasına, akran grubunun dışında kalmasına, sosyal izolasyon yaşamasına ve benlik saygısının yaşıtlarına göre daha düşük olmasına neden olmaktadır (88). Sonuç olarak Tip 1 diyabetli adölesanların sağlık algılarının diyabet bakım ve tedavi sürecini etkileyebileceği göz önüne alındığında, okul sağlığı hemşireliğine daha fazla önem verilmesi, toplumun bilinci için projelerin düzenlenmesi, ocuk hemşiresinin bütüncül yaklaşım kapsamında adölesanı ve aileyi birlikte ele alırken adölesanın yaşıtları ile ilişkilerini de ele alması önemlidir.

### **TİP 1 DİYABETLİ ADOLESANLARIN ANNE-BABA TUTUMLARI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ**

Çalışmaya alınan adölesanların anne-baba tutumları incelendiğinde; %30,9'nun otoriter, %30,9'nun müsamahakar, % 25,5'nin ihmalkar ve %12,7'sinin demokratik tutum sergiledikleri bulundu (Tablo 7). Gelir (19) sağlıklı adölesanlarla yapmış olduğu çalışmada, adölesanların %42'sinin aile tutumunun ihmalkar, %21'nin demokratik ve müsamahakar, %16'sının otoriter olduğunu saptamıştır. İhmalkar tip aile tutum anne-babanın çocuğu önemsememesi ve dışlaması anlamına gelmektedir. Bu tutuma sahip ebeveynlerin çocuklarında duygusal anlamda önemli zedelenmeler olabilir. Müsamahakar ailelerde ise ocuk hep ön planda olup; genellikle bu tutum sergileyen ebeveynlerin çocuklarında şımarıklaşma ve doyumsuzluk sık görülür (85). Otoriter ailelerde çocuktan pasif, kendini ifade etmeyen ve uygulu bir birey olması beklenir, çocuğun duygu, düşünce, istek ve beklentileri göz ardı edilir (15). Demokratik tutumun görüldüğü ailelerde genellikle bir denge hali söz konusudur. Aile içinde kurallar önceden belirlenip, davranışların sınırları çizilmiştir. Bu tip ailelerde çocuğun da söz hakkı vardır. Böyle bir tutumla yetişen çocuklarda özgüven ve sorumluluk duyguları yüksek olur. Bu sonucun, demokratik aile ortamında çocuğun kendini ifade etmesine fırsat verildiğinden, kişiliğine, duygu ve düşüncelerine saygı gösterilmesinin çocuğun bu ilişki biçimini model alarak, bunu çevresindeki bireylerle olan iletişimine de yansıttığı söylenebilir (15, 85). Ayrıca yapılan çalışmalarda, demokratik aile tutumuna sahip adölesanların depresyon puanlarının düşük, otoriter aile tutumuna sahip adölesanların depresyon puanları yüksek bulunmuştur (112, 113). Çalışmamızda adölesanlarda demokratik aile tutumunun en az, otoriter ve müsamahakar aile tutumunu en fazla görüldüğünü göz önünde bulundurursak, ocuk hemşireleri etkin bir diyabet eğitiminde, Tip 1 diyabetli adölesanların bağımsızlık ve otonomi yeteneğini, beden imgesini, kimliğini, benlik saygısını,

adolesan-ebeveyn ilişkisini bütüncül olarak ele almalı, hemşirelik bakım planında aile tutumlarını dikkate almalı ve yer vermelidir.

Bütün bu veriler sonucunda, Tip 1 diyabetli adolesanlarda basamaklı bir şekilde bağımsızlık tutumunun geliştirilmesi ve bunun yanında ebeveynlerin de tedaviye katılımlarının sağlanması önemlidir. Otoriter ebeveyn tutumunun, fonksiyonel olmayan aile içi ilişkilerin kötü glikemik kontrolle ilişkili olduğu bildirilmiştir (114). Mevcut literatür bilgileri göz önüne alındığında, demokratik tip aile tutumunun Tip 1 diyabetli adolesanların tedavisinde daha olumlu sonuçlara sebep olabileceği söylenebilir (22, 114). Bu bakımdan çalışmaya alınan adolesanlarda en sık görülen aile tutum tipinin müsamahakar ve otoriter, en az görülen aile tutumu tipinin demokratik olduğu dikkate alındığında, adolesanların ailelerinin diyabetli adolesanlar için ideal aile tutumuna sahip olmadıklarını söyleyebiliriz. Bunun için çocuk hemşiresi, anne-baba tutumunu etkileyen faktörleri göz önünde bulundurarak adolesan ve aileyi destek gruplarına yönlendirmeli, adolesan ve ailesine yeni sorumluluklar üstlenebilmeleri için gerekli güveni ve cesareti verebilmeli, onların anksiyetelerini azaltmalı, aile ile birlikte düzenli aralıklarla verilen bakımın sonuçlarını değerlendirmelidir.

Çalışmada, anne-baba tutumu ile adolesanın yaşı, cinsiyeti, annenin eğitim düzeyi, ailenin gelir durumu, kaçınıcı çocuk olduğu ve kardeş sayısı arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 9). Adolesanın anne-baba tutumu ile karar verme stratejileri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 8). Babanın eğitim durumunun anne-baba tutumunu etkilediği, demokratik ailelerde tüm eğitim seviyelerine hemen hemen eşit bir dağılım söz konusuysen, ihmalkar ailelerin büyük bir çoğunluğunda baba lise mezunu, otoriter ailelerin yarısından fazlasında lise mezunu ve müsamahakar ailelerdeki babaların yarısı lise geri kalanı ise ortaokul ve üniversite mezunu olduğu saptandı. Ersoy (115) sağlıklı adolesanlarla yaptığı çalışmada, babası herhangi bir okul mezunu olmayan adolesanların, babası herhangi bir okul mezunu olan adolesanlara göre otoriter aile tutumuna ve en az demokratik aile yapısına sahip olduğunu belirtmiştir. Yılmaz (116), sağlıklı adolesanlarda babanın eğitim düzeyi yükseldikçe babanın ilgi-kabul etme ve psikolojik özerklik tutum eğiliminin arttığını, Zengin (117) ise babanın eğitim düzeyi arttıkça adolesanların anne-babalarını daha fazla demokratik algıladıklarını bulmuşlardır. Bu bulgular, ataerkil Türk aile yapısında varolan baba otoritesi ile uyumluluk göstermektedir. Çocuk hemşiresi, diyabetin tedavi ve bakım sürecini etkileyen anne-baba tutumunu değerlendirmede, babanın eğitim durumunu göz önünde bulundurması gerektiği söylenebilir.

## **TİP 1 DİYABETLİ ADOLESANLARIN KARAR VERME STRATEJİLERİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ**

Çalışmada Tip diyabetli adolesanların karar verme stratejileri, en yüksek  $26,77 \pm 2,44$  puan ortalaması ile kararsızlık,  $26,42 \pm 2,09$  puan ortalaması ile mantıklı/sistemik,  $24,45 \pm 2,06$  puan ortalaması ile içtepkisel ve en düşük  $23,23 \pm 2,05$  puan ortalaması ile bağımlı karar verme stratejisi olduğu saptandı (Tablo 5). Adolesanların karar verme stratejileri toplam puan ortalaması  $100,86 \pm 4,21$  olup, orta düzey karar verme stratejisine sahip oldukları bulundu (Tablo 5). Bağlıkol (2010), sağlıklı adolesanlarla yaptığı çalışmada en yüksek ortalamanın  $28,26$  ile mantıklı karar verme, en düşük ortalamanın ise  $22,78$  ile bağımlı karar verme stratejisi olduğunu saptamıştır (15). Çoban ve Hamamcı (16) da sağlıklı adolesanlarda, en yüksek  $34,07$  puan ortalaması ile mantıklı, daha sonra sırasıyla  $31,55$  puan ortalaması ile bağımsız,  $29,31$  puan ortalaması ile içtepkisel ve en düşük ise  $26,26$  puan ortalaması ile kararsızlık karar verme stratejisi olduğunu bulmuştur. Kuzgun (118) ise, lise son sınıf öğrencileri ve yetişkinler ile yapmış olduğu çalışmada, lise son sınıf öğrencilerinin en çok mantıklı karar verme stratejisini kullandıklarını, daha sonra sırası ile bağımlı, içtepkisel karar verme stratejisi kullandıklarını ve en az kararsız kaldıklarını tespit etmiştir.

Adolesanın karar vermesi pek çok değişkenin karşılıklı ve karmaşık etkisi sonucunda olmaktadır (15). Çalışmamızda adolesanların karar verme biçimleri ile adolesanın yaşı, cinsiyeti, anne ve babanın eğitim düzeyi (Tablo 12) ve anne-baba tutumları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmadı (Tablo 8). Çalışmada, 2. ve üstü çocuk olan adolesanların, 1. çocuk olan adolesanlara göre daha fazla mantıklı karar verme stratejisi kullandıkları bulundu. Şahin (2010) yaptığı araştırmasında da karar verme stratejileri ile adolesanların cinsiyetleri ve yaşları arasında anlamlı fark saptamamıştır (119). Torun (120) sağlıklı adolesanlarla yaptığı çalışmada kızların içtepkisel, mantıklı ve kararsızlık stratejilerini, erkeklerden daha fazla kullanırken, erkeklerin bağımlı karar stratejisini kızlardan daha fazla kullandığını saptamıştır. Köksal ve Gazioglu (121) da kızların mantıklı karar verme düzeylerinin erkeklere oranla daha yüksek düzeyde olduğunu bildirmektedir. Torun (120) akran baskısı arttıkça kararsızlık stratejisi kullanma eğiliminin arttığı saptamıştır. Bütün bu veriler sonucunda, Tip 1 diyabetli adolesanlar en sık kararsızlık, sağlıklı adolesanlar ise en sık mantıklı karar verme stratejisini kullandıklarını göz önünde bulundurursak, diyabetin bağımlılıktan bağımsızlığa geçildiği adolesan dönemde önemli bir yere sahip olan karar verme sürecine olumsuz etki ettiğini söyleyebiliriz. Diyabet hemşiresi, adolesanın karar vermede deneyim kazanması için uygun ortam oluşturulmasında aile ile iş birliği içerisinde



olmalı, adolesanın karar verme stratejisinin diyabet yönetimi üzerine etkilerini değerlendirerek hemşirelik bakımını planlamalıdır.

Ailesinin gelir düzeyi düşük olan adolesanların ailesinin gelir düzeyi yüksek olan adolesanlara göre bağımlı karar stratejisini daha fazla kullandıkları bulundu. Şahin (119) ise, gelir düzeyi yüksek olan adolesanların, gelir düzeyi orta olan adolesanlara göre daha çok bağımlı karar verme stratejisi kullandıklarını saptamıştır. Köse (122) de sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olarak algılayanların orta düzeyde algılayanlara göre daha çok içtepisel stratejiyi benimsediklerini bildirmektedir. Adolesanın bağımlılıktan bağımsızlığa geçişinde, diyabetin getirmiş olduğu sorumlulukları üstlenme aşamalarında, olumlu sağlık davranışlarının kazanılmasında önemli bir yere sahip olan karar verme stratejilerini etkileyen faktörlerin bilinmesi diyabet sürecinin yönetiminde izlenecek yolun belirlenmesini kolaylaştıracağı düşünülmektedir.

Karar verme davranışının gelişim açısından en önemli olduğu dönem, adolesan dönemdir (15). Kuzgun (91) kararsız karar verme stratejisini verdiği kararı hemen değiştirmek isteme, hiçbir karardan hoşnut olmama durumu olarak açıklamıştır. Çalışmamızda Tip 1 diyabetli adolesanların en yüksek kararsız karar verme stratejisini kullandıkları göz önüne alındığında, adolesanların bu dönemdeki karşı karşıya kaldıkları zor problemleri ve meydan okumalarını olumsuz etkileyebileceğini söyleyebilir. Adolesan dönemde doğal sürecinde karşılaşılan psikolojik ve fizyolojik değişikliklerin karar verme üzerine olan zorlayıcı etkilerine Tip 1 diyabetli adolesanlarda diyabetin getirdiği fiziksel ve psikolojik zorlanmalar da eklenmektedir (15,22). Tip 1 diyabetli adolesanların %42'sinde psikiyatrik bozukluk gelişmekte, bunların arasında en sık görülen depresif bozukluk olup bunu anksiyete ve davranış bozuklukları takip etmekte, suicidal düşünceler sağlıklı adolesanlara göre daha fazla görülmekte, depresif bozuklukların anlık karar verme üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır (22). Çalışmamızda adolesanın diyabet kontrol sıklığı ile iç tepkisel karar verme arasında anlamlı bir fark bulundu. Ayrıca adolesanın hastanede yatma sıklığı arttıkça, mantıklı karar verme stratejisini daha az kullandıkları saptandı. Bu nedenle adolesanın karar verme stratejisinin, diyabet kontrol ve hastanede yatma sıklığı ile ilişkili olduğu, diyabet bakım ve tedavi sürecini olumsuz etkilediği, diyabetin dışında başka sağlık problemlerinde ortaya çıkararak bakım ve tedaviyi daha da karmaşık hale getirebileceği söylenebilir.

Adolesanın içinde bulunduğu çevre, davranışını ve karar verme sürecini doğrudan etkilemektedir (92,93). Yiğit (123) yaptığı çalışmada, benlik saygısı düşük adolesanların içtepisel karar verme stratejisini, Develioğlu (124) ise problem çözme becerisi düşük

bireylerin daha çok içtepisel karar verme stratejisini kullandıklarını belirtmişlerdir. Hemşire, adolesana kendi kendine bakım becerisi kazandırabilmesi için sorumluluk verirken, adolesanın problem çözmek için kullandığı karar verme stratejilerini eğitimde göz önünde bulundurması gerekir. Ayrıca diyabetin karar verme süreçlerine olumsuz etkilerini önlemek için, aile-adolesan işbirliğini kurmalı, adolesanın basamaklı bir şekilde bağımsızlık tutumunun geliştirilmesini sağlamalı ve psikososyal yönden desteklemelidir. Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi adolesanlar için nasıl karar verecekleri konusunda eğitim programları düzenlenmelidir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

### SONUÇLAR

Tip 1 diyabetli adolesanların algıladıkları anne-baba tutumları, karar verme stratejileri ve etkileyen faktörlerin belirlendiği bu çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşıldı:

- Çalışmaya alınan Tip 1 diyabetli adolesanların yaş ortalaması  $15,66 \pm 1,18$ , annelerinin çoğu (%42,7) ve babalarının çoğu (%58,2) lise mezunu, %87,3'ünün aile tipi çekirdek, %47,3'ü tek çocuk, %44,5'i 2 kardeş, %70'inin 1. çocuk olduğu saptandı.
- Ailelerin %58,2'sinin gelir durumu iyi, %37,3'ünün orta, %4,5'inin düşük gelire sahip oldukları belirlendi.
- Adolesanların çoğunun (%80,0) aile ile ilişkilerinin orta düzeyde olduğu belirlendi. Adolesanların %88,2'sinin ailelerinin kendilerini her zaman destekledikleri belirlendi.
- Çalışmaya alınan adolesanların %11,8'inin okul başarısının çok iyi, %36,4'ünün iyi, %35,5'inin orta, %16,4'ünün düşük olduğu ve yaklaşık yarısının (%45,5) diyabete bağlı olarak okula devamsızlık yaptığı bulundu.
- Adolesanların %32,7'si Tip 1 diyabet tanısını 12-18 ay önce aldığı, %62,7'sinin sadece insülin kullandığı, %56,4'ü altı ayda bir kontrole geldiği, %91,8'inin diyabetle ilgili olarak en az bir defa hastaneye yattığı saptandı.
- Çalışmamızda, adolesanlara diyabet eğitiminin en sık hemşireler tarafından yapıldığı (%67,3) ancak %12,7'sinin yeterli bilgiye sahip olmadığı bulundu.
- Adolesanın son bir yıl içindeki ve sağlıklı yaşlıtlarına göre sağlık durumunu 1-5 puan arası değerlendirmeleri istendiğinde; adolesanların son bir yıl içindeki sağlık

durumlarını  $3,71 \pm 0,92$  (min:2-max:5), sağlıklı yaşlılarına göre sağlık durumunu  $3,09 \pm 0,88$  (min:2-max:5) puan olarak değerlendirdiği bulundu.

- Çalışmada Tip 1 diyabetli adolesanların anne-baba tutumlarının %31,8'inin ihmalkar, % 30,0'unun müsamahakar, %24,5'inin otoriter ve %13,6'sının demokratik tutum tipinde olduğu bulundu.
- Tip 1 diyabetli adolesanların anne-baba tutumları ile babanın eğitimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardı ( $p < 0,05$ ). Demokratik aile tipinde tüm eğitim seviyelerine hemen hemen eşit bir dağılım söz konusuyken, ihmalkar ailelerin büyük bir çoğunluğu lise mezunu, otoriter ailelerin yarısından fazlası lise mezunu ve müsamahakar ailelerdeki baba eğitim seviyesinin yarısı lise geri kalanı ise ortaokul ve üniversite mezunu olarak bulundu.
- Çalışmada Tip diyabetli adolesanların karar verme stratejilerinin, en yüksek 26,77 puan ile kararsızlık, 26,42 puan ile mantıklı/sistemik, 24,45 puan ile içtepkisel ve en düşük 23,23 puan ile bağımlı karar verme stratejisi olduğu saptandı.
- Adolesanın kardeş sayısı ve kaçınıcı çocuk olduğu ile KSÖ mantıklı/ sistemik karar biçimi alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ( $p < 0,05$ ). 1. çocuk olan adolesanların KSÖ mantıklı/ sistemik karar biçimi alt boyut puan ortalaması, 2. ve üstü çocuk olan adolesanlardan anlamlı derecede daha düşüktü.
- Ailenin gelir durumu ve adolesanın okul başarısı ile KSÖ bağımlı karar biçimi alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardı ( $p < 0,05$ ). Ailesinin gelir düzeyi düşük olan adolesanların KSÖ bağımlı karar biçimi alt boyut puan ortalamaları, ailesinin gelir düzeyi yüksek olan adolesanlardan anlamlı derecede daha yüksekti.
- Okul başarısı iyi olan adolesanlar ile okul başarısı düşük olan adolesanlar arasında KSÖ bağımlı karar biçimi alt boyut puan ortalamaları bakımından anlamlı bir fark vardı ( $p < 0,0083$ ). Okul başarısı düşük olan adolesanların KSÖ bağımlı karar biçimi alt boyut puan ortalamaları, okul başarısı iyi olan adolesanlardan anlamlı derecede daha düşüktü.
- Adolesanın diyabet kontrol sıklığı ile iç tepkisel karar alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardı ( $p < 0,05$ ). Adolesanların diyabet kontrol sıklığı azaldıkça daha fazla içtepkisel karar verme stratejisi kullandıkları bulundu.

- Adolesanın hastanede yatma sayısı ile KSÖ mantıklı karar alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardı ( $p<0,05$ ). İleri analizde, adolesanın hastanede yatma sıklığı arttıkça, mantıklı karar verme stratejisini daha az kullandıkları saptandı.
- Adolesanların sağlık durumlarını tanımlamaları ile KSÖ kararsız karar alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ( $p<0,05$ ). Sağlıklı yaşlıtlarına göre sağlığını 3 puan olarak değerlendiren adoleanların, 2 puan olarak değerlendiren adolesanlara göre KSÖ toplam puan ortalamalarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ).

## ÖNERİLER

Tip 1 diyabetli adolesanların anne-baba tutumları ve karar verme stratejileri diyabet yönetiminde önemlidir. Tip 1 diyabetli adolesanların algıladıkları anne-baba tutumlarının, karar verme stratejilerinin ve etkileyen faktörlerin belirlendiği bu çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Tip 1 diyabetli adolesan ve ailelerinin diyabet hakkında daha fazla bilgilendirilmeleri için kapsamlı eğitim programlarının düzenlenmesi, eğitiminin sürekliliğinin sağlanması, bakım ve tedavi sürecinde multidisipliner yaklaşımla adolesan ve ailesinin birlikte ele alınması,
- Hemşireler/Diyabet hemşiresi, adolesanın diyabetle başetmesinde karar verme stratejilerinin önemini bilmeli, karar verme stratejilerine anne-baba tutumlarının etkilerini bilmeli,
- Hemşireler, diyabet eğitimi ve diyabetli adolesanın bakımı sırasında anne-baba tutumlarının farkında olmalı; koruyucu, müsamahakar, otoriter ve ihmalkar tutum sergileyen anne-babaların belirlenmesi, etkili/demokratik tutum geliştirmeleri yönünde ailelerin desteklenmesi,
- Adolesanların etkili karar verme stratejilerini geliştirecek diyabet eğitim programlarının düzenlenmesi,

- Tip 1 diyabetli adolesanların anne-baba tutumları ve karar verme stratejilerini inceleyen bu çalışmanın daha geniş örneklem grupları ve farklı bölgelerde yapılması önerilebilir.

## ÖZET

Çalışma, Tip 1 diyabetli adolesanların algıladıkları anne-baba tutumları, karar verme stratejileri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla, Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi ile Tekirdağ Devlet Hastanesi'nde 110 adolesan ile gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri, anket formu, Aile Tutum Ölçeği ve Karar Verme Stratejileri Ölçeği kullanılarak elde edildi. Elde edilen verileri analizi için frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma analizleri, Kolmogorov-Smirnov testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), post hoc Tukey testi, grup sayısı iki olduğunda t testi ve korelasyon kullanıldı

Çalışmaya alınan Tip 1 diyabetli adolesanların yaş ortalaması  $15,66 \pm 1,18$ , annelerin çoğu (%42,7) ve babaların çoğu (%58,2) lise mezunu, %47,3'ü tek çocuk, %70'i 1. çocuk, ailelerin %58,2'sinin gelir durumu iyi idi. Adolesanların %80'i aile ile ilişkilerinin orta düzeyde olduğunu, %88,2'si ailelerinin kendilerini her zaman desteklediklerini bildirdi. Çalışmaya alınan adolesanların %36,4'ünün okul başarısı iyi, %35,5'nin orta, %16,4'nün düşük ve %45,5'inin diyabete bağlı olarak okula devamsızlık yapmakta idi. Adolesanların diyabet eğitimini en sık (%67,3) hemşirelerden aldığını ancak %12,7'sinin yeterli bilgiye sahip olmadığı, %56,4'ü altı ayda bir kontrole geldiği bulundu. Tip 1 diyabetli adolesanların anne-baba tutumlarının en fazla ihmalkar (%31,8), en az demokratik (%13,6) olduğu ve babanın eğitimi ile anne-baba tutumu arasında anlamlı bir fark saptandı ( $p < 0,05$ ). Çalışmada, Tip diyabetli adolesanların karar verme stratejileri, en yüksek 26,77 puan ile kararsızlık, en düşük 23,23 puan ile bağımlı karar verme stratejisi idi. Adolesanların kaçınıcı çocuk olduğu, ailenin gelir düzeyi, okul başarısı, sağlık algısı, diyabet kontrol sıklığı ve hastanede yatma sıklığı ile karar verme stratejileri puanları arasında anlamlı bir fark vardı ( $p < 0,05$ ).

Sonuç olarak, Tip 1 diyabetli adolesanlarda aile tutumunun karar verme stratejilerini etkilemedikleri bulundu. Tip 1 diyabetli adolesanların kaçınıcı çocuk olduğu ve ailenin gelir düzeyi karar verme stratejilerini, babanın eğitim durumu anne-baba tutumunu etkiledi.

**Anahtar kelimeler:** Tip 1 diyabet, adolesan, anne-baba tutumu, karar verme stratejileri

## **PERCEPTIONS OF PARENT'S ATTITUDES AND DECISION-MAKING STRATEGIES IN ADOLESCENTS WITH TYPE 1 DIABETES**

### **SUMMARY**

This study has been performed with 110 adolescents in Trakya University Health and Application Research Center and Tekirdağ State Hospital in order to find out the factors that affect decision-making strategy and parental attitudes the adolescents with Type 1 diabetes perceive. The data of research has been obtained using questionnaire, family attitude scale, decision-making strategies scale. To analyze the data, frequency, percentage, average and standard deviation analysis, Kolmogorov-Smirnov test, single direction variance analysis (ANOVA), post hoc Tukey test, if the group number is 2, t test and correlation were used.

The average age of adolescents with Type 1 diabetes studied was  $15,66 \pm 1,18$ , most of mothers (42,7%) and most of fathers (58,2%) high school graduated, 47,3% single child, 70% first child and 58,2% family incomes were high. 80% adolescents stated their family relations were moderate, 88,2% stated their families had always supported them. 36,4% of adolescents studied in this research school success was good, 33,5% medium, 16,4% low and 45,5% had absenteeism because of diabetes. Adolescents had training mostly (67,3%) from the nurses, but just 12,7% hadn't the adequate knowledge and 56,4% came to health check once every six months. Parents attitude of adolescents with Type 1 diabetes were mostly (31,8%) negligent, 13,6% were the democratic and a meaningful difference was determined between the father's education and parents attitudes ( $p < 0.05$ ). In the study, decision-making strategies of adolescents with Type 1 diabetes were indecision with a highest rate 26,77 and dependent decision-making strategies with the lowest rate 23,23. There was a meaningful difference between the adolescents' count of child, the level of family income, school success, health perception, frequency of diabetes control and frequency of hospitalization decision-making strategies marks ( $p < 0.05$ ).

As a result, it was understood that the family attitudes of adolescents with Type 1 diabetes hadn't effected the decision-making strategies. As which child the adolescents with Type 1 diabetes were and the level of family income had effected decision-making strategies and the fathers' education level had effected parents attitude.

**Key words:** Type 1 diabetes, adolescent, parents attitude, decision-making strategies



## KAYNAKLAR

1. Toros F, Tot S, Duzovali O. Kronik hastalığı olan çocuklar, anne ve babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeyleri. Klinik Psikiyatri Derg 2002;(5):240-7.
2. Er M. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Derg 2006;(49):155-68.
3. Durualp E, Kara FN, Yılmaz V, Alaybeyoglu K. Kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların ve ebeveynlerinin görüşlerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2010;63(2):55-63.
4. Akdemir N, Birol L. Kronik hastalıklar ve hemşirelik bakımı-İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Ankara: Sistem Ofset, 2005:193-9.
5. Rijken M, Kerkhof M, Dekker J, Schellevis FG. Comorbidity of chronic diseases: effects of disease pairs on physical and mental functioning. Qual Life Res 2005;14(1):45-55.
6. Toruner EK, Büyükgönenç L. Çocuk sağlığı temel hemşirelik yaklaşımları. Ankara: Göktuğ Yayıncılık, 2012.
7. Olcay N, Ertuğrul T. Pediatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 2010.
8. Norris AW, Wolfsdorf JJ. Diabetes mellitus. In: Brook GDC, Clayton PE, Brown RS, Savage MO (Eds). Clinical pediatric endocrinology. 5<sup>th</sup> ed. Massachusetts: Blackwell Publishing Ltd; 2005. p.436-91.
9. Fiallo-Scharer R, Eisenbarth GS. Pathophysiology of insulin-dependent diabetes. In: Pescovitz OH, Eugster EA (Eds). Pediatric endocrinology. 1<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2004. p.411-26.
10. Data P. Pediatric Nursing. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2009.
11. Ekşi A. Ben hasta değilim-Çocuk sağlığı ve hastalıklarının psikososyal yönü. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 2011.
12. Gul E, Bayat M. Diyabetli çocukların kardeşlerinin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Derg 2005;14(Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı):7-12.
13. Çavuşoğlu H. Çocuk sağlığı hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Basımevi, 2008.
14. Sayiner B, Koknel O, Turanlı M. Lise öğrencilerinde anne baba tutumunun çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Derg 2005;(21):193-212.
15. Bağlıkol Y. İlköğretim 8. sınıf öğrencilerinin kendine saygı ile karar verme stratejileri arasındaki ilişki (tez). İstanbul: Yedi Tepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2010.

16. Coban AS, Hamamci Z. Kontrol odakları farklı ergenlerin karar stratejileri açısından incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Derg* 2006;14(2):393-402.
17. Hamamci Z, Hamurlu MK. Anne babaların meslek gelişimine yardımcı olmaya yönelik tutumları ve bilgi düzeylerinin çocuklarının mesleki kararsızlıkları ile ilişkisi. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg* 2005;6(10):55- 69.
18. Sanlı D. Annelerin çocuk yetiştirme tutumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
19. Gelir E. Ana baba tutumları, aile sosyal atomu ve cinsiyete göre ilköğretim altıncı sınıf öğrencilerinin öğrenilmiş çaresizlik ve akademik başarılarının incelenmesi (tez). Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2009.
20. Yılmaz A. Eşler arasındaki uyum ve çocuğun algıladığı anne-baba tutumu ile çocukların, ergenlerin, gençlerin akademik başarıları ve benlik algıları arasındaki ilişkiler (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2000.
21. Tüzün UD, Hergüner S. Çocuk hastalıklarında biyopsikososyal yaklaşım. İstanbul: Epsilon Yayıncılık, 2007.
22. Jaser SS. Psychological problems in adolescents with diabetes. *Adolesc Med State Art Rev* 2010;21(1):138-51.
23. Cantez T, Ömeroğlu RE, Baysal SU, Oguz F. Çocuk sağlığı ve hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2003:104-11.
24. Bektaş F, Atmaca I. Pediatri. Ankara: Tusem Tıbbi Yayıncılık, 2008.
25. Raymond C, Baker MD. Birinci basamak pediatri hasta çocuk bakımı. İstanbul: Turgut Yayıncılık, 2001:199-217.
26. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2013;(36):67-74.
27. Abaci A, Bober E, Buyukgebiz A. Tip 1 diabet. *Güncel Pediatri Derg* 2007;(5):1-10.
28. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 6<sup>nd</sup> ed. Belgium: International Diabetes Federation; 2014.
29. Yılmaz T. Diyabette yeni vizyon, yeni hedefler ve çözüm yolları. *Diyabet 2020 Platformu*. 2010.  
[http://eski.teb.org.tr/images/upld2/ecza\\_akademi/makale/20110113043248diyabette\\_yeni\\_vizyon.pdf](http://eski.teb.org.tr/images/upld2/ecza_akademi/makale/20110113043248diyabette_yeni_vizyon.pdf).
30. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü. Türkiye diyabet önleme ve kontrol programı eylem planı. 2014.  
<http://www.diabetcemiyeti.org/c/turkiye-diyabet-onleme-ve-kontrol-programi>.

31. Dworkin PH. Pediatrics. Newyork: John Wiley&Son, 1997.
32. Kliegman RM, Stanton BMD, Geme J, Schor NF. Nelson textbook of pediatrics. 19<sup>nd</sup> ed. USA: Elsevier, 2011.
33. Slonim AD, Pollack MM. Pediatric critical care medicine. Washington: Lippincott Washington Williams, 2006.
34. Guven A, Aydin M. Beş yaşımdan önce tip 1 diyabetes mellitus tanısı alan çocuklarda etiyopatogeneizde rol alan faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Derg 2005;(48):295-300.
35. Wei SQ. Vitamin D and pregnancy outcomes. Curr Opin Obstet Gynecol 2014;26(6):438-47.
36. Fraser A, Lawlor DA. Long-term health outcomes in offspring born to women with diabetes in pregnancy. Curr Diab Rep 2014;14(5):489.
37. Tunito GE, Tam WH, Yang X, Chan JC, Lao TT, Ma RC. Diabetes and pregnancy: perspectives from Asia. Diabet Med 2014;31(3):302-18.
38. Schaaf L, Hummel M. Environmental factors in the pathogenesis of diabetes mellitus. MMW Fortschr Med 2014;156(1):58-60.
39. Şimşek E. Çocuk sağlığı ve hastalıkları. İzmir: Saray Tıp Kitapevi, 2002.
40. Bilous R, Donnelly R (çeviri: N. Dinccag). Diyabet el kitabı. İstanbul: İstanbul Kitapevi; 2013.
41. Antonioli L, Blandizzi C, Csöka B, Pacher P, Hasko G. Adenosine signalling in diabetes mellitus-pathophysiology and therapeutic considerations. Nat Rev Endocrinol 2015;(2):17.
42. Ekim A. Tip 1 diyabetli çocukların yaş dönemlerine göre insülin uygulama becerileri (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
43. Inal S, Erdim L. Çocuklarda diyabet yönetimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2005;8(2):105-16.
44. Haugstvedt B, Wentzel LT, Aarflot E, Rokne B, Graue M. Assessing fear of hypoglycemia in a population-based study among parents of children with type 1 diabetes - psychometric properties of the hypoglycemia fear survey - parent version. BMC Endocr Disord 2015;19(1):15.
45. Erdoğan S. Diyabet hemşireliği temel bilgiler. İstanbul: Koç University Library, 2002.
46. Leite SA, Zanim LM, Granzotto PC, Heupa S, Lamounier RN. Educational program to type 1 diabetes mellitus patients: basic topics. Arq Bras Endocrinol Metabol 2008;52(2):233-42.

47. Frazzita M. Hypoglycemia and diabetes: an update of current trends and treatment. *J Contin Educ Nurs* 2014;45(10):432-4.
48. Jaacks LM, Ma Y, Davis N, Delahanty LM, Mayer-Davis EJ, Franklar PW, Kahverengi CJ, Isonaga M, Kriska AM, Venditti EM, Wylie-Rosett J. Long-term changes in dietary and food intake behaviour in the diabetes prevention program outcomes study. *Diabet Med* 2014;31(12):1631-42.
49. Willi SM, Miller KM, DiMeglio LA, Klingensmith GJ, Simmons JH, Tamborlane WV, Nadeau KJ, Kittelsrud JM, Huckfeldt P, Beck RW, Lipman TH. Racial-ethnic disparities in management and outcomes among children with type 1 diabetes. *Pediatrics* 2015;16(1):14-7.
50. Cetinkaya E, Kibar AS, Aycan Z, Vidinlisan S, Cakır B, Gokdag B, Gurbuz F. Tip 1 diabetes mellitus'ta insulin glardin tedavisine geçişin hipoglisemik ataklara ve hemoglobin AC düzeylerine etkisi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Derg* 2008;2(2):5-10.
51. Binder E, Lange O, Edlinger M, Meraner D, Abt D, Moser C, Steichen E, Hofer SE. Frequency of dermatological side effects of continuous subcutaneous insulin infusion in children and adolescents with Type 1 diabetes. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2015;21(1):12-8.
52. Sayin N, Kara N, Pekel G. Ocular complications of diabetes mellitus. *World J Diabetes* 2015;6(1):92-108.
53. Keenan HT, Foster CM, Bratton SL. Social factors associated with prolonged hospitalization among diabetic children. *Pediatrics* 2002;(109):40-44.
54. Litmanovitch E , Geva R , Rachmiel M. Short and long term neuro-behavioral alterations in type 1 diabetes mellitus pediatric population. *World J Diabetes* 2015;6(2):259-70.
55. Mallare JT, Cordice CC, Ryan BA, Carey DE, Kreitzer PM, Frank GR. Identifying risk factors for the development of diabetic ketoacidosis in new onset type 1 diabetes mellitus. *Clin Pediatr (Phila)* 2003;(42):591-597.
56. Gallivan J, Greenberg RD. Diabetes and youth resources for school nurses: an update from the National Diabetes Education Program. *NASN Sch Nurse* 2014;29(4):170-1.
57. Kann L, Kinchen SA, Williams BI, Ross JG, Lowry R, Grunbaum JA. Youth Risk Behaviour Surveillance-United States,1999. *MMWR CDC Surveill Summ* 2000;49(5):1-32.
58. Covener C. Tip 1 diyabetli adolesanlarda sorun çözme becerisi (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
59. Alpua Z. Adolesanların, anne-babalarının ve öğretmenlerinin cinsellik ve üreme sağlığı ile ilgili tutum ve davranışları (tez). Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2006.

60. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi; 2009.  
<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>
61. Ozcebe H. Birinci basamakta adolesan sorunlarına yaklaşım. Sürekli Tıp Eğitim Derg 2002;11(10):374-7.
62. Tenore JL, Lipsky MS. Preventive services for the adolescent (13-20 years). Pediatr Clin North Am 2001;(48):289-311.
63. Kara B, Hatun S, Aydoğan M, Babaoglu K, Gokalp AS. Kocaeli ilindeki lise öğrencilerinde sağlık açısından riskli davranışların değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Derg 2003;(46);30-7.
64. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlık Bakanlığı İstatistikleri Yıllığı 2012. Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık; 2013.  
<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-87578/h/istaturk2012.pdf>
65. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetleri katılımcı kitabı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Basımevi; 2009.
66. Freud S. Three essays on the theory of sexuality (1905). In: Guntrip H (Ed.). Personality structure and human interaction. London: Karnac Books; 1961. p.123-4.
67. Emmanuelli M (çeviri: B. Alsancak). Ergende psikolojik incelemenin özellikleri ve sınırları. İstanbul: Bağlam Yayınları; 2006:5-6.
68. Freud A (çeviri: Y. Erim). Ego ve Savunma Mekanizmaları. İstanbul: Bağlam Yayınları; 1989.
69. Ilgun SM, Dundar EP, Dogramaci YG, Dalci A, Gorgen G. Celal Bayar Üniversitesinde bir grup öğrencinin aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi düzeyleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005;4(2):67-76.
70. Kavaklı A. Psikososyal ve kişilik gelişimi-Çocukluk yaşlarında büyüme ve gelişme. İstanbul: Hilal Matbaacılık, 1992:226-228.
71. Varni J, Burnwinkle M, Seid M, Skarr D. The PedsQoL 4.0 as a pediatric population health measure, feasibility, reliability and validity. Ambul Pediatr 2003;3(6):329-41.
72. Kuperminc GP, Allen JP. Social orientation: Problem behavior and motivations toward interpersonal problem solving among high risk adolescents. J Youth Adolesc 2001;30(5):597-622.
73. Kolyva E, Malokonaki E. Health-related quality of life (HRQoL) of children with type 1 diabetes mellitus (T1DM): self and parental perceptions. Pediatric Diabetes 2011;(12):34-40.

74. Bos N, Biderci A. Evaluation of factors affecting quality of life in children with type 1 diabetes mellitus. *The Journal of Diabetes and Metabolism* 2011;(2):8-14.
75. Bayat M. İnsüline bağımlı diabetes mellitusu olan adolesanlara öz bakımlarının öğretilmesi ve değerlendirilmesi. 44. Milli Pediatri Kongresi Özet Kitabı s.92, Bursa, 2000.
76. Northam EA, Matthews LK, Anderson PJ, Cameron FJ, Werther GA. Psychiatric morbidity and health outcome in type 1 diabetes: perspectives from a prospective longitudinal study. *Diabet Medicine* 2005;(22):152-7.
77. Carroll AE, Marrero DG. How do parents perceive their adolescent's diabetes: A qualitative study. *Diabet Med* 2006;23(11):1222-4.
78. Scottish Study Group for the Care of the Young with Diabetes. A longitudinal observational study of insulin therapy and glycaemic control in scottish children with Type 1 diabetes. *DIABAUD 3. Diabet Med* 2006;23(11):1216-21.
79. Güncel Türkçe Sözlük. T.C. Başbakanlık Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Türk Dil Kurumu.  
[http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.53a2b4f5457a82.52614035](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.53a2b4f5457a82.52614035)
80. Cüceloğlu D. İnsan ve davranışı psikolojinin temel kavramları. İstanbul: Remzi Kitabevi, 1996.
81. Baysal AC. Sosyal ve örgütsel psikolojide tutumlar. İstanbul: Yalçın Ofset Matbaası, 1981.
82. Kağıtçıbaşı C. Yeni insan ve insanlar. İstanbul: Evrim Yayınevi, 1999.
83. Ozcan H. İlkokul öğrencilerinin özgüvenleri, akademik başarıları ve anne baba tutumları arasındaki ilişkiler (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 1996.
84. Yıldız SA. Ebeveyn tutumları ve saldırganlık. *Polis Bilimleri Derg* 2004;4(6):131-50.
85. Yavuzer H. Anne-baba ve çocuk. İstanbul: Remzi Kitabevi, 2005.
86. Tutuncuoglu C, Balkan IK. Diyabetli çocuğu olan annelerin aile işlevlerinin ve durumluk -sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Psikoloji Çalışmaları Derg* 2013;3(1):17-39.
87. Baykara B, Pekcanlar AA, Bober E, Dogan O, Abacı A, Ozbek A, Ergin C. Tip 1 diyabetes mellitus tanılı çocuğu olan annelerin psikososyal özellikleri: Diyabetik kontrolle ilişki. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2012;13(1):39-45.
88. Boztepe H. Tip 1 diyabetin yönetiminde riskli bir dönem: Ergenlik. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Derg* 2012;19(1):82-9.

89. Carroll A, Marrero DG. How do parents perceive their adolescent's diabetes: a qualitative study. *Diabet Med* 2006;(23):1222-4.
90. Omeroglu E. Yaratıcılık eğitimi. *Milli Eğitim Dergisi* 2001;151(2):24-31.
91. Kuzgun Y. Karar stratejileri ölçeği, geliştirilmesi ve standardizasyonu. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1993.
92. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 5<sup>nd</sup> ed. USA: Pearson Prentice Hall, 2006:47-67.
93. Galloway RD. Health promotion: Causes, beliefs and measurements. *Clin Med Res* 2003;1(3):249-258.
94. Gurcay S. The analysis of decision making behaviors and perceived problem solving skills in adolescents. *The Turkish Online Journal of Educational Technology – TOJET* 2003:29-37.
95. Ostman J, Lonnberg G, Arnqvist HJ, Blohmé G, Bolinder J. Gender differences and temporal variation in the incidence of type 1 diabetes: results of 8012 cases in the nationwide diabetes incidence study in Sweden 1983-2002. *J Intern Med* 2008;263(4):386-94.
96. Yıldırım SS. Ergenlerin aile içinde şiddete maruz kalma durumları ve aile ilişkilerinin değerlendirilmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2006.
97. Marshall M, Carter B, Rose K, Brotherton A. Living with type 1 diabetes: perceptions of children and their parents. *J Clin Nurs* 2009;18(12):1703-10.
98. Chien SC, Larson E, Nakamura N, Lin SC. Self-care problems of adolescents with type 1 diabetes in Southern Taiwan. *J Pediatr Nurs* 2007;22(5):404-9.
99. Dahlquist G, Källén B. School performance in children with type 1 diabetes - a population-based register study. *Diabetologia* 2007;50(5):957-64.
100. Wodrich DL, Hasan K, Parent KB. Type 1 diabetes mellitus and school: A review. *Pediatr Diabetes* 2011;12(1):63-70.
101. Toros F. Çocukluk çağı ve ergenlik dönemi depresyonlarında risk etmenleri. *Türkiye Klinikleri* 2002;3(2)75-9.
102. Bahar A. Diabetes mellituslu hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Derg* 2006;1(1):3-16.
103. Ambigapathy R, Ambigapathy S, Ling HM. A knowledge, attitude and practice (Kap) study of diabetes mellitus among patients attending klinik kesihatan seri manjung. *NCD Malaysia* 2003;2(2):6-16.

104. Kartal A, Cagırgan G, Tıgılı H, Gungor Y, Karakus N, Gelen M. Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve tutumu etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin 2008;7(3):223-230.
105. Covener C. Tip 1 diyabet yönetiminde sağlığı geliştirme modeli ve tam öğrenme kuramına dayalı eğitimin etkisi (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
106. Cochran J, Conn VS. Meta-analysis of quality of life outcomes following diabetes self-management training. Diabetes Educ 2008;34(5):815-23.
107. Erdoğan S. Diyabet hemşireliği temel bilgiler. Erdoğan S (Ed). İstanbul: YüceReklam/Yayım/ Dağıtım AŞ; 2002. s.163-82.
108. Oktay S. Diyabet hemşireliği temel bilgiler. Erdoğan S (Ed). İstanbul: Yüce Reklam/ Yayım/ Dağıtım AŞ; 2002. s. 1-10.
109. Bayat M. Öğretim süreci ve hemşirelik. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Derg 2005;14(Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı):66-72.
110. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hosey GM, Jensen B. National standards for diabetes self-management education. Diabetes Care 2011;34(Suppl 1):89-96.
111. Hains AA, Berlin KS, Davies WH, Smothers MK, Sato AF, Alemzadeh R. Attributions of adolescents with type 1 diabetes related to performing diabetes care around friends and peers: The moderating role of friend support. Journal of Pediatric Psychology 2007;32(5):561-70.
112. Aylaz R, Kaya B, Dere N, Karaca Z, Bal Y. Sağlık yüksekokulu öğrencileri arasındaki depresyon sıklığı ve ilişkili etmenler. Anadolu Psikiyatri Derg 2007;(8):46-51.
113. Ertem U, Yazıcı S. Ergenlik döneminde psikososyal sorunlar ve depresyon. Aile ve Toplum Derg 2006;(3):7-12.
114. Tsiouli E, Alexopoulos EC, Stefanaki C, Darviri C, Chrousos GP. Effects of diabetes-related family stress on glycemic control in young patients with type 1 diabetes: Systematic review. Can Fam Physician 2013;59(2):143-9.
115. Ersoy E. Ortaokul öğrencilerinin algıladığı anne baba tutumları ile benlik saygısı ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi (tez). İstanbul: Fatih Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2013.
116. Yılmaz Y. Anne baba tutumları ile ilköğretim ikinci kademe öğrencilerinin okul başarıları ve özerkliklerinin gelişimi arasındaki ilişkinin incelenmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
117. Zengin E. Anne baba tutumları ile adolesan saldırganlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
118. Kuzgun Y. PDR'de Kullanılan Ölçekler. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2005.



119. Sahin K. Ortaöğretim öğrencilerinin mesleki olgunluk düzeyleri ile karar verme stratejileri arasındaki ilişkinin incelenmesi (tez). İstanbul. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010.
120. Torun S. Akran baskısı düzeyi farklı olan lise öğrencilerinin karar stratejilerinin incelenmesi (tez). Anara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2007.
121. Köksal A, Gazioğlu AEİ. Ergenlerde duygusal zeka ile karar verme stratejileri arasındaki ilişki. Hasan Ali Yücel Eğilim Fakültesi Derg 2007;1(7):133-146.
122. Köse A. Psikolojik danışma ve rehberlik birinci sınıf öğrencilerinin cinsiyet ve algılanan sosyo-ekonomik düzey açısından psikolojik ihtiyaçları ve karar verme stratejilerinin incelenmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2002.
123. Yigit A. Lise öğrencilerinin karar verme davranışının bazı değişkenlere göre yordanması (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2005.
124. Develioglu M. Problem çözme becerileri yüksek ve düşük olan üniversite öğrencilerinin karar verme stratejilerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006.

## ŞEKİLLER LİSTESİ

### ŞEKİLLER

Tip 1 diyabetin fizyopatolojisi .....	10
Çok kısa ve uzun etkili insülin analogları .....	11

### TABLolar

Çocukların demografik özelliklerinin dağılımı .....	37
Adolesanın aile ilişkileri ve okul ile ilgili özellikleri .....	38
Adolesanların diyabet ve tedavisi ile ilgili özellikleri .....	39
Adolesanın sağlığı değerlendirmesi ile ilgili özellikler .....	41
Adolesanların KSÖ ve alt boyut puan ortalamaları .....	41
Adolesanların Anne-Baba Tutum Ölçeği alt boyut puan ortalamaları .....	42
Adolesanların Anne-Baba Tutumu Ölçeği alt boyut puanlarına göre anne-baba tutumları dağılımları .....	42
Adolesanların karar verme stratejileri ölçeği puan ortalamaları ile anne-baba tutumlarının karşılaştırılması .....	43
Adolesanların anne-baba tutumlarının adolesanların bazı özellikleri ile karşılaştırılması .....	43
Adolesanların anne-baba tutumlarının diyabet ve tedavisi ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması .....	45
Adolesanların anne-baba tutumlarının sağlığı değerlendirmeleri ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması .....	46
Adolesanların KSÖ alt boyut puan ortalamalarının demografik özellikleri ve okul başarısı ile karşılaştırılması .....	47
Adolesanların KSÖ alt boyut puan ortalamalarının diyabet ve tedavisi ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması .....	49
Adolesanların KSÖ alt boyut puan ortalamalarının sağlığı değerlendirmesi ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması .....	51

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı :** Elif EREN ÇİTAK

**Doğum Tarihi / Yeri:** 27.09.1985 / Tekirdağ

**Unvanı:** Öğretim Görevlisi

**Eğitim:** Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksek Okulu / Hemşirelik (2006-2010)

Anadolu Üniversitesi / Sağlık Kurumları İşletmeciliği (2006-2010)

**Çalıştığı Kurumlar:** Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi /  
Supervizör Hemşire (2010-2012)

Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi /  
Cerrahi Bilimler Sorumlu Hemşiresi (2012-2014)

Nişantaşı Üniversitesi / Öğretim Görevlisi (2014-Halen)

### **Uluslar arası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler**

Yıldız T, Göktas S, Malak A, Eren E. Neurosurgery nursing and spiritual dimension of nursing care. J Health Med Informat 2014;(5):1.

### **Uluslar arası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceeding) basılan bildiriler**

Akgün Kostak M, Eren E, Küçük F.Kanserli çocuk annelerinin kanserli çocuk beslenmesi hakkındaki bilgileri, sorunları ve yaptıkları uygulamalar. Uluslararası Katılımlı 3.Pediatric Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı s.212, İzmir, 2011.

### **Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan bildiri kitabında basılan bildiriler**

Akgün Kostak M, Eren E, Akarsu Ö. Sağlık kurumuna ateş şikayeti ile başvuran ebeveynlerin ateş hakkında bilgi düzeyleri, evde yaptıkları uygulamalar ve etkileyen faktörler. 34.Pediatric Günleri ve 13.Pediatric Hemşirelik Günleri, İstanbul, 2012.

Akgün Kostak M, Akarsu Ö, Eren E. Kemoterapi alan kanserli çocuk hastaların ağız sağlığının değerlendirilmesi. 34.Pediatric Günleri ve 13.Pediatric Hemşirelik Günleri, İstanbul, 2012.

Aydınyılmaz H, Özdemir A, Önler E, Yıldız T, Malak A, Eren E. Cerrahi bilimlerde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. 12.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Konya, 2013.

## EKLER

### EK 1. ANKET FORMU

1. Yaşınız: .....
2. Cinsiyetiniz: 1) Kız 2) Erkek
3. Anneniz yaşıyor mu? 1) Evet 2) Hayır
4. Annenizin eğitim durumu:
  - 1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlkokul mezunu 4) Ortaokul mezunu
  - 5) Lise mezunu 6) Yüksekokul/fakülte mezunu
5. Anneniz çalışıyor mu?
  - 1) Evet 2) Hayır
6. Babanız yaşıyor mu?
  - 1) Evet 2) Hayır
7. Babanızın eğitim durumu:
  - 1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlkokul mezunu 4) Ortaokul mezunu
  - 5) Lise mezunu 6) Yüksekokul/fakülte mezunu
8. Babanız çalışıyor mu?
  - 1) Evet 2) Hayır
9. Aile tipiniz nedir?
  - 1) Çekirdek aile (Anne, baba ve çocuklardan oluşan aile tipi)
  - 2) Geniş aile (Ailede anne-baba ve çocuklardan başka bir aile üyesinin de bulunduğu aile tipi)
  - 3) Parçalanmış (Anne-baba ayrı)
10. Gelir durumunuzu nasıl ifade edersin?
  - 1) Yüksek 2) İyi 3) Orta 4) Düşük
11. Nerede oturuyorsun?
  - 1) İl 2) İlçe 3) Kasaba 4) Köy
12. Sosyal güvenceniz var mı?
  - 1) Var 2) Yok
13. Kardeş sayınız: .....
14. Kaçınıcı çocuksun? .....

15. Tanıyı ne zaman aldın?

- 1) 6 ay önce                      2) 6-8 ay önce                      3) 8-10 ay önce                      4) 10-12 ay önce  
5) 12-18 ay önce                      6) 18-24 ay önce                      7) 2-3 yıl önce                      8) 3 yıldan daha  
uzun süre

16. Sürekli kullandığımız bir ilaç var mı?

- 1) Evet                                      2) Hayır

17. Günde kaç adet ilaç kullanıyorsun? .....

18. Kaç farklı ilaç kullanıyorsun? .....

19. Enjeksiyon (iğne) şeklinde ilacın var mı?

- 1) Evet                                      2) Hayır

20. Kendin mi yapıyorsun?

- 1) Kendisi                                      2) Başkası

21. Hastaneye kontrol için ne sıklıkla geliyorsun?

- 1) Her ay                                      2) İki ayda bir                                      3) Üç ayda bir  
4) Altı ayda bir                                      5) Senede bir defa                                      6) Senede bir defadan daha uzun  
aralıklarla

22. Hastalığın nedeniyle hastanede yattın mı?

- 1) Evet                                      2) Hayır

23. Kaç kez hastanede yattın? .....

24. Hastalığınla ilgili bilgi aldın mı?

- 1) Evet                                      2) Hayır

25. Hastalığınla ilgili bilgiyi kimden aldın?

- 1) Doktordan                                      2) Hemşireden                                      3) Eczacıdan                                      4) Televizyondan  
5) İnternette                                      6) Komşu / Akrabalardan

26. Hastalığınız hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

- 1) Yeterli                                      2) Yeterli değil

27. Ailenle ilişkilerini nasıl tanımlarsın?

- 1) İyi                                      2) Orta                                      3) Kötü

28. Hastalığının bakımında ailen seni destekliyor mu?

- 1) Her zaman                                      2) Bazen                                      3) Hiçbir zaman

29. Okul başarı durumun nasıl, geçen dönemki not ortalamın kaçtı?

- 1) Çok iyi                                      2) İyi                                      3) Orta                                      4) Düşük                                      5) Çok düşük

30. Hastalığın nedeniyle okula devamsızlık yapıyor musun?

1) Evet

2) Hayır

31. Geçen dönemki devamsızlık yaptığın gün sayısı: .....

32. Son bir yıl içinde sağlık durumunu nasıl puanlarsın:

Çok kötü					Çok iyi
1	2	3	4	5	

33. Hastalığı olmayan yaşlarına göre sağlık durumunu nasıl puanlarsın:

Çok kötü					Çok iyi
1	2	3	4	5	

## EK 2.ANNE-BABA TUTUM ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki soruları kendi **anne** ve **babanızı** düşünerek dikkatle okuyunuz.

Aşağıdaki durumun anne ve babanızın davranışına ne kadar benzediğini düşünün.

Eğer **TAMAMEN BENZİYORSA** aşağıdaki cümlelerin başındaki kutunun içine **4**;

**BİRAZ BENZİYORSA 3**;

**BENZEMİYORSA 2**;

**HİÇ BENZEMİYORSA 1**; yazınız.

	1. Herhangi bir sorunum olduğunda, eminim annem ve babam bana yardım ederler.
	2. Annem ve babam büyüklerle tartışmamam gerektiğini söylerler.
	3. Annem ve babam yaptığım her şeyin en iyisini yapmam için beni zorlarlar.
	4. Annem ve babam herhangi bir tartışma sırasında başkalarını kızdırmamak için, susmam gerektiğini söylerler.
	5. Annem ve babam bazı konularda sen” <b>kendin karar ver</b> ” derler.
	6. Derslerimden ne zaman düşük not alsam, annem ve babam kızar.
	7. Ders çalışırken anlayamadığım bir şey olduğunda, annem ve babam bana yardım ederler.
	8. Annem ve babam kendi görüşlerinin doğru olduğunu bu görüşleri onlarla tartışmamam gerektiğini söylerler.
	9. Annem ve babam benden bir şey yapmamı istediklerinde, niçin bunu yapmam gerektiğini de açıklarlar.
	10. Annem ve babamla her tartıştığında bana <b>"büyüdüğün zaman anlarsın"</b> derler.
	11. Derslerimden düşük not aldığımında, annem ve babam beni daha çok çalışmam için desteklerler.
	12. Annem ve babam yapmak istediklerim konusunda kendi kendime karar vermeme izin verirler.
	13. Annem ve babam arkadaşlarımı tanırlar.
	14. Annem ve babam istemedikleri bir şey yaptığımda, bana karşı soğuk davranırlar ve küserler.
	15. Annem ve babam sadece benimle konuşmak için zaman ayırırlar.
	16. Derslerimden düşük notlar aldığımında, annem ve babam öyle davranır ki suçluluk duyar ve utanırım.
	17. Ailemle birlikte hoşça vakit geçiririz.
	18. Annemi ve babamı kızdıracak bir şey yaptığımda, onlarla birlikte yapmak istediğim şeyleri yapmama izin vermezler.

19. Genel olarak annen ve baban okul zamanı hafta içinde gece arkadaşlarıyla bir yere gitmene izin verirler mi?

**Evet**

**Hayır**

Eğer cevabınız **Evet** ise, aşağıdaki soruyu cevaplayınız.

Hafta içinde en geç saat kaçta kadar gece dışarıda kalmanıza izin verilir (Pazartesi-Cuma arası)?

20.00'dan önce  22.00-22.59 arası

20.00 - 20.59 arası  23.00 ya da daha geç

21.00 - 21.59 arası  İstediğim saate kadar

20.Genel olarak annen ve baban hafta sonları gece arkadaşlarıyla bir yere gitmene izin verirler mi?

**Evet**

**Hayır**

Eğer cevabınız **Evet** ise, aşağıdaki soruyu cevaplayınız.

Haftanın Cuma ya da Cumartesi akşamları en geç saat kaçta kadar gece dışarıda kalmanıza izin verilir?

20.00'dan önce  22.00 - 22.59 arası

20.00 - 20.59 arası  23.00 ya da daha geç

21.00 - 21.59 arası  İstediğim saate kadar

Annen ve baban aşağıdakileri öğrenmek için ne kadar çaba gösterirler?

	<b>Hiç çaba göstermez</b>	<b>Çok az çaba gösterir</b>	<b>Çok çaba gösterir</b>
21. Eğer gece bir yere gittiysen nereye gittiğini,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Boş zamanlarınızda ne yaptığınızı,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Okuldan çıktıktan sonra ne yaptığınızı,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annen ve babanın aşağıdakiler hakkında ne kadar bilgileri vardır?

	<b>Bilgiler yoktur</b>	<b>Çok az bilgileri vardır</b>	<b>Çok bilgileri vardır</b>
24. Eğer gece bir yere gittiysen nereye gittiğin,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Boş zamanlarınızda ne yaptığınızı,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Okuldan çıktıktan sonra nereye gittiğin,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Lamborn, Mounts, Steinberg ve Dornbush (1991) tarafından geliştirilmiş, Yılmaz (2000y tarafından Türkiye. koşullarına adapte edilmiştir.



### EK 3.KARAR VERME STRATEJİLERİ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz, her soruda sadece kendinize en yakın seçeneği işaretleyiniz. Lütfen boş soru bırakmayınız.

		Hiçbir zaman	Ara sıra	Sıklıkla	Her zaman
1	Bir konuda karar verirken içinizden gelen sese göre davranır mısınız?				
2	Bir şey almak için pek çok mağazayı gezer, kaliteyi ve karşılaştırır mısınız?				
3	Bir konuda karar vermeden önce durumu çok iyi inceler, seçenekleri inceden inceye araştırır mısınız?				
4	Beğenerek satın aldığınız bir şeyi başkaları sizin kadar beğenmezse aldığınızdan soğur musunuz?				
5	Her konuda güç karar veren bir kişi olarak tanınır mısınız?				
6	Bir konuda karar vermeniz gerektiğinde her seçeneğin olumlu ve olumsuz yanlarını uzun uzadıya araştırır mısınız?				
7	Bir konuda karar verdikten hemen sonra kararınızın doğruluğundan kuşku duyar, değiştirme isteği duyar mısınız?				
8	Bir geziye çıkacağınız sırada programınızı sık sık değiştirdiğiniz, yanınıza neleri almanız gerektiğine bir türlü karar veremediğiniz olur mu?				
9	Seçenekler hakkında etraflı bilgi toplamadan karar verme durumunda kaldığınızda rahatsızlık duyar mısınız?				
10	Sizin hakkınızda başkaları karar vermeye kalktığı zaman rahatsızlık duyar mısınız?				
11	Uzun kararsızlık döneminden sıkılır, hemen o an için uygun bulduğunuz bir seçeneği kabul eder, onunla mutlu olmaya bakar mısınız?				
12	Kendi başınıza karar vermek zorunda kaldığınızda kaygı ve sıkıntı yaşar mısınız?				
13	Mektuplarınızı postaya vermeden önce birkaç defa okuyup yazdıklarınızı değiştirir misiniz?				
14	Bir karar verirken, başkalarının size yol göstermesini, akıl vermesini ister misiniz?				
15	Bir konuda karar vermeden önce seçenekleri çok iyi incelemenin, her birinin istenen ve istenmeyen yönlerini tartmanın yorucu ve gereksiz bir işlem olduğunu düşünür müsünüz?				
16	Sınavlarda yanıtlarınızı sık sık değiştirdiğiniz için sınav süresinin bitiminde kağıdınızı hala vermediğiniz olur mu?				
17	Sınavlardan çıktıktan sonra, hatalarınızı öğrenmekle canınızın sıkılacağını düşünerek, yanıtlarınızın doğru olup olmadığını araştırmaktan kaçınır mısınız?				
18	Seçenekleri inceden inceye araştırmanın vakit kaybı olduğunu, çok inceledikçe karar vermenin güçleşeceğini düşünür, ilk anda size çekici gelen seçeneğe yönelmeyi rahatlatıcı bulur musunuz?				
19	Kendi bildiğine giden bir kişi olarak tanınır mısınız?				

20	Güç karar veren bir insan olduğunuz için çok güzel fırsatları kaçırdığınız oldu mu?				
21	İnsanın içinden gelen sesin onu doğruya götürdüğüne inanır mısınız?				
22	Kendi başınıza karar verir, başkaları kararınızın sakıncalarını söyleseler de kararınızda ısrar eder misiniz?				
23	Karar vermeden önce seçenekler hakkında bilgi toplamaya kalktığınızda, birbiri ile çelişen bilgilerle karşılaşınca ne yapacağınızı şaşırır mısınız?				
24	Karar verirken acele eder, ondan sonra da verdiğiniz kararı beğenmeyip değiştirmeye kalkar mısınız?				
25	Karar verirken başkalarının o konuda nasıl davrandığına bakar, ona göre davranır mısınız?				
26	Karar vermeden önce uzun araştırma döneminin yarattığı sıkıntıya hemen son vermek için o anda size çekici gelen seçeneğe yönelir misiniz?				
27	“İnsanın karar verirken ne istediğini çok iyi bilmesi gerekir” diye düşünür müsünüz?				
28	“Bir karar verme durumunda, bir seçeneğe yönelirken, kazanç ve kayıpları uzun uzadıya düşünmenin yararı yoktur, çünkü geleceğin ne getireceğini kimse bilemez. Bu nedenle o anda aklın yarattığı seçeneğe yönelmek en doğrudur.” diye düşünür müsünüz?				
29	Hakkında etraflı araştırma yapmadan bir kimseyle yakın arkadaşlık kurmayı sakıncalı bulur musunuz?				
30	Herkesi hoşnut edecek karar almak mümkün olmadığı için kararlarınızın öncelikle sizi hoşnut etmesinin yeterli olduğunu düşünür müsünüz?				
31	“İnsan kararlarını kendisi vermeli ve bunun sorumluluğunu da taşımalıdır.” diye düşünür müsünüz?				
32	“Bir şeyi çok istersem güzel tesadüfler sonucu ona ulaşabilirim.” diye düşünür ve karar verirken, gerçekleşme olasılığı diğer seçeneklere göre daha zayıf olsa da size çekici gelen seçeneğe yönelir misiniz?				
33	Hoşunuza giden bir seçeneğe yönelmeden önce neler kazanıp neler kaybedeceğinizi etraflıca değerlendirir misiniz?				
34	Gerçekleşme olasılığı zayıf olan seçenekler üzerinde durmaz, canınız çok çekmese de sizi kesin olarak sonuca götürecek seçeneği tercih eder misiniz?				
35	Karar verirken seçeneklerin gerçekleşme olasılıklarını dikkate almaz, sadece ne derece hoşunuza gittiğine bakar mısınız?				
36	Bir karar verdikten sonra, seçtiğiniz yolun yararlarından çok sakıncalarını görmeye başlar ve değiştirme isteği duyar mısınız?				
37	Başkalarına danışmadan verdiğiniz kararlardan pişman olur musunuz?				
38	Bir karar verme durumunda, bir seçeneğe yönelirken neler kazanıp neler kaybedeceğinizi etraflıca düşünür müsünüz?				
39	Verdiğiniz bir kararı sonra beğenmez “acaba öbür yolu deneseydim.” der misiniz?				
40	Karar vermeden önce çeşitli kaynaklardan aldığınız bilgiler arasında çelişki varsa nedenini araştırır mısınız?				

## EK 4. ETİK KURUL İZİNİ

**T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI**  
**GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU** Edirne, Türkiye

<b>ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	PROJELERİN KODU	ILTİF-GOKAER 2013/18	
	PROJELERİN ADI	Tıp I Disiplinli Adölesanların Algıladıkları Anne-Baba Tutumları ve Kararı Verme Stratejileri	
	SORUMLU ARAŞTIRICI İN VANI ADI	Yrd. Doç. Dr. Meliha AKGÜN KOSTAK	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	Karar No: 03/06		Tarih: 30.01.2013
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Meliha AKGÜN KOSTAK'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırılmaya ilişkin güçlüklerin görülme ve/veya bağlı bulunacağı sosyal puvarlık kurumuna bildirilmeyi koşullarla gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel standartlar açısından sorunca bulunmadığına mevzuatın gereği ile karar verilmiştir.		
<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>			
<b>ÇALIŞMA ESASI</b> Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOKAER Yönergesi			

**ÜYELER**

Çıvan/Adı Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İhtiki(*)	Kararı (**)	İmza
Prof. Dr. Ülker VATANSEVER ÖZBEK Başcan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> H	<i>[İmza]</i>
Yrd. Doç. Dr. Fsin KARTIKAYA Başcan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> H	<i>[İmza]</i>
Prof. Dr. Ç. Hüsnü KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> H	<i>[İmza]</i>
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TLIRAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> H	<i>[İmza]</i>
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> H	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. Hasan ÖMUT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> H	<i>[İmza]</i>
Yrd. Doç. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> H	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. Sabri ÖSTÖNDAL Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> H	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. Burcu TOKUL Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	K	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> H	<i>[İmza]</i>
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> H	<i>[İmza]</i>
Prof. Dr. Cengiz YURGU Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ ve Has. A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> H	<i>[İmza]</i>
Prof. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> H	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> H	<i>[İmza]</i>
Doç. Dr. Dursun DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> H	<i>[İmza]</i>
Avukat Haki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> H	<i>[İmza]</i>

\*Araştırma ile ilgili  
\*\*Toplanacak tutumuna

*[İmza]*  
Prof. Dr. Recep YAĞIZ  
Dekan ve  
Dezan Yardımcısı

**EK 5. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA  
MERKEZİ KURUM İZİNİ**



T.C  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı

Sayı: B.30.2.TRK.0.10.11.04/298

04.05.2012

Konu:

T.Ü. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü'ne,

İlgil: B.30.2.TRK.0.AŞ.00.00/600-2832 sayılı ve 02.05.2012 tarihli yazınız.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi ERF BREN'nin "Tip 1 Diyabetli Adolesanların Algıladıkları Anne-Baba Tutumları, Karar Verme Stratejileri ve Etkileyen Faktörler" konulu çalışma için çocuk poliklinik ve servislerinde araştırma ve anket yapmasında bir sairince yoktur.

Prof.Dr.Senay KARASALINOĞLU  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı Başkanı Vekili

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA  
MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ  
GÖLEN EVRAK

Sayı: 575

Tarih: 04 MAY 2012

Form Adresi:  
T.C. Tıp Fakültesi Odunpazarı Yerleşkesi 22080 EDİRNE  
Elektronik Ad: uzun@tipik.trakya.edu.tr

Telefon: (0284) 235 76 41  
Faks: (0284) 235 76 82

**EK 6. TEKİRDAĞ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ TEKİRDAĞ DEVLET HASTANESİ  
KURUM İZİNİ**

02042097E55

003/001

T.C.  
TEKİRDAĞ VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Konu: Tez Çalışma İzni

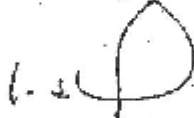
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
KAMU SAĞLIK HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ  
Tarih: 18.07.2012/09:35

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi: 02/05/2012 tarih ve 9030 sayılı yazınız.

İlgi kayıtlı yazınız ile Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Engeli ve Hastalıkları hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Elif EREN'in yapması gereken "Tip I Diyabetli Adolesanların Algıladıkları Anne-Baba Tutumları, Karar Verme Stratejileri ve Etkileyen Faktörler" konulu çalışması için gerekli izin verilmesi talep edilmiştir. İlimiz Tekirdağ Devlet Hastanesi Çocuk Poliklinik ve Servislerinde 15 Nisan 2012- 30 Ocak 2013 tarihleri arasında "Tip I Diyabetli Adolesanların Algıladıkları Anne-Baba Tutumları, Karar Verme Stratejileri ve Etkileyen Faktörler" konulu anket çalışmasını tez öğrencisi Elif EREN tarafından yapılması Valilik Makamının 16/07/2012 tarih ve 2762 sayılı onayı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi arz ederim.

  
Bekir Sıtkı KOÇAKUNDAKÇI  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

EK:1