

**T.C.  
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**DIYABETLİ ÇOCUĞU OLAN VE OLMAYAN ANNELERİN  
AİLE İŞLEVLERİ VE DURUMLUK - SÜREKLİ KAYGI  
DÜZEYLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**CANSET TÛTÛNCÛOĞLU**

**081104118**

**İstanbul, Ocak 2012**

**T.C.  
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**DIYABETLİ ÇOCUĞU OLAN VE OLMAYAN ANNELERİN  
AİLE İŞLEVLERİ VE DURUMLUK - SÜREKLİ KAYGI  
DÜZEYLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**CANSET TÛTÛNCÛOĞLU  
081104118**

**Danışman Öğretim Üyesi  
Yrd. Doç. Dr. İdil KAYA BALKAN**

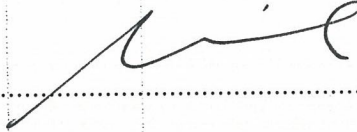
**İstanbul, Ocak 2012**

T.C. Maltepe Üniversitesi  
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

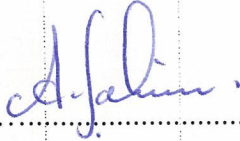
04.01.2012 tarihinde tezinin savunmasını yapan Canset TÜTÜNCÜOĞLU'na ait "Diyabetli Çocuğu Olan ve Olmayan Annelerin Aile İşlevleri ve Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması" başlıklı çalışma, Jürimiz Tarafından Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Gelişim Psikolojisi Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi Olarak Oybirliği/Oyçokluğu İle Kabul Edilmiştir.



Yrd. Doç. Dr. Figen KARADAYI  
Jüri Başkanı



Yrd. Doç. Dr. İdil KAYA BALKAN  
(Üye)  
(Danışman)



Yrd. Doç. Dr. Alper ŞAHİN  
(Üye)

## TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam sırasında değerli katkı ve önerilerini aldığım, tez danıőmanım Yrd. Doç. Dr. İdil KAYA BALKAN' a teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Başta beni yüksek lisans için yüreklandiren sevgili hocam Erol AYAZ' a, tüm çalıőmalarım süresince desteğini esirgemeyen çok değerli arkadaőım ve saygıdeğer koordinatörüm Birsal KUTLU TİMİRLİ' ye, evirilerimde yardımcı olan sevgili arkadaőlarım Esra KESENCİ ve Elif ÖZBAYKAL' a, istatistik çalıőmaları konusunda yardım ve katkılarını esirgemeyen Cemil KİRAZ ve Yrd. Doç. Dr. Osman Tolga ARICAK' a, tüm baskı işlemlerimi sabırla gerçekleőtiren Ali DEMİR'e ve akademik bilgi ve deneyimlerini her anlamda paylaşan Fatma KABAOğLU ve Selim SENER' e yürekten teőekkürlerimi sunarım.

Tezimin her aőamasında hep yanımda olan sevgili dostlarım Eylem – Orkun FINDIK, Yonca - Aykut CANKELEŐ ve Okőan FINDIK başta olmak üzere araőtırmama katkı sağlayan tüm katılımcılara teşekkür ederim.

Eğitimim boyunca hep yanımda olan ve desteklerini hiç esirgemeyen çok değerli annem, babam ve tüm aileme, sevgi, anlayıő ve sabır göstererek bana inanan ve cesaretlendiren kızım Alara ve eőim Feyyaz TÖTÖNCÖOğLU' na teőekkürü borç bilirim.

Canset TÖTÖNCÖOğLU

Ocak, 2012

## ÖZET

### DİYABETLİ ÇOCUĞU OLAN VE OLMAYAN ANNELERİN AİLE İŞLEVLERİ VE DURUMLUK - SÜREKLİ KAYGI DÜZEYLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu araştırma, diyabetli çocuğu olan ve olmayan anneleri aile işlevleri ve durumluk – sürekli kaygı düzeyleri açısından karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır. Bunun yanı sıra, diyabet hastası çocuğu olan annelerin aile işlevleriyle durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin; annenin yaşına, eğitim durumuna, annenin gelir düzeyine, çocuğun kaç yıldır diyabet hastası olduğuna, diyabetli çocuğun doğum sırasına ve ailedeki çocuk sayısına göre anlamlı düzeyde fark gösterip göstermediğini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Araştırmanın örneklemini, 5-12 yaş arası diyabet hastası çocuğu olan 48 anne, kontrol grubunu ise herhangi bir sağlık sorunu bulunmayan 5–12 yaş arası çocuğu olan 50 anne oluşturmaktadır. Araştırmaya yaşları 27 ile 51 arasında değişen (*Ort.* = 39, *S* = 5,75) toplam 98 anne katılmıştır.

Araştırmada veri toplama araçları olarak, “Aile Değerlendirme Ölçeği”, “Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği” ve araştırmacı tarafından geliştirilen “Bilgi Formu” kullanılmıştır.

Araştırmanın bulguları, diyabet hastası çocuğu olan annelerin, aile işlevleri ve durumluk-sürekli kaygı düzeyleri açısından sağlıklı çocuğu olan annelerden anlamlı düzeyde farklılık olduğunu ortaya koymuştur. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin, sağlıklı çocuğu olan annelerden aile işlevleri açısından daha sağlıksız ve durumluk-sürekli kaygı düzeyleri açısından da daha kaygılı olduğu bulunmuştur. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin aile işlevlerinin; annenin yaşına, annenin eğitim durumuna, annenin gelir düzeyine, diyabetli çocuğun doğum sırasına ve ailedeki çocuk sayısına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; ayrıca, diyabet hastası çocuğu olan annelerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin annenin; eğitim düzeyine, gelir düzeyine, diyabetli çocuğun doğum sırasına ve ailedeki çocuk sayısına göre değişiklik gösterdiği belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Diyabetli çocuğu olan anneler, aile işlevleri, durumluk-sürekli kaygı

## **ABSTRACT**

### THE COMPARISON OF FAMILY FUNCTIONS AND STATE - TRAIT ANXIETY AMONG MOTHERS OF DIABETIC AND HEALTHY CHILDREN

The purpose of this study is to compare the family functions and state-trait anxiety of mothers of diabetic children and mothers of healthy children. In addition to this, it is also aimed to put forward whether there is a significant difference between these mothers in terms of their family functions and state-trait anxiety due to the age of the mother who has diabetic child, her age, her education level, her income, birth sequence of the child with Diabetes and the number of children in the family and the period of diabetes of the child.

The sample of the study consisted of 48 mothers who have children with Diabetes, ages ranging between 5-12 and the control group consisted of 50 mothers whose children do not have any health problems and whose ages range between 5-12. The research was carried out with 98 mothers, ages ranging from 27 to 51 (*Mean* = 39; *Sd* = 5,75).

“Mc Master Family Assessment Device”, “State-Trait Anxiety Inventory (STAI)” and “Information Form” developed by the researcher were used as data collection instruments in this study.

The findings of the research show that mothers whose children suffer from diabetes dramatically differ from mothers of healthy children in terms of family functions and state-trait anxiety. It has been found that compared to mothers of healthy children, the mothers of the diabetic children are more unhealthy in terms of family functions and more anxious in terms of state-trait anxiety level. The results show that the family functions of mothers with diabetic children differ significantly according to age of the mother, education level of the mother, income, birth sequence of the child with Diabetes and number of children in the family. It also shows that the state-trait anxiety levels of mothers differ significantly according to the education level of mother, income, birth sequence of the child with Diabetes and number of children in the family.

**Key Words:** Mothers who have children with Diabetes, family functions, state-trait anxiety

## İÇİNDEKİLER

<b>Teşekkür</b>	ii
<b>Özet</b>	iv
<b>İçindekiler</b>	vi
<b>Kısaltmalar</b>	vii
<b>Tablolar</b>	viii
<b>Bölüm - I Giriş</b>	1
<b>Genel Bilgiler</b>	5
1.1. Diabetes Mellitus	5
1.1.1. Tanım Ve Sınıflama	5
1.1.2. Sıklığı (Epidemiyoloji)	7
1.1.3. Diyabetin Gelişiminde Rol Oynayan Faktörler	8
1.1.4. Klinik Bulgular	10
1.1.5. Tanı	11
1.1.6. Tedavi	13
1.1.7. Diyabetin Komplikasyonları	17
1.2. Aile	19
1.2.1. Tanım	19
1.2.2. Ailenin İşlevleri	20
1.2.3. Ailede Diyabet Hastası Çocuğun Varlığı	26
1.3. Kaygı	29
1.3.1. Tanım	29
1.3.2. Kaygının Belirtileri	29
1.3.3. Kaygı Tipleri	31

1.3.4. Durumluk Ve Sürekli Kaygı	31
1.4. Konu İle İlgili Yapılan Bazı Araştırmalar	32
1.4.1. Diyabetli Çocuğu Olan Annelerin Aile İşlevleri Konusunda Yapılan Bazı Araştırmalar	32
1.4.2. Diyabetli Çocuğu Olan Annelerin Kaygı Durumları Konusunda Yapılan Bazı Araştırmalar	37
<b>Bölüm - II</b>	45
2.1. Yöntem	45
2.1.1. Örneklem	45
2.1.2. Kullanılan Veri Toplama Araçları	50
2.1.3. İşlem	55
2.1.4. Verilerin Analizi	55
2.2. Bulgular	58
2.3. Tartışma	90
<b>Kaynaklar</b>	109
<b>Ekler</b>	116
<b>Özgeçmiş</b>	124



## KISALTMALAR

DM:	Diabetes Mellitus
IDDM:	Insulin Dependent Diabetes Mellitus
NIDDM:	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus
MRDM:	Malnutrition Related Diabetes Mellitus
OGTT:	Oral Glukoz Tolerans Testi
IGT:	Bozulmuş glukoz toleransı
TİP-1 DM:	Tip 1 Diabetes Mellitus
TİP-2 DM:	Tip 2 Diabetes Mellitus
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü
HbA1c:	Glukolize hemoglobin
HDL:	High Density Lipoprotein / Yüksek yoğunluklu lipoprotein
DKA:	Diyabetik Ketoasidoz
STAI:	State-Trait Anxiety Inventory / Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri
ADÖ:	Aile Değerlendirme Ölçeği

## TABLULAR

Tablo 1: Diyabet ve Glukoz İntoleransının Klinik Sınıflaması .....	6
Tablo 2: Diyabetik Hasta ile Yakınlık Derecesine Göre Tip 1 Diyabet Gelişme Riski .....	9
Tablo 3: Diyabet Tanı Kriterleri .....	12
Tablo 4: HbA1c ve Ortalama Glukoz Düzeyi .....	12
Tablo 5: Sık Kullanılan İnsülin Formlarının Özellikleri .....	14
Tablo 6: Örnekleme Oluşturan Annelerin Eğitim Durumuna Göre Sayısal Dağılımı .....	45
Tablo 7: Örnekleme Oluşturan Annelerin Mesleki Durumuna Göre Sayısal Dağılımı .....	46
Tablo 8: Örnekleme Oluşturan Annelerin Çalışma Durumuna Göre Sayısal Dağılımı .....	47
Tablo 9: Örnekleme Oluşturan Annelerin Gelir Durumuna Göre Sayısal Dağılımı .....	47
Tablo 10: Örnekleme Oluşturan Annelerin Çocuk Sayısına Göre Sayısal Dağılımı .....	48
Tablo 11: Örnekleme Oluşturan Annelerin Diyabetli Çocuğa Sahip Olma Durumuna Göre Sayısal Dağılımı .....	48
Tablo 12: Örnekleme Oluşturan Annelerin Diyabetli Çocuğun Kaçınıcı Çocuk Olduğuna Göre Sayısal Dağılımı .....	49
Tablo 13: ADÖ Puanlarının Diyabetli – Sağlıklı Çocuğa Sahip Olma Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi .....	58
Tablo 14: Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Diyabetli – Sağlıklı Çocuğa Sahip Olma Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi .....	59
Tablo 15: ADÖ Puanlarının Annenin Yaşı Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi .....	60
Tablo 16: Aile İşlevleri Puanlarının Annenin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Ortalama, Standart Sapma ve Standart Hata Değerleri .....	62
Tablo 17: Aile İşlevlerinin, Annenin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farkını Test Etmek İçin Yapılan ANOVA Testi .....	63
Tablo 18: Problem Çözme Puanlarının Annenin Eğitim Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi .....	64

Tablo 19: İletişim Puanlarının Annenin Eğitim Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi .....	64
Tablo 20: Roller Puanlarının Annenin Eğitim Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi .....	65
Tablo 21: Duygusal Tepki Verebilme Puanlarının Annenin Eğitim Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi .....	65
Tablo 22: Gereken İlgiyi Gösterme Puanlarının Annenin Eğitim Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi .....	66
Tablo 23: Davranış Kontrolü Puanlarının Annenin Eğitim Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi .....	66
Tablo 24: Genel İşlevler Puanlarının Annenin Eğitim Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi .....	67
Tablo 25: Aile İşlevleri Puanlarının Annenin Gelir Durumu Değişkenine Göre Ortalama, Standart Sapma ve Standart Hata Değerleri .....	68
Tablo 26: Aile İşlevlerinin, Annenin Gelir Durumu Değişkenine Göre Farkını Test Etmek İçin Yapılan ANOVA Testi .....	69
Tablo 27: Problem Çözme Puanlarının Annenin Gelir Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi .....	70
Tablo 28: Roller Puanlarının Annenin Gelir Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi .....	70
Tablo 29: Duygusal Tepki Verebilme Puanlarının Annenin Gelir Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi .....	71
Tablo 30: Gereken İlgiyi Gösterme Puanlarının Annenin Gelir Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi.....	71
Tablo 31: Davranış Kontrolü Puanlarının Annenin Gelir Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi .....	72
Tablo 32: Genel İşlevler Puanlarının Annenin Gelir Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Schaffe Çoklu Karşılaştırma Testi .....	72
Tablo 33: ADÖ Puanlarının Çocuğun Kaç Yıldır Diyabet Hastası Olduğuna Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi .....	73

Tablo 34: ADÖ Puanlarının Diyabetli Çocuğun Doğum Sırası Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi .....	74
Tablo 35: Aile İşlevleri Puanlarının Ailedeki Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Ortalama, Standart Sapma ve Standart Hata Değerleri .....	75
Tablo 36: Aile İşlevlerinin, Ailedeki Çocuk Sayısına Göre Farkını Test Etmek İçin Yapılan ANOVA Testi .....	76
Tablo 37: Problem Çözme Puanlarının Ailedeki Çocuk Sayısına Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi .....	77
Tablo 38: İletişim Puanlarının Ailedeki Çocuk Sayısına Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi .....	77
Tablo 39: Roller Puanlarının Ailedeki Çocuk Sayısına Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi.....	78
Tablo 40: Duygusal Tepki Verebilme Puanlarının Ailedeki Çocuk Sayısına Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi .....	78
Tablo 41: Gereken İlgiyi Gösterme Puanlarının Ailedeki Çocuk Sayısına Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi .....	79
Tablo 42: Davranış Kontrolü Puanlarının Ailedeki Çocuk Sayısına Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi .....	79
Tablo 43: Genel İşlevler Puanlarının Ailedeki Çocuk Sayısına Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi .....	80
Tablo 44: Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Annenin Yaşı Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi .....	81
Tablo 45: Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Annenin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Ortalama, Standart Sapma ve Standart Hata Değerleri .....	82
Tablo 46: Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Annenin Eğitim Durumuna Göre Farkını Test Etmek İçin Yapılan ANOVA Testi.....	82
Tablo 47: Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Annenin Eğitim Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi .....	83
Tablo 48: Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Annenin Gelir Durumu Değişkenine Göre Ortalama, Standart Sapma ve Standart Hata Değerleri .....	84

Tablo 49: Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Annenin Gelir Durumuna Göre Farkını Test Etmek İçin Yapılan ANOVA Testi .....	84
Tablo 50: Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Annenin Gelir Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi .....	85
Tablo 51: Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Çocuğun Kaç Yıldır Diyabet Hastası Olduğuna Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi .....	86
Tablo 52: Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Diyabetli Çocuğun Kaçınıcı Çocuk Olduğuna Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi .....	87
Tablo 53: Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Ailedeki Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Ortalama, Standart Sapma ve Standart Hata Değerleri .....	88
Tablo 54: Durumluk – Sürekli Kaygı Puanlarının Ailedeki Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Farkını Test Etmek İçin Yapılan ANOVA Testi .....	88
Tablo 55: Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Ailedeki Çocuk Sayısına Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Schaffe Çoklu Karşılaştırma Testi .....	8

## **BÖLÜM – I**

### **GİRİŞ**

Ailede kronik bir hastalığa sahip çocuğun varlığı ebeveynlerin çocuklarının bakımı konusunda sağlıklı çocuğu olan annelere göre daha fazla çaba göstermelerine neden olmaktadır, çünkü hem çocuklarının sağlıklı gelişimleri için uğraşmak hem de hastalığının getirdiği pek çok zorlayıcı durumla baş etmek zorunda kalmaktadırlar. Bu durum şüphesiz ki ebeveynlerin sorumluluklarını, kaygılarını ve streslerini arttırmaktadır (Uyaroğlu ve Bodur, 2009; Branstetter, Domian, Williams, Graff ve Piamjariyakul, 2008; Barlow ve Ellard, 2004; Streisand, 2004; Uğuz, Toros, İnanç ve Çolakkadioğlu 2004; Darendeliler, 1999). Çocukluk çağındaki kronik hastalıklar ailenin var olan kaynaklarını zorlamasından dolayı tüm aileyi etkilemektedir. Başka bir deyişle kronik bir hastalığa sahip olma yalnız hasta kişiyi etkilememekte, bir birim olan ailenin de etkilenmesine neden olmaktadır. Aile, hasta çocuğun tanı alması ile birlikte birçok sorunla yüzleşmek zorunda kalır. Aile bireylerinden herhangi birinin kronik hastalık teşhisi alması durumunda yalnız hastanın sorunlarına odaklanmak yerine, ailedeki diğer bireylerin de bu durumdan etkileneceği düşünülüp tüm aile bireylerinin ruh sağlığını korumaya yönelik önleyici yöntemler geliştirmek oldukça önemlidir (Fazlıoğlu, Hoccoğlu ve Sönmez, 2010). Kronik hastalık, ailenin yaşam stillerini ve aile üyelerinin birbirleriyle ilişkisini değiştirir. Kronik hastalığa sahip çocuğu olan anne-babalar, çocuklarının bakımı ve idaresi için farklı taleplerle karşı karşıyadır. Çocuğun kronik durumu, ailenin yaşamına etki eder ve yeni duruma uyum yapmayı zorunlu kılar. Sosyal desteğin ve aile doyumunun azalması, iletişim

güçlüklerini arttırırken; maddi zorlukların olması, organizasyon bozukluklarının yaşanmasına yol açar (Karakavak ve Çırak, 2006).

Diyabet gibi kronik bir hastalığa sahip çocukların yaşamlarını sürdürebilmeleri için sürekli ilaç kullanımı, düzenli tedavi görmeleri veya özel tıbbi ekipmanları kullanımı gibi gereksinimleri vardır. Bu özel durumların varlığı, çocuğun bakımından sorumlu kişileri de direkt ilgilendirmektedir. Hastalığın sürecinde sıkı takip gerektiren diyabet gibi önemli bir hastalığı olan çocuklar ailelerine önemli yük getirmekte ve bu durum aile fertlerinin içerisinde en fazla anneyi etkilemektedir (Dashiff, Vance, Abdullatif ve Wallenders, 2008).

Diyabet hastaları normal metabolik durumlarını sürdürebilmek için düzenli olarak insülin uygulaması, diyet ve egzersiz yapmak ve hastalıklarının gidişatını takip etmek durumundadırlar. Özellikle diyabetin ileri yaşlardaki komplikasyonlarından korunmak için hastalığın yakın takip edilmesi önemlidir. Çocukluk çağında yaşam tarzının değiştirilmesini gerektirecek bu zorunluluklar, hasta çocuk kadar onun bakımından birinci derecede sorumlu olan annesini de yakından ilgilendirmektedir. Aile düzenindeki değişiklikler, sosyal çevre ve aktivitelerinin kısıtlılığı, yaşadığı yoğun stres ve hayal kırıklığı, geleceğe yönelik umut kaybı, suçluluk, pişmanlık gibi rahatsız edici duyguların yoğun olarak yaşaması hasta bir çocuğa sahip annenin kaygı düzeyini arttırmaktadır (Bahar, Bahar, Savaş ve Parlar, 2009; Charron-Prochownik ve Kovacs, 2000).

Çocukluk çağında oldukça sık görülen diyabet, yaşam boyu süren metabolik bir hastalıktır (Frey, Ellis, Templin, Naar-King ve Gutai, 2006; Hollidge, 2001; Darendeliler, 1999). Diyabet sadece fiziksel bir hastalık olmanın yanı sıra psikolojik ve psikososyal boyutları da olan bir hastalıktır. Özellikle endişe, depresyon, stres ve

sosyal destek kaybı diyabet üzerinde olumsuz sonuçlar doğurmakta ve diyabeti şiddetlendirebilmektedir (Buzlu, 2002). Çocukluk çağındaki kronik hastalıklarda çocuğun yakın aile çevresinden sağlıklı bir destek alabilmesi hastalığının sağaltımı açısından da önem göstermektedir (Soliday, 2004).

Çalışma, diyabet hastası çocuklarla çalışılırken temel bakım veren kişiler olan annelere de destek vermek üzere geliştirilecek çalışmalara da katkı sağlayabilme potansiyelindedir.



## **GENEL BİLGİLER**

### **1.1. DİABETES MELLİTUS**

#### **1.1.1. TANIM ve SINIFLAMA**

Diabetes Mellitus insülin salgılanmasının tam veya kısmi eksikliği veya değişik derecede insülin direnci sonucu oluşan karbonhidrat, protein, yağ metabolizması bozukluğudur. Etkeni, esası, gelişimi ve tedaviye yanıt yönlerinden diyabet çeşitlilik gösterir ve bu farklılıklar nedeniyle bir sendrom olarak tanımlanır (Günöz, Saka, Darendeliler, Bundak ve Neyzi, 1993). Diyabetteki kronik hiperglisemi (kanda şekerin normalin çok üstünde bulunması) özellikle gözler, böbrekler, sinirler, kalp ve kan damarları gibi bazı organlarda uzun dönemde hasar, disfonksiyon ve yetmezliğe neden olur (Gürsoy, 2007; Güven, 2007; Küçükarslan, 2003).

Vücudumuzun en önemli yaşamsal süreci, yiyeceklerin enerji ve ısıya dönüşümüdür. Üç ana besin öğemiz olan karbonhidratlar glukoz (kan şekeri), proteinler amino asit ve yağlar ise yağ asitleri halinde emilirler. Vücudumuzda, glukoz hücrelere kan yoluyla ulaşır. Glukozun (şeker) hücre içine girmesini sağlayan, pankreastan salgılanan insülin hormonudur. Kanda şeker miktarının artışı insülin denilen hormonun salgılanmasına yol açar. İnsülin sayesinde kanda bulunan şeker hücre içine alınarak kullanılır ve kan şekeri normal sınırlarda tutulmuş olur hem de hücre için gerekli enerji temin edilmiş olur. Yemek aralarında ise karaciğerde depolanmış halde bulunan şeker kana salınarak kan şekerinin kanda sabit seviyelerde kalması sağlanır (70-110 mg/dl). Diyabette ise vücutta insülin hormonu ya hiç yoktur ya da vücudun ihtiyacına yetmeyecek oranlarda salgılanmaktadır. İnsülinin

vücutta az olması veya hiç olmaması durumunda şekerin kandaki seviyesi yükselir ama şeker hücrelere giremediği için hücreler enerji için gerekli şekeri alamazlar (Malkoç, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) kabul ettiği diyabet ve glukoz intoleransının (duyarlılık ya da dirençsizlik) klinik sınıflaması tablo 1'de gösterilmiştir (Güven, 2007; Us, 2007; İmamoğlu, 2005; Küçükarslan, 2003; Bağrıaçık, 1997; Günöz ve diğerleri, 1993).

**Tablo 1:** Diyabet ve Glukoz İntoleransının klinik sınıflaması

---

#### A. KLİNİK OLARAK

##### I. Diabetes Mellitus

1. İnsüline bağımlı Diabetes Mellitus (Insulin Dependent Diabetes Mellitus-IDDM)
2. İnsüline bağımlı olmayan Diabetes Mellitus (Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus-NIDDM)
  - Obez
  - Obez olmayan
3. Beslenme ile (Malnütrisyonla) ilgili Diabetes Mellitus (Malnutrition Related Diabetes Mellitus-MRDM)
4. Diğer tipler (bazı hastalık veya sendromlarla birlikte giden)
  - Pankreas hasarına bağlı gelişen diyabet tipleri
  - Hormonal bozukluklarla ilgili endokrin nedenlere bağlı diyabet tipleri
  - İlaç ve kimyasal maddelere bağlı gelişen diyabet tipleri
  - İnsülin veya insülin reseptörleri ile ilgili anomalilere bağlı diyabet tipleri
  - Genetik sendromlar ve kromozom anomalileri ile ilgili diyabet tipleri
  - Diğer nedenlere bağlı gelişen diyabet tipleri

##### II. Bozulmuş Glukoz Toleransı

- Obez
- Obez olmayan
- Bazı durumlar ve sendromlarla beraber

##### III. Gebelikte Görülen (Gestasyonel) Diabetes Mellitus

#### B. İSTATİSTİKSEL RİSK GRUBU (glukoz toleransı normal fakat diyabet gelişme riski yüksek grup)

- Daha önce glukoz tolerans bozukluğu olan grup
  - Potansiyel glukoz tolerans bozukluğu olan grup
-

### 1.1.2. SIKLIĞI (EPİDEMİYOLOJİ)

Tip 1 diyabet, tüm diyabetik nüfusun % 15-25'ini oluşturur (İmamoğlu, 2005; Bağrıaçık, 1997). Tip 1 diyabet, çocukluk çağındaki kronik hastalıkların içinde en yaygın olanıdır ve 20 yaş altı çocuk ve ergenler arasında görülme sıklığı 400 ila 600'de 1'dir (Jaser, Whittemore, Ambrosino, Lindemann ve Grey, 2009; Mednick, Cogen, Henderson, Rohrbeck, Kitessa ve Streisand, 2007; Frey ve ark, 2006; İmamoğlu, 2005).

Esas olarak çocukluk çağı hastalığı olarak bilinen Tip 1 diyabet, yaşamın ilk 6-7 ayında nadir olarak görülür (Taşçı, 2007; Turhan, 2007). Görülme sıklığı 9. aydan sonra artış gösteren Tip 1 diyabet 11-15 yaş arası en yüksek seviyeye ulaşır. Başlangıç yaşı değişken olmakla birlikte, ilki 5-7 yaşında (okul çocukluğu döneminin başlaması ve enfeksiyon ajanlarla temasın artması), ikincisi ergenlik döneminde (10-14 yaş) (puberteye bağlı hormonal ve duygusal değişikliklerin artan etkisi) olmak üzere görülme sıklığı artar (Jaser ve ark, 2009; Abacı, Böber ve Büyükgebiz, 2007; Mednick ve ark, 2007; Taşçı, 2007; Sullivan-Bolyai, Deatrick, Gruppuso, Tamborlene ve Grey, 2001; Günöz ve ark, 1993). Bu tepe değerden sonra yaş ilerledikçe görülme sıklığı azalır ve 30 yaş üzerinde yeni olgu çok azdır (Turhan, 2007).

Diyabetin görülme sıklığı coğrafi bölgelere göre değişkenlik göstermektedir. Finlandiya, Kanada, ABD ve Norveç'teki yüksek görülme oranına karşılık, siyah ırk, Asya ırkı, Rusya, Güney Avrupa ve Japonya'da seyrek görülmektedir. En düşük oran, Pakistan, Kore ve Meksika'dan bildirilmiştir. (Abacı ve ark, 2007; Gürsoy, 2007; Taşçı, 2007; Weinzimer, Ahern, Doyle, Vincent, Dziura, Steffen ve Tamborlene, 2004; İmamoğlu, 2005; Bağrıaçık, 1997; Günöz ve ark, 1993). Yapılan

sıklık çalışmalarında Türkiye ise orta sıralarda yer almaktadır (Taşçı, 2007). Tip 1 diyabetin görülme sıklığındaki bu coğrafi farklılıklar sadece sosyoekonomik farklılıklardan değil, toplumların etnik özellikleri, yıllık ortalama sıcaklık ve bazı viral enfeksiyonların varlığı ile yaşam tarzı gibi çevresel faktörlerle de açıklanmaktadır (Abacı ve ark, 2007; Taşçı, 2007).

WHO' nun yaptığı çalışmalar doğrultusunda dünyadaki 177 milyon civarındaki diyabetli sayısı önümüzdeki on yılın sonunda 200 milyona ve 21. yüzyılın ilk çeyreğinde de 300 milyona ulaşması beklenmektedir (Gürsoy, 2007; Us, 2007).

Görülme sıklığı açısından kız ve erkek çocuklar arasında belirgin bir fark görülmemektedir (Gürsoy, 2007; Taşçı, 2007; Günöz ve ark, 1993).

### **1. 1. 3. DİYABETİN GELİŞİMİNDE ROL OYNAYAN FAKTÖRLER**

Tip 1 diyabetin gelişiminde rol oynayan faktörler iki ana grupta toplanabilir;

1. Genetik faktörler
2. Çevresel faktörler

1. 1. 3. 1. Genetik faktörler: Diyabetiklerin anne, baba ve kardeşlerinde diyabet sıklığının diyabetik olmayanlara oranla daha yüksek oluşu, biri diyabetik olan tek yumurta ikizlerinden diğesinde % 50'ye yakın bir olasılıkla hastalık gelişmesi, kalıtımın etkisini kanıtlayan klasik gözlemlerdir (Günöz ve ark, 1993). Son 20 yıldan bu yana tip 1 diyabetin gelişimine zemin hazırlayan genetik özelliklerle ilişkili pek çok çalışma yapılmıştır. Diyabette yatkınlığın şekli; basit genetik kuralları yani bilinen Mendel kalıtımını takip etmemekte, çok genli ve multifaktörel bir geçiş göstermektedir (Abacı ve ark, 2007; İmamoğlu, 2005; Bağrıaçık, 1993).

**Tablo 2:** Diyabetik hasta ile yakınlık derecesine göre tip 1 diyabet gelişme riski (Taşçı, 2007)

Diyabetik hasta ile yakınlık derecesi	Risk (%)
Normal bireyde diyabet riski	0.4
Diyabetli hastanın diyabetli olmayan yakını	
Anne ve baba ise	3
Çocuğu ise	6
Baba diyabetli	8
Anne diyabetli	3
Kardeş ise	5
Aynı yumurta ikizi	33
Benzer kardeş	15

**1. 1. 3. 2. Çevresel faktörler:** Diyabette bazı viral enfeksiyonlar ve gıdalarla alınan kimyasal madde etkisi gibi çevresel faktörler, otoimmün reaksiyonlara ve bunların sonucu olarak beta hücrelerinde tahribata neden olabilmektedir (Elmas, Erdoğan, Güneş, Okumuş, Paçacı, Seda ve Yılmaz, 2000). Diyabetin erken döneminde, ilk tanı konulduğu sırada bireylerin % 80 – 90’ında sitoplazmik adacık hücre antikoları ve insülin otoantikoları saptanır, ancak daha sonraki yıllarda çoğu vakalarda bu antikolar kaybolur. Eş yumurta ikizleri üzerinde yapılan çalışmalar adacık hücre antikolarının tip 1 diyabet semptomlarının belirmesinden aylar-yıllar önce ortaya çıktığını göstermiştir. Tip 1 diyabet vakalarının birçoğunun sonbahar ve ilkbahar aylarında ortaya çıktığı gözlenmiş ve bu mevsimsel değişikliklerle viral enfeksiyonların ilişkisi üzerinde durulmuştur (Günöz ve ark, 1993). Dengesiz beslenme, aşırı ve ya yetersiz beslenme de diyabet sıklığını etkiler. Enfeksiyonlar kadar, ameliyat ve anestezi stresleri, sık hamilelik, bilinçsiz ilaç kullanma da diyabet oluşumunu etkileyen çevresel faktörlerdendir (Bağrıaçık, 1993).

#### 1. 1. 4. KLİNİK BULGULAR

Çocukluk dönemindeki tip 1 diyabetin klinik gidişi, akut başlangıç, balayı (remisyon), şiddetlenme ve total diyabet evreleri olarak belirlenir. Sık idrara çıkma (poliüri), aşırı susuzluk (polidipsi), çok yemek yeme (polifaji), kilo kaybı klasik semptomlardır. Semptomlar günler, haftalar içinde gelişebilir. Genellikle bu süre bir aydan kısadır. Bazen ilk dikkati çeken bulgu idrar kontrolünü elde edinmiş bir çocukta gece yatağını ıslatma olabilir. Sık rastlanan diğer bulgular yorgunluk ve sürekli patolojik uyku durumudur (letarji). Başlangıçta belirtiler hafif olup bazen aile tarafından fark edilmeyebilir. Daha sonra metabolik bozukluk hızla ilerleyerek çocuk kusma, hava açlığı, ağızda aseton kokusu, karın ağrısı, sıvı kaybı (dehidratasyon), şuur bulanıklığı ve sonuçta koma tablosuyla kliniğe başvurabilir (Abacı ve ark, 2007; Taşçı, 2007; Küçükarslan, 2003; Günöz ve ark,1993).

Yeni tanı konmuş diyabetik çocukların birçoğunda insülin tedavisine başladıktan günler veya haftalar sonra insülin gereksiniminde azalmalar görülür. Çocuk diyabetinin balayı dönemi olarak adlandırılan bu dönem insülin salgılanmasında kısmi iyileşmeye bağlı olarak metabolik bozukluğun geçici düzelmesidir. Vakaların yaklaşık % 65'inde bu kısmi iyileşme (parsiyel remisyon) çok belirgin olur ve insülin gereksinimi 0,5 Ü/kg/günün altına iner. En düşük insülin gereksinimine tedavinin başlamasından 2–8 hafta sonra ulaşılır. Bu süre aylarca bazı vakalarda 1–2 yıl kadar uzayabilir. Az sayıda vakada bu dönemde tam remisyon olur ve insülin gereksinimi tümüyle ortadan kalkar. Bununla birlikte ailenin ve çocuğun kronik hastalık durumuna alışması açısından, psikolojik nedenlerle bu dönemde 2Ü/gün gibi hipoglisemi oluşturmayacak çok küçük insülin dozlarının verilmesi uygundur (Abacı ve ark, 2007; Elmas ve ark, 2000; Günöz ve ark, 1993).

Diyabetin ortaya çıkışından sonra ilk birkaç yıl içinde endojen insülin yapımının giderek kaybıyla klinik ve biyokimyasal bulgular şiddetlenir ve kişi total diyabet dönemine girer. Total diyabet döneminde tek bir gün dahi insülinin unutulması diyabetik bireyi hızla şeker komasına (ketoasidoz) götürebilir (Abacı ve ark, 2007; Elmas ve ark, 2000; Günöz ve ark, 1993).

### 1. 1. 5. TANI

Çocuk ve ergenlerde tip 1 diyabetin tanısı, klasik klinik semptomlar ve biyokimyasal parametrelerle konulur. İdrarda şeker bulunması (glukozüri), idrarla keton çıkarılması (ketonüri) ve hiperglisemi gibi bulgular gösteren bir hastada rastgele alınan kan örneğinde glukoz düzeyinin 200 mg/dl üzerinde saptanması tanı için yeterlidir ve oral glukoz tolerans testine (OGTT) gerek yoktur. Asemptomatik glukozürili hastalarda açlık ve beslenmeden 2 saat sonraki kan glukoz değerleri değerlendirilmeli, şüpheli vakalarda glukoz tolerans testleri yapılmalıdır. Glikolize hemoglobin (HbA1c) tayini de tanıda yardımcı olur (Gürsoy, 2007; Güven, 2007; Taşçı, 2007; Us, 2007; Malkoç, 2004; Bağrıaçık, 1997; Günöz ve ark, 1993).

*Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT):* Uygulamada testten önceki 3 gün çocuğun kalorinin en az %50-60'ı karbonhidrat olacak şekilde yüksek karbonhidratlı diyetle beslenmesi önerilir. Testten önceki gece yarısından itibaren çocuk aç bırakılır ve sabah 1.75 g/kg (maksimum 75 g) glukoz oral yoldan verilir. 3 yaştan küçüklerde 2.5 g/kg'lık doz uygulanır. Kan örnekleri glukoz öncesi ve glukoz verildikten 60, 120, 180 dakika sonra alınır. Normal kişilerde plazma glukoz değerleri açlıkta 110 mg/dl'den ve glukoz verilmesini izleyen örneklerde sırasıyla 160, 140, 130 mg/dl'den düşük olmalıdır (Gürsoy, 2007; Turhan, 2007; Günöz ve ark, 1993).

**Tablo 3:** Diyabet Tanı Kriterleri (Yüksel, 2007)

75 gr. OGTT' de 2. Saat Kan Şekeri			
Açlık Kan Şekeri	<140	140–199	>200
<110	N	BGT	DM
110–125	BAG	BGT ve BAG	DM
>126	DM	DM	DM

*N: Normal, BAG: Bozulmuş açlık glukozu, BGT: Bozulmuş glukoz toleransı, DM: Diabetes Mellitus*

*Glikolize hemogloblin (HbA1c):* HbA1c normalde total hemoglobinin % 4-6'sını teşkil eder ve kan glukozu uzun süre yüksek kalan diyabetlilerde bu değer yükselir. Glukolize hemogloblinlerin yarı ömrü, dolaşımdaki eritrositlerin yaşam süresi ile ilişkilidir. Bu nedenle glukohemogloblin, önceki 8–12 haftadaki kan glukoz durumunu yansıtır ve 4–6 arası HbA1c değeri normal kabul edilir. (Us, 2007).

**Tablo 4:** HbA1c ve Ortalama Glukoz Düzeyi (Yüksel, 2007)

HbA1c (%)	Glisemi (mg/dl)*
6	135
7	170
8	205
9	240
10	275
11	310
12	345

*\*HbA1c'nin ölçüldüğü andan 2-3 ay öncesine kadar ortalama glisemi düzeyi*

### 1. 1. 6. TEDAVİ

Tip 1 diyabet çok yönlü etkileri olan bir hastalıktır. Diyabetik çocukların tedavi izlemelerinin diyabet konusunda uzman bir pediatr, diyetisyen ve psikologdan oluşan bir ekip tarafından yapılması uygundur. Diyabetik çocuğun öğretmeni, okul



doktoru ve yakın çevresi hasta ve hastalık konusunda bilgilendirilmelidir. İyi bir kontrol ancak ailenin tümünün tedavi programı konusunda bilgili ve istekli olması ile sağlanabilir. Bu nedenle diyabetli çocuğun ve ailenin eğitimi, yaşam boyu devam eden bu hastalığın optimal tedavisi için ön koşuldur.

Tip 1 diyabetli çocuğun tedavisinde amaçlar 1) çocukta yaşına uygun bir büyüme, olgunlaşma ve psikososyal gelişimin sağlanması 2) kan şekerinin normal veya normale yakın seviyelerde tutulması, 3) oluşabilecek akut ve kronik komplikasyonların önlenmesi veya geciktirilmesi, olarak özetlenebilir.

**1. 1. 6. 1. İnsülin tedavisi:** Kan glukoz düzeyini normal sınırlar arasında tutmak diyabette tedavinin en önemli amacını oluşturur. Bu nedenle insülin, tip 1 diyabette tıbbi tedavinin temel ögesidir (Günöz ve ark, 1993). İnsülin protein yapısında bir hormon olduğundan gastro intestinal sistemden emilimi sırasında parçalanacağından ağız yolundan kullanılamaz, cilt altı yağ dokusuna enjekte edilmesi gerekir (Malkoç, 2004). İnsülinin 3 önemli fonksiyonu vardır; 1) glukozun hücre içine girişini sağlar, 2) vücutta (özellikle kas dokusunda) glukoz üretimini azaltır, 3) keton üretimini engeller (Elmas ve ark, 2000).

İnsülinler etki zamanlarına göre kısa (hızlı) etkili, orta (intermedier) etkili, uzun etkili olmak üzere üç grup altında toplanır.

**Tablo 5:** Sık Kullanılan İnsülin Formlarının Özellikleri (Elmas ve ark, 2000)

İnsülin Tipi	Etki başlangıcı	Pik değerine ulaşma	Etki süresi
Kısa	0.5 saat	2-4 saat	6-16 saat
Orta	1-2 saat	4-8 saat	14-28 saat
Uzun	4-6 saat	10-14 saat	24-36 saat

Tip 1 diyabetli çocuklarda endojen insülin salınımı olmadığı için amaç, mümkün olduğu kadar fizyolojik salınımı taklit etmektir. Çocuğun yaşı, motivasyonu, genel sağlık durumu ve tedavinin amaçları belirlenerek en uygun tedavi rejimi oluşturulmalıdır (Gürsoy, 2007; Küçükarslan, 2003). Son yıllarda çoklu doz uygulamaları ve yeni insülin uygulama yöntemleri ile fizyolojik insülin salınım ritmine daha uygun ve yemek saatlerinde oluşabilecek değişiklikleri önleyen bir tedavi sağlanmaya çalışılmaktadır. Ayrıca, oda sıcaklığında stabilitesi uzun süre bozulmayan insülinler içeren kalem tipi enjektörler veya kişiye insülini deri altına basınçla püskürten yöntemler ile tedavi kolaylıkları getirilmiştir. Ancak, çoklu doz insülin rejimleri ile kan şekerinin normal düzeylerde tutulmaya çalışılması hipoglisemi riskini arttırdığı için kişinin kan glukoz düzeyinin günde 3–5 kez kontrolü gerekir. Bu yöntem diyabetli çocuk ve ailesiyle çok sıkı ilişki gerektirir. Bu güçlüklerle karşın çoklu doz insülin rejimi ideal diyabet tedavisidir (Günöz ve ark, 1993).

**1. 1. 6. 2. Beslenme planı:** Diyabetik çocuğun besin gereksinimleri yaşlılarından farklı değildir. Uygun insülin tedavisi ve uygun beslenme düzeni ile diyabetik çocuk teorik olarak yaşına uygun büyüme ve gelişme gösterir.

Diyabetik çocuklarda uygulanan diyetle amaç şunlardır;

- Çocuğun, kalori ve proteini ayarlanmış, dengeli bir diyetle beslenmesi sağlanmalıdır.
- Her gün alınan kalorinin sabit tutulmasına çalışılmalıdır. Her öğünde yenilen yiyeceklerin tipleri ve miktarları, bir günden diğer güne, aşağı yukarı aynı olmalıdır.

- Ana ve ara öğünlerin alınımına dikkat edilmelidir. Öğünler 3 ana ve 3 ara öğün şeklinde düzenlenmeli ve her gün aynı saatlerde yenmelidir.
- Saf şeker içeren gıdaların alımı engellenmelidir. Bu tür yiyeceklerin kalorileri yüksek olmalarının yanı sıra bağırsaklarda çabuk emilerek kan şekerini hızla yükseltirler. Şekerli gıdalar yerine kompleks karbonhidrat adını da alan nişastalı yiyecekler tercih edilmelidir ki bu gıdaların daha yavaş emilmeleri kan şekerinin daha kontrollü yükselmesine yol açar.
- Kolesterol ve doymuş yağdan zengin gıdalar verilmemelidir.
- Boya göre kilonun uygun olması sağlanmalı, çocuğun kilo alması (şişmanlaması) engellenmelidir.
- Lifli (posalı) gıdaların alımı arttırılmalıdır (yulaf, kuru baklagiller, meyve, sebze, kepek, bulgur, tam buğday unu vb.).
- Fazla tuzlu gıdalar verilmemelidir. Alınan tuz miktarı tansiyonu etkileyebileceğinden alımı normal sınırlarda tutulmalıdır. Tansiyon yüksekliği hâlihazırda varsa tuz tamamen kesilmelidir.
- Fazla miktarda alımları böbrek fonksiyonları üzerinde olumsuz etki yaptığı için, aşırı protein alımı engellenmelidir.
- İnsülinin ekzojen şekilde verilmesi nedeni ile çocuğun yemek saatleri ve öğünlerde alacağı kalori miktarları bir diyetisyen tarafından düzenlenmelidir (Malkoç, 2004; Elmas ve ark, 2000; Günöz ve ark, 1993).

**1. 1. 6. 3. Egzersiz:** Egzersiz, diyabetik çocukta tedavinin önemli bir ögesini oluşturur. Her yemekten sonra yapılacak 15 dakika süreli egzersiz hiperglisemiye kontrol altına almada yardımcı olur.

Egzersiz;

- Hastanın kendini iyi hissetmesine yardımcı olur.
- Dokuların insüline duyarlılığını artırır.
- Kilonun kan basıncının ve kan yağ düzeylerinin normal sınırlarda tutulmasına yardımcı olur.
- Periferik dolaşımın düzenlenmesini sağlar.
- HDL kolesterolü arttırıcı etkisi vardır.

Diyabetik hasta amatör veya profesyonel anlamda, ağır ve uzun süreli egzersizleri de yapabilir (Gürsoy, 2007; Us, 2007; Turhan, 2007; İmamoğlu, 2005; Malkoç, 2004; Küçükarslan, 2003; Elmas ve ark, 2000; Günöz ve ark, 1993).

**1. 1. 6. 4. Eğitim:** Diyabetik çocuğun ve yakınlarının eğitimi diyabetiklilerin geleceğinin en büyük güvencesidir. Bu nedenle diyabetli çocuk ve yakınları diyabetin tüm özelliklerini bilmelidir. Diyabetli çocuğun tanısı konulduktan sonra diyabetin tedavisi ve izlenmesi konusunda eğitim başlatılmalı, insülin tipleri, etki zamanları, enjeksiyon yöntemi, hipo ve hipergliseminin klinik bulguları, doz değiştirme kuralları, evde kan glukozu ölçümü, beslenme özellikleri, beslenme zamanları, kalori gereksinimi, besin değişim tabloları, egzersizin önemi, egzersiz öncesi ve sonrası önlemler gibi konularda giderek yoğunluk kazanan bir eğitim programı uygulanmalıdır (Günöz ve ark, 1993).

**1. 1. 6. 5. Stres Kontrolü:** Diyabetik çocuklarda stresin önlenmesi, kan glukoz düzeyinin normal sınırlarda tutulması için oldukça önemlidir. Çünkü stres hormonları, kan glukozunun yükselmesine neden olurlar. Kronik duygusal stresler ise insülin enjeksiyonlarının atlanmasına ve kişinin uyumunun azalmasına neden olur ( Güven, 2007; Elmas ve ark, 2000).

### **1. 1. 7. DİYABETİN KOMPLİKASYONLARI**

Diyabette çocukluk yaşlarında görülen komplikasyonların birçoğu iyi bir izleme ile önlenebilen metabolik bozukluklardır. Komplikasyonlar genel olarak akut ve kronik olarak iki grupta incelenir. Akut komplikasyonlar, özellikle insülin gereksinimi bir günden diğerine büyük değişiklikler gösteren diyabetiklerde (“brittle” diyabet) ani olarak ortaya çıkabilir. Kronik komplikasyonlar ise çocukluk çağında nadirdir ve genellikle diyabetin başlangıcından 10–20 yıl sonra ortaya çıkar (Günöz ve ark, 1993).

#### **1. 1. 7. 1. Akut Komplikasyonlar:**

**Hipoglisemi:** İnsülin almakta olan tip 1 diyabetlilerde hipoglisemi, diyabetin en sık görülen komplikasyonudur. Kan şekeri değerinin 70 mg/dl’ nin altına düşmesi durumudur. Hipogliseminin en sık görülen semptomları; açlık hissi, halsizlik, terleme, baş dönmesi, sersemlik hissi, baş ağrısı, davranış değişiklikleri olarak özetlenebilir. Eğer diyabetik çocuklarda hipoglisemi semptomları ortaya çıkarsa, hemen basit şekerler (çay şekeri, meyve suyu gibi) verilerek tedavi edilmelidir. Tedavi edilmezse bilinç bulanıklığı ve bilinç kaybı görülür. Uzun süreli tedavi edilmeyen hipoglisemiye bağlı olarak beyin hasarı ve ölüm de görülebilir ( Taşçı, 2007; Malkoç, 2004; Elmas ve ark, 2000).

***Ketonüri ve Ketoasidoz:*** Diyabetik bireylerde belirgin insülin eksikliği ile beraber, antiinsüliner hormon düzeylerinde artış olması, alternatif bir yakıt kaynağı olarak yağların kullanılmasına neden olur. Yağ asitlerinin keton cisimciklerine dönüşmesi sonucunda diyabetik ketoasidoz (DKA) meydana gelir. DKA genellikle tanı almamış diyabetiklerde ilk bulgu olarak veya diyabet eğitimi almamış ailelerin diyabetik çocuklarında görülür (İmamoğlu, 2005; Elmas ve ark, 2000).

### **1. 1. 7. 2. Kronik Komplikasyonlar:**

***Retinopati:*** Normal popülasyona göre diyabetik bireyler 29 kez daha fazla görme yeteneğini kaybetme riski taşımaktadırlar. 30 yaşın altında tanı almış tip 1 diyabetlilerin % 3.6'sında ve diyabet süresi 30 yılı aşmış olanların % 12'sinde retinopatiye bağlı körlük görülmektedir (Taşçı, 2007; İmamoğlu, 2005).

***Nefropati:*** İnsüline bağımlı diyabetlilerin % 30-40'ında nefropati görülmektedir. Bu hastaların çoğunluğunda klinik nefropati geliştikten sonraki 10 yıl içerisinde böbrek yetmezliği oluşmaktadır. Çocuk ve ergen tip 1 diyabetlilerde çok nadir görülür. Yapılan çalışmalarda iyi bir metabolik kontrolle diyabetik nefropatinin azaltılabileceği düşünülmüştür (Taşçı, 2007; İmamoğlu, 2005).

***Nöropati:*** İnsüline bağımlı diyabetin sık görülen komplikasyonlarından olup en erken bulgularından biri sinir ileti hızında yavaşlamadır. Erişkin diyabetiklilerin yaklaşık % 50'sinde görülen diyabetik nöropati, çocukluk ve ergenlik döneminde nadir görülen bir komplikasyondur (Taşçı, 2007; İmamoğlu, 2005).

## 1. 2. AİLE

### 1.2.1. TANIM

Toplumun en küçük birimi olan aile, insan yaşamında çok önemli bir yeri olan ve aynı anda pek çok farklı işlevi olan bir kurumdur. Kavram olarak geniş bir yelpazeye sahip olan ailenin farklı tanımları vardır. Nirun (1994)'a göre, üyeleri arasındaki ilişkiler ve etkileşim yönünden sosyal bir grup; sosyal ve ekonomik yönden bir birlik; sosyal yaşamın temel göstergelerinden biri olarak bir örgüt; üyelerinin ihtiyaçlarının karşılanması ve yürütülmesinde sistematik kuralları bulunan sosyal bir grup olarak tanımlanabilmektedir.

Şahinkaya (1990)' ya göre ise aile; evlenme, kan ve evlat edinme bağları ile birbirine bağlanmış, aynı evde oturan, aynı geliri paylaşan ve oynadıkları roller çerçevesinde birbirlerini etkileyerek, meydana getirdikleri belirli görgüyü nesilden nesle devam ettiren insanların topluluğudur.

Özgüven (2001)' in Türk toplumunda aile tanımı ise şu şekildedir; evlilik bağıyla başlayan, akrabalık ve sosyal bağlarla birbirine bağlanan, çeşitli rollere sahip, birbirlerini etkileyen, çoğunlukla aynı evde yaşayan fertlerden oluşan, üyelerinin cinsel, psikolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik ihtiyaçlarını karşılayan, yaşanılan topluma uyum sağlayan, toplumun temel bir birimi olarak tanımlanmaktadır (aktaran Özatça, 2009).

Toplumun en küçük birimi olan ailenin, insan yaşamında önemli bir yeri vardır. Kişilerin beden ve ruh sağlığı için gerekli olan sevgi, şefkat, yakın ilgi ve bakım bulabilecekleri en doğal ortam aile ortamıdır. Bireyin yaşamından doyum sağlaması, aile işlevlerini etkili bir biçimde yerine getirmesi ve yaşadığı topluma

uygun bir kişi olarak yetişmesi öncelikle aile çevresinde sağlanmaktadır. Günümüzde aile toplumun temelini oluşturan sosyal bir kurum olma özelliğini devam ettirmekte ve önemle üzerinde durulan bir konuyu oluşturmaktadır. Aile üyeleri arasında etkileşimin özelliği aile üyelerinin tek tek sağlıklarına etki ettiği gibi, bir üyenin sağlıksız olması da tüm ailede bazı sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Bulut, 1990).

### 1.2.2. AİLENİN İŞLEVLERİ

Çelebi (2003)' ye göre ailenin toplumdaki diğer kurumlar gibi kendisine yön ve biçim veren toplum için çeşitli işlevleri vardır.

**Biyolojik İşlevi:** Bu görevle ailenin varlığı korunmakta ve neslin devamı sağlanmaktadır.

**Ekonomik İşlevi:** Bir ekonomik üretim birimi olan geleneksel ailelerin, endüstrileşmeyle birlikte bu özelliklerini yitirdikleri, bir üretim birimi olmaktan çıkarak bir tüketim birimi haline dönüştükleri görülmektedir. Ancak ailenin bir üretim birimi olma özelliğini kaybetmesine karşın, ekonomik bakımdan etkin olmayan bireylerin geçimini sağlama işlevini sürdürdüğü yaygın biçimde gözlenmektedir.

**Koruyuculuk İşlevi:** Kişinin koruma işlevini aile üstlenmiştir. Bu bağlamda hem maddi hem de manevi anlamda koruma işlevi görür.

**Psikolojik İşlevi:** Aile üyelerinin birbirlerine karşı bir bağ geliştirmelerini sağlar. Gerek eşler, gerek çocuklar ve gerekse ailedeki diğer üyeler arasında sevgi bağının korunması ve güven hissinin oluşumunu yani aile üyeleri arasında sevgi ve saygıyı, bireylerin psikolojik doyumunu sağlamaktır.



**Toplumsallaştırma İşlevi:** Çocuğun ilk toplumsal etkileşimi ve ilk öğrenmeleri aile içinde başlar. Çocuk ana dilini, cinsel kimliğini, değer yargılarını, temizlik alışkanlıklarını, beslenmeyi, giyinmeyi ve bunlarla ilişkin beğenileri aile içinde alır.

**Eğitim İşlevi:** Eğitim ve öğretim tamamen ailenin sorumluluğundadır. Her türlü eğitim aile içinde verilir.

**Saygınlık İşlevi:** Aile üyeleri toplumsal statülerini ailelerinden alırlar (aktaran Akıncı, 2007).

Tüm toplumlar aileye idealize edilen ve toplumca üstlenmesi beklenen işlevlerden dolayı önem vermektedir. Buna göre, işlevlerini beklenen düzeyde yerine getirebilen fonksiyonel aile sağlıklı, çeşitli nedenlerle üstlendiği ve beklenen işlevleri yerine getiremeyen aile sağlıksız olarak değerlendirilebilmektedir (Akıncı, 2007; Özatça, 2009; Günsel, 2010).

### **1.2.2.1. Sağlıklı Ailelerin Nitelikleri**

Sağlıklı aileler fonksiyonlarını çok iyi yerine getirirler. Frude (1991)'e göre üyeler, aile iletişiminden memnundur ve psikolojik olarak sağlıklıdır. Çok az çatışma vardır, gelişimsel değişikliklere çok kolay ve başarılı bir biçimde uyum sağlarlar, stresli olaylarla çok iyi baş edebilirler. Bu ailelere “sağlıklı”, “iyi işlevsel”, “güçlü” veya “optimal” denilir. Bu ailelerin hiçbir zaman sorunla karşılaşmayacağını söylemek doğru olmaz. Bu aileler bir kriz karşısında çabucak kendilerini toparlayabilirler. Aile sisteminde çok az problem olur ve bütün normal şartlarda fonksiyonlarını iyi yerine getirirler (aktaran Özatça,2009).

Frude, sağlıklı ailenin özelliklerini Őyle sıralamıştır:

- Aile yeleri birlikte olmaktan zevk alırlar, birbirlerini destekler ve cesaret verirler.
- Kendilerinin ve diğerlerinin subjektif görüşlerine saygı duyarlar.
- Birbirleriyle açık bir iletişim içindedirler.
- Genellikle aile yeleri iş bitiricidir, iş yapmaktan kaçınmazlar.
- Anne-baba için evlilik birinci derecede, ebeveynlik de ikinci derecede doyum kaynağıdır. Evlilik ilişkilerinde meydana gelen bozukluk, sorumlu ebeveyni de etkiler.
- Aile yeleri birbirlerine yakın olmakla beraber, kişisel farklılıklara saygı duyarlar.
- Kişiler arasında kendiliğinden oluşan bir etkileşim vardır. Katı kurallar koymaktan ziyade yeni deneyimlere açıktırlar.
- Davranışlar ve arzuların kontrolünden çok her konuda fikir alışverişi vardır. Otorite, aşırı kontrol ve üstünlük yoktur (aktaran Günsel, 2010).

Ebert Stinnett ve Defain sağlıklı ailenin fonksiyonlarını Őyle sıralamaktadırlar:

*Duyguları paylaşma:* Aile yelerinin birbirlerine karşı olumlu ve olumsuz duygularını açıkça ifade etme özgürlükleri vardır.

*Duyguları anlama:* Her aile yesi, diğer aile yeleri tarafından anlaşıldığı duygusunu taşır.

*Bireysel farklılıkları kabullenme:* Aile üyelerinin bireysel farklılıkları hoşgörölü karşılanır ve bütün aile üyeleri kendi potansiyellerini geliştirebilmeleri için cesaretlendirilir, onlara destek olunur.

*İlgi ve sevgi duygularının gelişimi:* Aile üyeleri, ilgi ve sevgiyle etkileşimde bulunurlar. Bu durum, aile üyelerinin değerli oldukları duygusunu ve aileye ait olma duygusunu destekler.

*İşbirliği:* Her aile üyesi, ailenin fonksiyonlarını etkili bir şekilde yerine getirmek için işbirliği yapmaya gönüllüdür.

*Mizah duygusu:* Aile üyeleri ailedeki olaylarla ilgili olarak şakalaşma ve espri yapma yeteneğine sahiptirler.

*Temel gereksinimleri karşılama:* Yaşam için gerekli olan yiyecek, giyecek ve barınma gibi temel ihtiyaçların sağlanması.

*Problem çözme:* Sorunlar genellikle demokratik şekilde çözölür.

*Geniş bir felsefi düşünce:* Aile hayatının temelini oluşturan bir değerler sistemi vardır.

*Taahhüt:* Aile bireyleri birbirlerinin rahatı, huzuru için taahhüt ederler.

*Takdir duygularını ifade etme:* Aile üyeleri düzenli olarak birbirlerini takdir ederler.

*İletişim:* Aile üyelerinin arasında iyi iletişim kalıpları kurulur.

*Birlikte zaman geçirme:* Aile üyeleri olumlu ilişkiler ve aile birliği duygusunu geliştirmek için birlikte vakit geçirirler.

*Maneviyat:* Aile üyeleri kendi maneviyatlarından güç alırlar.

*Başa çıkma becerileri:* Aile sorunlarını çözmeye çalışırken gerekli olan baş etme becerilerine sahiptir.

Belirtilen bu niteliklerinin tümünün aile bireylerini geliştirmek, ailede dengeli ve sağlıklı bir yaşam sağlamak için olumlu bir ortam yarattığı ileri sürülmektedir (aktaran Özatça, 2009).

Sağlıklı ailede her bireyin kendine özgü bir kişiliği olduğu bilinir ve kabul edilir. Ailenin ortak yaşantısı dışında her bireyin farklı uğraşları ve işleri vardır. Sağlıklı ailenin içyapısında ve işleyişinde esneklik bulunur. Bireyler arasında özellikle anne-baba ve çocuklar arasında sağlıklı bir iletişim vardır. Herkesin hem mekânsal hem de psiko-sosyal yönden bir yeri vardır. Sağlıklı ailede koşulsuz sevgi bulunmaktadır (Akıncı, 2007).

#### **1.2.2.2. Sağlıksız Ailenin Nitelikleri**

Sağlıksız ailelerde her bireyin kendine özgü bir kişiliği olduğu; kapasitesi, yetenekleri ve ilgileri yönünden farklı olabileceği; gelişiminin ve yönlendirilmesinin bu doğrultuda olması gerektiği bilinmez ve kabul edilmez. Bu nedenle önceden belirlenmiş kalıplar içine sokulmaya çalışılır. Aile içi ilişkilerde karşılaşılan sorunlar, aile yapısının ve görevlerin netleşmemesinden kaynaklanmaktadır (Akıncı, 2007; Özatça, 2009).

Beavers, Hampson ve Hulgus (1986)'a göre sağlıksız ailelerde şu özellikler gözlenir:

- Üyeler karşılıklı iletişime kapalıdır. Dolaylı ilişkiler içindedirler. Kesin ve açık değildir.

- Genellikle üyelerde egoizm hâkimdir. Bu da önce yalnızlık, sonra da buna bağlı olarak ümitsizlik yaratır.
- Kişiler karşısındakilere onların beklediği şekilde davranır. Böylece birbirlerinin gerçek özelliklerini bilemezler.
- Üyeler duygusal sorunlarını birbirlerinden saklamak için büyük güç sarf ederler.
- Sahte davranışlar oluşur. Kişi gerçek ihtiyaçlarını zayıf ya da güçlü görünerek saklama yoluna gider (aktaran Günsel, 2010).

Frude (1991)'e göre ailenin rolleri çok zayıf veya belirsiz olduğu için sağlıklı olabilir. Bazı üyeler rollerini veya görevlerini çok az yerine getirirler ki bu da ailede sorunlara neden olur. Bazı ailelerde de, roller arasındaki koordinasyon az olabilir veya üyelerin kendilerinden beklenen rollerini yerine getirirken çatışma yaşayabilirler. Eğer aile sisteminde çok az esneklik varsa bu ailenin yeniden onarımı için hayati bir rol üstlenebilir. Katı aile sisteminde ise yeniden onarım için zorluklar yaşanabilir (aktaran Özatça 2009).

### **1.2.3. AİLEDE DİYABET HASTASI ÇOCUĞUN VARLIĞI**

Ailede diyabet gibi kronik hastalığa sahip bir çocuğun bulunması, tüm aileyi ve ailenin döngüsünü etkilemektedir. Çocuğun kronik bir hastalığa sahip olması, aile üyelerinin ciddi düzeyde stres yaşamasına neden olur. Hasta çocuğu olan anne-babalar, çocuklarının bakımı ve idaresi için farklı taleplerle karşı karşıyadır. Çocuğun hastalığının seyri, ailenin yaşamına etki eder ve yeni duruma uyum yapmayı zorunlu kılar. Sosyal desteğin ve aile doyumunun azalması, iletişim güçlüklerini arttırabildiği gibi; maddi zorlukların olması, organizasyon bozuklukların yaşanmasına yol açabilir. Ayrıca diyabet gibi kronik bir hastalığın varlığı, ailenin

yaşam stillerini ve aile üyelerinin birbirleriyle ilişkisini değiştirebilir. Tüm bunlar, aile ve aile üyeleri üzerinde doğrudan veya dolaylı etkide bulunur (Karakavak ve Çırak, 2006).

Çocukluk ve adolesans döneminde görülen diyabet sıklıkla insüline bağımlı diyabet tipidir. Her kronik hastalıkta olduğu gibi, diyabette de çocukta ve ailesinde çeşitli psikososyal sorunlara rastlanır. Bunların bir kısmı diyabet hastalığına ve tedavisine özgü nedenlere bağlıdır (Rosenbloom, 1996). İnsüline bağımlı diyabetin tedavisi günde en az iki olmak üzere ideal olarak dört kez insülin enjeksiyonunu gerektirir. Kısa ve orta etkili insülinin belirli bir sıra ve düzende, anne baba veya 11-12 yaşlarından sonra diyabetli çocuk tarafından derialtına yapılması gerekir. Bu, belirli bir eğitim süreci gerektirdiği gibi özellikle anne için “iğne yaparak çocuğunun canını acıtması gibi” duygusal nedenlerle zor gelebilir. Bunun yanı sıra, günde 3-4 hatta bazen daha sık olarak kan şekeri ölçülmesi gerekmektedir. Kan şekeri ölçümü parmak delinerek alınan kanda yapılmaktadır. Her seferinde parmak delinmesi, ne çok az ne çok fazla olması gereken bir damla kanın kan şekeri ölçme aletine konması ve sonucunun okunması, aletin belirli aralıklarla kalibrasyonu yine eğitim gerektirir (Darendeliler ve ark, 1993).

İnsüline bağımlı diyabet tedavisinin bir diğer önemli ögesi beslenmenin düzenlenmesidir. Diyabetli bir çocuk bazı kısıtlamaların dışında sağlıklı bir çocuk gibi beslenir denilse de, öğünlerin belirli saatlerde aksatılmadan düzenli olarak ve belirli miktarlarda tüketilmesi gerekmektedir. Açlık hissi olmasa da diyabetlinin saati geldiğinde yemek yemesi gerekmektedir. Tedavinin bir diğer ögesi egzersiz ve spordur. Uzun süreli egzersiz ve spor insülin gereksinimini azaltır ve daha iyi bir metabolik kontrol sağlanmasına neden olur ancak egzersizin belirli zamanlarda

(öğünden tercihen 1 saat sonra) yapılması gerekir. Uygunsuz zamanda yapılan egzersiz kan şekerinin aşırı düşmesine veya yükselmesine neden olabilir (Darendeliler ve ark, 1993).

Diyabetin günlük izlenimi sırasında hipoglisemi veya hiperglisemi gibi akut metabolik komplikasyonlar görülebilir. Hastanın ve ailesinin erken önlem alabilmesi için her şeyden önce bu metabolik etkilerin bulgularını tanımak zorundadır. Özellikle kan şekerinin düşmesi ani şuur kaybına neden olabilir. Gece uykuda hipogliseminin oluşma olasılığı ve fark edilmemesi korkusu gerek çocuk gerekse ailesi için çok korkulan bir durumdur. Diyabetle ilgili belirti ve bulguların tanınması ve yorumunun hasta ve ailesine öğretilmesi gerekir. Ancak bu durum bazen diyabetle ilgili olmayan bulguların da diyabete bağlanmasına ve sürekli bir endişeye neden olmaktadır.

Diyabetin tedavisinin en önemli parçası sürekli eğitim yolu ile hastaya bilgi ve beceri verilmesi ve pekiştirilmesidir. Amaç hastanın diyabetle yaşamayı öğrenmesi ve kendi kendine yetmesidir. İnsülin dozlarını kan şeker düzeyine göre değiştirebilmesi ve kan şekerini normal sınırlarda tutmayı öğrenmesi gerekir. Günümüzdeki çalışmalar iyi bir metabolik kontrolün diyabete bağlı gelişecek körlük, böbrek yetmezliği gibi bazı ileri komplikasyonların geciktirilebileceğini ve ortaya çıkışının önlenilebileceğini ortaya koymuştur. Bu gerçeğin bilinmesi hasta için bir baskı oluşturmaktadır. Bunların dışında çocuklarda hipoglisemi ataklarına bağlı öğrenme bozuklukları ve okul başarısızlığı gibi çeşitli yan etkiler görülebilir. Hastalığın kalıtsal yönü gerek ailenin diğer çocukları arasında gerekse diyabetik çocuğun ilerde kendi çocuklarında hastalık görülme olasılığının daha fazla olması anlamına gelmekte ve endişe yaratmaktadır. Ancak hastalığın ortaya çıkışını

tetikleyen çevresel etkenlerin de tam bilinmemekte olması da endişe yaratan bir başka durum olarak değerlendirilebilir.

Diyabetli bir çocuk tüm ailenin yaşam biçimini değiştirmektedir. Tüm iyi uygulamalara karşın araya giren basit enfeksiyon veya stres gibi durumlar nedeniyle hastanın kan şekeri oynamalar gösterebilir ve bu da çocuk ve ailesi için oldukça yıpratıcı olabilir.

Diyabetin kendine özgü sorunları dışında kronik hastalığın getirdiği diğer bazı sorunlar olabilir. 3-6 ay ara ile hastanede muayene ve kontrolün ve belirli aralarla kan tahlillerinin yapılması, bazı durumlarda hastanede yatma ve bütün bunların neden olduğu okul devamsızlığı ve başarının düşmesi gibi (Darendeliler, 1999).

Diyabetin tedavisinin birinci amacı iyi bir metabolik kontrolün sağlanması, ikincisi ise hastanın diyabetle yaşamayı öğrenmesidir. Bu amaçların sağlanabilmesi sürekli eğitimle gerçekleşir. Eğitimi verecek olanlar ise doktor, hemşire, diyet uzmanı ve psikologdan oluşan bir ekiptir. Aslında hasta ve ailesi esas günlük tedavi edici doktor; doktor ve ekibi ise danışılan uzmanlar olmalıdır (Recker, 1996).

Çocukla ilgili sorumlulukları büyük oranda yüklenen anneler, kronik hastalığa sahip bir çocuğun olması durumundan daha çok etkilenmektedirler. Annenin yaşamış olduğu güçlükler, annenin ilgisinin, zamanının ve enerjisinin çoğunu diyabetli çocuğuna vermek zorunda kalması, çocuğun bakımı için gerekli olan zaman, enerji, para gibi gereksinimlerin karşılanmasında zorluk yaşaması, annenin diğer aile bireylerine göre daha fazla yorulmasına neden olabilmektedir (Sarıhan, 2007).



### **1. 3. KAYGI**

#### **1. 3. 1. TANIM**

Kaygı, hoş olmayan heyecansal endişe ve sıkıntı hali olup, benliğin kendini tehdit altında hissettiği bir gerilim ve duygulanım olarak tanımlanır (Karaman, 2008; Turhan, 2007; Us, 2007; Cüceloğlu, 2006; Canbaz, 2001; Tosun, 1998). Türk Dil Kurumu sözlüğünde ise “üzüntü, endişe duyulan düşünce, tasa” anlamındadır (TDK, 2011). Gelişim boyunca normal sayılan kaygı, aynı zamanda evrensel bir duygudur ve hem korunmada hem de kişinin uyumunda önemli bir rol oynar ( Karaman, 2008; Turhan, 2007; Us, 2007; Cüceloğlu, 2006; Canbaz, 2001).

#### **1. 3. 2. KAYGININ BELİRTİLERİ**

Kaygı, bireylerde pek çok değişikliklere yol açmaktadır. Bireyin kaygısını ve düzeyini belirleme açısından ipuçları oluşturan bu belirtiler dört grupta incelenir.

**1. 3. 2. 1. Bilişsel Belirtiler:** Aklın sinsi bulanık olması, çevredeki nesnelere uzakmış gibi ya da bulanık görme, aşırı uyanıklık hali, kendini aşırı gözleme, çevrenin olduğundan farklı ve gerçek dışı görülmesi, önemli şeyleri hatırlayamama, düşünceyi kontrol edememe, konsantrasyon güçlüğü, dikkat dağınıklığı, düşüncede duraksamalar, bloklar, objektif düşünme güçlüğü, nedenselleştirme güçlüğü, kontrolü yitirme duygusu, başkalarınca olumsuz değerlendirilebileceği korkusu, yineleyici korkulu düşünceler, bilişsel sapmalar (Turhan, 2007; Us, 2007; Işık ve Taner, 2006; Karaman, 2008).

**1. 3. 2. 2. Duygusal Belirtiler:** Korku, endişe, dehşet duygusu, tedirginlik, alarm durumuna geçme, gerginlik, sinirlilik, çaresizlik (Us, 2007; Turhan, 2007; Işık ve Taner, 2006; Canbaz, 2001).

**1. 3. 2. 3. Davranışsal Belirtiler:** Kaçma, kaçınma, huzursuzluk, olduğu yerde hareketsiz donup kalma, davranışlarda sınırlama (inhibisyon), konuşma akışında bozukluk, koordinasyon bozukluğu (Us, 2007; Turhan, 2007; Işık ve Taner, 2006).

**1. 3. 2. 4. Fizyolojik Belirtiler:** Bunlar genelde organizmanın kendini korumaya yönelik bir savunma durumu içine girdiğini gösterir. Çarpıntı, kalp hızında artma, kan basıncı değişiklikleri, bayılma hissi, gerçek bayılma, yüz kızarması, aritmi, derin soluma, nefes darlığı, kesik soluma, boğazda düğümlenme, bronşiyal spazm, kaslarda gerginlik, reflekslerde artma, yorgunluk hissi, çabuk yorulma, ağrılar, karında huzursuzluk, spazm, bulantı, kusma, ishal, yutma güçlüğü, ağızda kuruma ya da sulanma, iştah değişiklikleri, uykuya dalmada güçlük, uykusuzluk, huzursuz uyku, cinsel isteksizlik, sık idrara çıkma, yaygın terleme, kaşınma krizleri, sıcak ve soğuk basma nöbetleri gibi belirtiler normalde zaman zaman hepimizde yaşanan olaylardır. Dikkat edilirse, çoğu ya normal işlevlerin abartılı hale gelmiş şekli ya da normal işlevlerdeki baskılanmalardır (Karaman, 2008; Us, 2007; Turhan, 2007; Işık ve Taner, 2006; Canbaz, 2001).

### **1. 3. 3. KAYGI TİPLERİ**

**1. 3. 3. 1. Normal Kaygı:** İnsanda doğuştan itibaren var olan ve belirli düzeye kadar sağlıklı, yaşanması gereken bir duygu durumudur. Çünkü kişinin kendini geliştirmesine, başarılı olabilmek için daha aktif olarak çalışmasına, daha üretici olmasına yol açar (Turhan, 2007; Us, 2007; Işık ve Taner, 2006; Canbaz, 2001).

**1. 3. 3. 2. Patolojik Kaygı:** Burada yaşanan kaygı artık belli eşiği aşmış kişiyi olumsuz biçimde etkilemeye, günlük yaşamını bozmaya yani ona zarar vermeye başlamıştır. İzdırıp verici bir durumdur. Çoğu zaman tedavisi gereklidir (Turhan, 2007; Us, 2007; Işık ve Taner, 2006; Canbaz, 2001).

### 1. 3. 4. DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI

Spielberger'in iki faktörlü kuramında, kaygı kavramı durumluk ve sürekli kaygı olarak ikiye ayrılır (Öner ve Le-Compte, 1983).

**1. 3. 4. 1. Durumluk Kaygı (A-State):** kişilerin özel durumları tehdit edici olarak yorumlaması sonucu oluşan duygusal tepkidir veya bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Durumluk kaygının şiddeti ve süresi, algılanan tehdidin miktarı ve kişinin tehlikeli durum yorumunun kalıcılığıyla ilişkilidir. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur (Karaman, 2008; Canbaz, 2001; Öner ve Le-Compte, 1983).

**1. 3. 4. 2. Sürekli Kaygı (A- Trait):** Bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Buna, kişinin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama ya da stres olarak yorumlama eğilimi de denebilir. Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu kaygı türü içten kaynaklanır. Objektif kriterlere göre zararsız olan durumların birey tarafından tehlikeli ve özünü tehdit edici (küçültücü) olarak algılaması sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusudur. Bir kişilik özelliği olup, genellikle kişi huzursuz ve mutsuzdur. Bu tür kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa büründükleri görünmektedir. Bu bireyler durumluk kaygıyı da diğerlerinden daha sık ve yoğun bir şekilde yaşamaktadırlar (Karaman, 2008; Canbaz, 2001; Öner ve Le-Compte, 1983).

## **1. 4. KONU İLE İLGİLİ YAPILAN BAZI ARAŞTIRMALAR**

Bu bölümde, araştırmanın konusu ve alt problemleriyle ilgili yurt dışında ve ülkemizde yapılan bazı araştırmalar “Diyabetli çocuğu olan annelerin aile işlevleri” ve “Diyabetli çocuğu olan annelerin kaygı durumları” olmak üzere iki kısımda kronolojik sırayla verilmektedir.

### **1.4.1. DİYABETLİ ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN AİLE İŞLEVLERİ KONUSUNDA YAPILAN BAZI ARAŞTIRMALAR**

Özşenol, Işıkhan, Ünay, Aydın, Akın ve Gökçay (2003), engelli çocuğa sahip ailelerin aile işlevlerine etkide bulunan değişkenlerin belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında 145 engelli çocuk ailesiyle çalışmışlardır. Anket formu ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) veri toplama amacıyla uygulanmıştır. Araştırma sonucuna göre, çocuğun engelinden dolayı kendini suçlama durumunun, annelerin ADÖ’ nün altı alt boyutunu kapsayan genel fonksiyonlara etkide bulunduğu saptanmıştır. Ayrıca, çocuğun engelinden dolayı yakın çevrenin kendisinden uzaklaşacağını düşünen annelerin, ölçeğin roller fonksiyonu alt boyutuna da etki ettiği görülmüştür.

Serinol (2004), kronik hastalığı olan çocuk ve ailelerin psikososyal sorunlarını incelediği tezinde, 8–18 yaş arası 27 astım ve 30 orak hücreli anemi hastası ve ailesiyle çalışmıştır. Araştırmacının kendi tarafından hazırlanan anket formuyla elde ettiği veriler sonucunda, ailelerin %86’sının ev yaşantısı, % 70.2’ sinin eşler arasındaki ilişkilerinin etkilendiği belirlenmiştir. Sonuç olarak kronik hastalığın hasta ve ailesinin yaşamını olumsuz etkilediği görülmüştür.

Sarihan (2007), engelli çocuğa sahip olan ve olmayan annelerin aile işlevlerini algılamaları ile yalnızlık düzeylerini incelemek amacıyla yaptığı araştırmasında, 100 engelli çocuğu olan ve 100 sağlıklı çocuğu olan gönüllü annelerle çalışmıştır. Araştırmada gerekli bilgileri toplayabilmek için genel bilgi formu, ADÖ ve UCLA Yalnızlık Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, engelli çocuğa sahip olan ve olmayan annelerin öğrenim durumlarına, çocuk sayılarına, sosyal güvencelerine, çocuğuna yeterli zaman ayırma durumlarına, engelli çocuğa sahip annelerin ise çocuğun engelli olduğunu öğrenme şekline, söyleyen kişiye, çocuğun engelli olduğunu öğrendikten sonra neler hissettiklerine göre ADÖ alt boyutlarından aldıkları ortalamalar arasındaki farklılığın anlamlı olduğu bulunmuştur.

Akıncı (2007), engelli çocuğa sahip olan ve olmayan babaların aile işlevlerini algılamaları ile sosyal uyum düzeylerini incelemek amacıyla yaptığı araştırmasında, 100 engelli çocuğu olan ve 100 sağlıklı çocuğu olan gönüllü babalarla çalışmıştır. Araştırmada çocuk, baba ve aile hakkında gerekli bilgileri toplayabilmek için bilgi formu, ADÖ ve Hacettepe Kişilik Envanteri'nin Sosyal Uyum Alt testi kullanılmıştır. Araştırma sonucunda engelli çocuğu olan ve olmayan babalar arasında aile içi ilişkileri değerlendirme biçimleri bakımından ADÖ alt boyutlarında babanın yaşına göre anlamlı bir fark olmadığı belirlenirken, ADÖ alt boyutlarında öğrenim durumu, sosyal güvence, çocuk sayısı, cinsiyet, çocuğun yaşı ve çocuğuna yeterli zaman ayırabilme durumunun anlamlı farklılık yarattığı bulunmuştur. Babaların sosyal uyum düzeyleri arttıķa aile işlevlerini sağlıklı algılamaları da artmaktadır.

Branstetter, Domian, Williams, Graff ve Piamjariyakul (2008), kronik hastalığı bulunan çocukların ailelerindeki iletişim temalarını araştırdıkları çalışmasında, hem kronik hastalığı olan hem de sağlıklı çocukları bulunan 30 aile ile çalışmışlardır. Kansere, kistik fibroz, diyabet, spina bífida ve gelişimsel bozuklukları olan çocukların aileleriyle yapılan araştırma bulgularına göre, kronik hastalığa sahip çocuğun aileye getirdiği stres ve sorumluluk sebebiyle aile içi iletişim; aile içi ilişkiler ve roller; iletişim şekilleri ve tüm aile fonksiyonları olumsuz etkilenmektedir.

Dashiff, Vance, Abdullatif ve Wallenders (2008) yaptıkları çalışmalarında, Tip 1 diyabetli ergenlerde; anne ve ergen arasındaki gelişimsel çatışmaları, annenin ayrılık anksiyetesini, annenin ergenin özerkliğini engellediği durumları ve ergenin öz bakım becerilerini araştırmış ve bu çalışmada diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin kaygı ve korkularının, çocuklarının özerklik geliştirmesini teşvik etmede olumsuz rol oynadığını belirtmişlerdir. Oysaki özerklik geliştirmesinin diyabetli ergenin etkili öz bakımı için gerekli olduğunu da ortaya koymuşlardır. Annelerin çocuk bakımında ön planda olmasının onların bu süreçte çok daha fazla rol oynadığı da belirtilmiştir.

Mete (2008), kronik hastalık ve depresyon ilişkisini araştırdığı çalışmasında ruhsal durum ve diyabetin iki yönlü etkileşim içinde bulunduğunu belirtirken, diyabet gibi bir kronik hastalığın varlığının hastanın ailesinde de krize neden olduğunu ortaya koymuştur. Araştırmaya göre, dengeli ilişkilerin, iş birliğinin olduğu, çatışmaların az, rollerin belli olduğu sağlıklı ailelerde hastalığa uyum daha kolaydır. Buna karşılık aşırı koruyucu, endişeli, yönlendirici ve kontrol edici tutumların olduğu sağlıksız ailelerde uyumu bozmaktadır.

Top (2009), otistik çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları sorunları ve ruhsal durumlarını belirlemek amacıyla yaptığı niteliksel çalışmasında 16 ebeveyn ile yarı yapılandırılmış sorulardan oluşan bir akış formunun kullanıldığı derinlemesine görüşmeler yapmıştır. Çalışma sonunda ebeveynlerin çocuklarına otizm tanısı konduğunda bunu kabullenmekte zorlandıkları, yaşam şekillerinin büyük ölçüde değiştiği, kendilerini çevreden soyutladıkları, daha duygusal oldukları, gelecekte endişe duydukları, yapmak istedikleri pek çok şeyden vazgeçtikleri, her şeye rağmen çocuklarıyla ilgilenmenin onlara mutluluk verdiği ve yaşama bakış açılarında büyük değişikliklerin olduğu sonucuna varılmıştır.

Öz, Yılmaz ve Akçay (2009), tip 1 diyabetli çocuklarda benlik saygısını etkileyen faktörleri belirledikleri araştırmasında, tip 1 diyabetli çocukların diyabet bakımında ailelerinin onları destekleme durumu ile benlik saygısı ilişkisini değerlendirmeleri sonucunda, ailesinin onları desteklediklerini ifade edenlerin diğerlerine göre benlik saygısı puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Fazlıoğlu, Hocoaoğlu, Sönmez ve Cansu (2010), epilepsi tanısı konan çocukların aile işlevleri, anne-babasındaki kaygı ve başa çıkma tutumlarının bazı sosyodemografik ve klinik özelliklere göre incelemeyi amaçladıkları çalışmalarında epilepsi tanısı almış 60 çocuğun anne babası ve sağlıklı çocuğu olan 60 anne baba ile çalışmışlardır. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Aile Değerlendirme Ölçeği, Durumluk Kaygı Envanteri ve Başa Çıkma Tutumları Ölçeği uygulanmıştır. Araştırma bulgularına göre, epilepsi tanılı çocuğu olan anne-babalar, sağlıklı çocuğu olan anne-babalara göre aile işlevleri (roller, duygusal tepki verme, gereken ilgiyi gösterme ve genel fonksiyonlar) açısından daha işlevsiz bulunmuştur.

Günsel (2010), zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin aile işlevlerinin bazı değişkenler açısından incelediği araştırmasında 187 zihinsel engelli çocuk annesiyle çalışmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak kişisel bilgi formu ve ADÖ kullanılmıştır. Araştırmanın bulguları, zihinsel engelli çocuğa sahip annelerin aile işlevlerinin annenin yaşı, annenin eğitim durumu, ailenin gelir düzeyi, annenin başka çocuğunun olup olmaması, annenin sahip olduğu çocuk sayısı, annenin başka engelli çocuğu olup olmaması ve engelli çocuğun yaşı, engelli çocuğun engel derecesi, engelli çocuğun aldığı özel eğitimin süresi ve engelli çocuğun bakıcısının olup olmaması değişkenlerine göre anlamlı düzeyde fark gösterdiğini ortaya koymuştur.

Keskin, Bilge, Engin ve Dülgerler (2010), zihinsel engelli çocuğu olan anne-babaların yaşadığı anksiyete ve bu anksiyete ile başa çıkma durumlarının saptanması ve zihinsel engelin anne-baba tutumları üzerine etkisinin araştırılmasını amaçladıkları çalışmalarında, 96 zihinsel engelli çocuğu anne-babalarıyla çalışmışlardır. Veri toplama aracı olarak, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği ve Başa Çıkma Stratejisi Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, zihinsel engelli çocuğu olan anne-babaların çocuk yetiştirme tutumlarının aşırı annelik yönünde baskın olduğu belirlenmiştir.

#### **1.4.2. DİYABETLİ ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN KAYGI DURUMLARI KONUSUNDA YAPILAN BAZI ARAŞTIRMALAR**

Sullivan- Bolyai, Deatrick, Gruppuso, Tamborlane ve Grey (2001), tip 1 diyabetli çocuğu olan annelerin çocuk yetiştirme deneyimlerini araştırdıkları çalışmalarında, 25 diyabetli çocuğu olan annelerle, 25 sağlıklı çocuğu olan anneleri günlük deneyimler açısından karşılaştırmışlardır. Araştırmada diyabetli çocuğa sahip annelerin, çocuklarının davranışlarını değerlendirmek konusunda çok daha dikkatli



olduğu belirlenmiştir. Ayrıca diyabetli çocuğu olan anneler çocuklarının sağlık durumu ile ilgili daha fazla kaygı duymakta ve hipoglisemi korkusu sebebiyle çocuklarının günlük aktivitelerinde çok daha belirleyici rol oynamaktadırlar.

Streisand, Swift, Wickmark, Chen ve Holmes (2005), tip 1 diyabetli çocuğu olan ailelerin stres düzeyleriyle ilgili araştırmalarında 134 ebeveyn ile çalışmış ve ebeveynleri çocuklarının diyabetleri üzerindeki kişisel etkileri, diyabetle baş etmedeki sorumlulukları, hipoglisemi korkuları ve diyabetli çocuğun ebeveyni olma ile ilgili stresleri açısından değerlendirmişlerdir. Araştırma bulgularına göre ebeveynlerin stres kaynakları ailelerin sosyoekonomik düzeyleri ve çocuğun yaşıyla negatif bir ilişki sergilerken, insülin uygulaması, beslenme planı, hipoglisemi atakları gibi diyabetin gereklilikleriyle pozitif bir ilişki göstermektedir.

Lewin, Storch, Silverstein, Baumeister, Strawser ve Geffken (2006), tip 1 diyabetli çocuğu olan 28 aileyi, kaygı ve stresleri açısından değerlendirmişlerdir. Araştırma bulgularına göre diyabet hastalığıyla ilgili stres kaynakları, çocuğun bakımında başlıca sorumlu olan annelerin stres ve durumluk kaygılarıyla yüksek oranda ilişkilidir. Ancak bu araştırmaya göre annelerin normal günlük yaşamlarında karşılaştıkları engeller (rneğin; diğer çocuklarla ilgilenmek, işle ilgili yükümlülükler, maddi sorumluluklar gibi), durumluk kaygılarında diyabetli çocuklarıyla tıbbi yönden ilgilenmekten çok daha güçlü bir etkiye sahiptir.

Frey, Ellis, Templin, Naar-King ve Gutai (2006), tip 1 diyabetli okul ağı çocuklarının diyabetle baş etme ve metabolik kontrolleri ile ilgili araştırmasında, 6–13 yaş arası diyabet hastası olan çocukların diyabetle baş etmesinde, ailelerinin stres düzeyleri ve annelerinin baş etme becerilerinin belirleyici olduğunu ortaya

koymuşlar ve çocuğun bakımını üstlenen kişinin metabolik kontrol üzerinde etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Norberg, Lindblad ve Boman (2006), kanser tedavisi gören çocukların aileleriyle yaptıkları çalışmada, ailelerin bir baş etme yöntemi olarak sosyal destek arayışları ve destek alma durumlarıyla ebeveyn kaygıları arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Sosyal destek arayışı ve destek alma durumu, kaygı ile doğru orantılı olarak annelerde babalardan daha kuvvetli olarak görülmüştür.

Karakavak ve Çırak (2006), kronik hastalığa sahip çocuğu olan annelerin yaşadığı duygu, uyum, destekleyici sistem ve çocuklarının tedavi-kişisel bakımı yönünden yaşadığı güçlüklerin neler olduğunu belirlemeyi amaçlamışlar ve annelerin çocuklarının hastalıklarının gidişatına ilişkin belirsizliklerden kaygı duyduklarını bulmuşlardır.

Doğru ve Arslan (2006), engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile durumluk kaygı düzeylerini karşılaştırdığı çalışmalarında, annelerin çoğunluğunda sürekli kaygı durumuna rastlandığını belirtmişlerdir. Araştırmanın örneklemini, çocukları özel bir eğitim kurumuna devam eden 51 annenin oluşturduğu bu çalışmada ayrıca annelerin çocuklarının durumu ile ilgili yaşantıları (olumsuz deneyimleri) arttıkça kaygı düzeylerinde de artış olduğu belirlenmiştir.

Diyabetli çocukların başka diyabetli çocuklar ile arkadaşlık kurmasını, diyabetle ilişkili deneyimlerini karşılaştırmalarını sağlamak amacıyla organize edilen diyabet kampına katılan ergen ve çocukluk çağındaki tip 1 Diyabet hastalarını değerlendirdiği çalışmasında Arıkan ve Antar (2007), ergenlik dönemindeki diyabetik hastalarda somatizasyon ve anksiyete sıklığının çocukluk çağına göre belirgin bir artış gösterdiğini saptamıştır. Bunun sebeplerinin içerisinde ergenlerin

aile desteğini reddetmesi ya da azalmasını belirtmektedirler, bu durum özellikle çocukluk çağındaki kronik hastalıklarda ailenin önemini ortaya koymaktadır.

Çığırıkçı (2007), kronik hastalığı nedeniyle devamlı takip edilmekte olan çocukların annelerin sosyo demografik özellikleri ve depresyon oranlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında, kronik hastalığı olan çocukların annelerindeki depresyon oranlarının, kronik hastalığı olmayan çocukların annelerine göre daha anlamlı bir şekilde yüksek çıktığını göstermiştir.

Akmeşe, Mutlu ve Günel (2007), Serebral Paralizi’li çocukların özür düzeylerinin annelerin kaygı düzeyini nasıl etkilediğini araştırdıkları çalışmalarında 54 SP’li çocuk ve annesiyle çalışmışlardır. Annelerin kaygı düzeylerini üç alt boyuttan oluşan Kaygı-Endişe Düzeyini Ölçme Aracı ile değerlendirildiği çalışmada, SP’li çocukların fonksiyonel motor gelişim düzeyleri ile annelerin kişisel sorunlar alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunurken, özürlü veya sürekli hastalığı olan kişiye ilişkin sorunlar boyutu ve aile içindeki sorunlar boyutlarında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Horsch, McManus, Kennedy ve Edge (2007), tip 1 diyabetli çocuğu olan annelerde anksiyete, depresyon ve post travmatik stres bozukluğu belirtilerinin yaygınlığını araştırmışlar ve diyabetle ilgili travmatik stres kaynaklarını tanımlamışlardır. Annelerin yarısından fazlası çocuklarının diyabet teşhisi almalarını travmatik bir stres kaynağı olarak nitelendirmektedirler. Anneler, çocuklarının şiddetli hipoglisemi (düşük şeker) ataklarını da ikinci sırada travmatik stres kaynağı olarak belirtmektedirler çünkü hipoglisemi “yaşamsal tehdit” olarak algılanmakta ve günün her saati tekrarlama olasılığı taşımaktadır.

Jaser, Whittemore, Ambrosino, Lindemann ve Grey (2009), tip 1 diyabetli çocuğu olan annelerde baş etme ve psikososyal uyum konulu çalışmalarında annelerin, çocuklarının metabolik kontrolü ve diyabetle baş etme algısının, kaygı ve depresyon belirtileriyle ilişkisini araştırmışlardır. Annelerin %21'i kaygı, %24'ü ise depresyon belirtileri gösterdiği ifade edilirken, belirtilerin çocuklarının metabolik kontrolüyle ilişkili olmadığı ortaya konmuştur.

Coşkun ve Akkaş (2009), engelli çocuğa sahip olan annelerin sürekli kaygıları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 150 engelli çocuk annesiyle çalışmışlardır. Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanmışlardır. Araştırma sonucunda, engelli çocuğa sahip olan annelerin sürekli kaygı düzeylerinin yüksek olduğu ve annelerin eğitim düzeyleri ve aile gelir düzeylerinin yükselmesiyle, sürekli kaygı düzeylerinin düştüğü buna karşın algıladıkları sosyal destek düzeyinde artış olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Deniz, Dilmaç ve Arıcak (2009), engelli çocuğa sahip olan ebeveynlerin durumluk- sürekli kaygılarının yaşam doyumları üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik yaptıkları araştırmada, engelli çocuğa sahip 407 ebeveynle çalışmışlardır. Araştırma verileri Kişisel Bilgi Formu, Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri ve Yaşam Doyumu Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırma sonucunda çocuğun engel türüne göre ebeveynlerin durumluk-sürekli kaygıları ve yaşam doyumlarının anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır.

Demirtaş ve Akbayrak'ın (2009) diyabet hastalarının hastalıklarına uyum ve kabullenme kriterlerini belirlenmesine yönelik yaptıkları araştırmaya göre aile

üyeleri ve sağlık personelinin hastalığa uyum aşamalarında oldukça önemli faktör olduğunu ortaya koymuştur.

Uyaroğlu ve Bodur (2009), zihinsel yetersizliği olan çocukların anne babalarında kaygı düzeyi ve bilgilendirmenin kaygı düzeyine etkisini araştırdıkları çalışmalarında annelerin kaygı düzeylerinin babalardan daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır. Kurumsal hizmet ve hastalıkla ilgili bilgilendirme alan ailelerde kaygı düzeyinde anlamlı bir düşüş görüldüğünü belirtmişlerdir.

Meadan, Halle ve Ebata (2010), otizm spektrum bozukluğu olan çocukların aileleriyle yaptıkları çalışmada ailelerin stres düzeylerini ve destek alma durumlarını değerlendirmişlerdir. Araştırmaya göre, anne ve babalar her ne kadar ebeveynlik rollerini paylaşıyor olsalar da, kronik bir hastalığa sahip çocuğun varlığı durumunda anneler çocuklarının ihtiyaçlarını karşılamak konusunda çok daha fazla sorumlu hissetmektedirler. Bu durum da annelerin stres düzeylerinin daha fazla olmasına yol açmaktadır.

Fazlıoğlu, Hocaoğlu ve Sönmez (2010), diyabet gibi bir kronik hastalık olan çocukluk çağı epilepsisinin aileye etkisi konusunda yaptıkları araştırmada, annelerin çocuklarının sağlığı konusunda babalardan çok daha fazla kaygı duyduklarını ortaya koymuşlardır. Çocukluk dönemi kronik hastalıkları, belirti, bakımı, seyri, günlük aktivite kısıtlaması, uzun dönem etkisi gibi nedenlerle aileye birçok yük getirmektedir. Bu da annenin kaygı düzeyinin artmasında önemli bir etki etmektedir.

Fazlıoğlu, Hocaoğlu, Sönmez ve Cansu (2010), epilepsi tanısı konan çocukların aile işlevleri, anne-babasındaki kaygı ve başa çıkma tutumlarının bazı sosyodemografik ve klinik özelliklere göre incelemeyi amaçladıkları çalışmalarında epilepsi tanısı almış 60 çocuğun anne babası ve sağlıklı çocuğu olan 60 anne baba ile

çalışmışlardır. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Aile Değerlendirme Ölçeği, Durumluk Kaygı Envanteri ve Başa Çıkma Tutumları Ölçeği uygulanmıştır. Araştırma bulguları, epileptik çocuğu olan anne-babaların kaygılarının, sağlıklı çocuğu olan anne-babalardan yüksek olduğunu göstermiştir.

Keskin, Bilge, Engin ve Dülgerler (2010), zihinsel engelli çocuğu olan anne-babaların yaşadığı anksiyete ve bu anksiyete ile başa çıkma durumlarının saptanması ve zihinsel engelin anne-baba tutumları üzerine etkisinin araştırılmasını amaçladıkları çalışmalarında, 96 zihinsel engelli çocuğu anne-babalarıyla çalışmışlardır. Veri toplama aracı olarak, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Aile Hayatı ve Çocuk yetiştirme Tutumu Ölçeği ve Başa Çıkma Stratejisi Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, zihinsel engelli çocuğu olan anne-babaların durumluk kaygılarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

## **ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ**

Türkiye Özürlüler Araştırması 2002'ye göre ülkemizde 0–19 yaşlar arasında süreğen hastalığı olan 700.000'e yakın çocuk bulunmaktadır. Bu çocuklar, hastalığın beraberinde çeşitli etkenlere bağlı olarak sosyal, psikolojik, gelişimsel ve çevresel sorunlar yaşamaktadırlar. Araştırmalar göstermektedir ki süreğen hastalık durumunda çocuklarla birlikte aileler de birinci derecede etkilenmektedirler. Çocuğun yaşadığı sorunlarla birlikte, ailesinin yaşadığı güçlüklerin bilinmesi tedavi sürecinde önemli bir noktadır (Er, 2006).

Diyabetli çocukların aileleri çocuklarının sağlık durumları ile ilgili yoğun bir kaygı içerisinde olabilmektedir. Çocuğun bakımında başlıca rol oynayan annenin kaygılı olması özellikle hasta çocuğun gereksinimlerinin karşılanmasında olumsuz rol oynayabilir. Diyabetli çocuğa sahip ailelerde; çocuklarına ilişkin özelliklerin (kaç

yıldır diyabet hastası olduğu ve diyabetli çocuğun doğum sırası) ve aileye ilişkin özelliklerin (ailenin sosyo-ekonomik durumu, ailedeki çocuk sayısı, annenin yaşı, annenin eğitim düzeyi gibi) belirlenmesi, kaygının kaynaklandığı sebeplerin ortaya çıkarılmasında ve aileye sunulacak yardımların belirlenmesinde önemli olabilmektedir.

Annenin kaygısını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, çocukların bakımında annenin yoğun kaygısını azaltmada yardımcı olacak programların geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Diyabetli çocuğa sahip ailelerin aile işlevlerinin değerlendirilmesi, ailelerin hangi konuda sağlıklı veya sağlıksız işlev gösterdiklerinin tespit edilmesi, ailelere sunulacak psikolojik danışma hizmetlerinin planlanmasında yol göstereceği beklenmelidir.

Bu çalışmada, diyabet hastası çocuğu olan ve herhangi bir kronik hastalığa sahip olmayan sağlıklı çocuğu olan anneleri aile işlevleri ve durumluk – sürekli kaygı düzeyleri açısından karşılaştırmak amaçlanmıştır. Ayrıca, diyabetli çocuğa sahip annenin yaşı, annenin eğitim düzeyi, ailenin gelir düzeyi, diyabetli çocuğun hastalık süresi, diyabetli çocuğun doğum sırası ve annenin sahip olduğu çocuk sayısının annenin aile işlevlerini ve kaygı düzeyini etkileyebilecek faktörler olduğu varsayımıyla diyabet hastası çocuğu olan annelerin aile işlevleri ve kaygı düzeylerini incelemek de araştırmanın amaçlarındandır.

Ayrıca çalışmada, diyabet hastası çocuğu olan annelerin aile işlevleri ve kaygı düzeyleri üzerinde etkili olduğu varsayılan değişkenleri ölçerek gerçek etkileri ortaya koymak amaçlanmaktadır.

Bu çalışmadan elde edilen bulguların diyabetli çocuğa sahip annelerin aile işlevlerinin ne derece sağlıklı / sağlıksız olduğu ve kaygı düzeyleri konusunda literatüre katkı sağlayacağı dşnlmektedir.



## ARAŞTIRMANIN PROBLEMLERİ

1. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin aile işlevleri, sağlıklı çocuğu olan annelerin aile işlevlerinden anlamlı derecede fark göstermekte midir?
2. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin durumluk ve sürekli kayęı düzeyleri, sağlıklı çocuğu olan annelerin durumluk ve sürekli kayęı düzeylerinden anlamlı derecede fark göstermekte midir?
3. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin, aile işlevleri aşağıda belirtilen deęiŐkenlere göre anlamlı düzeyde fark göstermekte midir?

Diyabet hastası çocuğu olan annelerin aile işlevleri:

- a) Annenin yaşına,
- b) Annenin eğitim durumuna,
- c) Ailenin gelir düzeyine,
- d) Çocuğun kaç yıldır diyabet hastası olduğuna
- e) Diyabetli çocuğun doğum sırasına,
- f) Ailedeki çocuk sayısına göre anlamlı düzeyde fark göstermekte midir?

4. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin durumluk sürekli kaygı düzeyi aşağıda belirtilen değişkenlere göre anlamlı düzeyde fark göstermekte midir?

Diyabet hastası çocuğu olan annelerin durumluk ve sürekli kaygı düzeyi:

- a) Annenin yaşına,
- b) Annenin eğitim durumuna,
- c) Ailenin gelir düzeyine,
- d) Çocuğun kaç yıldır diyabet hastası olduğuna
- e) Diyabetli çocuğun doğum sırasına,
- f) Ailedeki çocuk sayısına göre anlamlı düzeyde fark göstermekte midir?

## BÖLÜM - II

### 2.1. YÖNTEM

#### 2.1.1. ÖRNEKLEM

Araştırmanın örneklemini 4–12 yaş arası, diyabet hastası çocuğu olan 48 anne, kontrol grubunu ise herhangi bir sağlık sorunu bulunmayan çocuğu olan 50 anne oluşturmaktadır. Araştırmaya yaşları 27 ile 51 arasında değişen (*Ort.* = 39, *S* = 5,75) toplam 98 anne katılmıştır.

Araştırmanın örneklemini oluşturan 98 katılımcının sosyo-demografik bilgileri aşağıdaki tablolarda verilmiştir. Annelerin eğitim durumuna göre sayısal dağılımı Tablo 6' da verilmiştir.

**Tablo 6:** Örneklemi Oluşturan Annelerin Eğitim Durumuna Göre Sayısal Dağılımı

<i>Eğitim Durumu</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
İlköğretim	8	8,9
Lise	28	28,6
Üniversite	51	52,0
Lisans üstü	11	11,2
<b>Toplam</b>	<b>98</b>	<b>100.00</b>

Annelerin eğitim durumuna göre gösterdikleri dağılım incelendiğinde; 8 annenin ilköğretim mezunu, 28 annenin lise mezunu, 51 annenin üniversite mezunu ve 11 annenin lisansüstü düzeyde okul mezunu olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan annelerin eğitim durumu değişkeninde en yüksek yüzdeye % 52,0 ile üniversite mezunu annelerin olduğu saptanmıştır.

Örnekleme oluşturan annelerin mesleki durumuna göre sayısal dağılımı Tablo 7’ de verilmiştir.

**Tablo 7:** Örnekleme Oluşturan Annelerin Mesleki Durumuna Göre Sayısal Dağılımı

<i>Meslek</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Memur	19	19,4
İşçi	11	11,2
Ev hanımı	8	8,2
Emekli	10	10,2
Esnaf – Tüccar	13	13,3
Öğrenci	1	1,0
Diğer	36	36,7
<b>Toplam</b>	<b>98</b>	<b>100.00</b>

Annelerin meslek durumuna göre gösterdikleri dağılım incelendiğinde; 19 annenin memur, 11 annenin işçi, 8 annenin ev hanımı, 10 annenin emekli, 13 annenin esnaf – tüccar, 1 annenin öğrenci ve 36 annenin diğer meslek gruplarına dâhil olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan annelerin meslek durumu değişkeninde en yüksek yüzdeye % 36,7 ile diğer meslek grubu annelerin olduğu saptanmıştır.

Örnekleme oluşturan annelerin çalışma durumuna göre sayısal dağılımı Tablo 8’ de verilmiştir.

**Tablo 8:** Örnekleme Oluşturan Annelerin Çalışma Durumuna Göre Sayısal Dağılımı

<i>Meslek</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Halen çalışıyor	78	79,6
Artık çalışmıyor	15	15,3
Hiç çalışmamış	5	5,1
<b>Toplam</b>	<b>98</b>	<b>100.00</b>

Annelerin çalışma durumuna göre gösterdikleri dağılım incelendiğinde; 78 annenin halen çalışıyor, 15 annenin artık çalışmıyor ve 5 annenin de hiç çalışmamış olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan annelerin çalışma durumu değişkeninde en yüksek yüzdeye % 79,6 ile halen çalışan durumda annelerin olduğu saptanmıştır.

Örnekleme oluşturan annelerin gelir durumuna göre sayısal dağılımı Tablo 9’ da verilmiştir.

**Tablo 9:** Örnekleme Oluşturan Annelerin Gelir Durumuna Göre Sayısal Dağılımı

<i>Gelir Durumu</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
250 – 500 TL	4	4,1
500 – 1,500 TL	26	26,5
> 1,500 TL	68	69,4
<b>Toplam</b>	<b>98</b>	<b>100.00</b>

Annelerin gelir durumuna göre gösterdikleri dağılım incelendiğinde; 4 annenin aylık gelirinin 250 – 500 TL arasında, 26 annenin 500 – 1,500 TL arasında ve 68

anneninin 1,500 TL'den fazla olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan annelerin gelir durumu değişkeninde en ylık yzdeye % 69,4 ile aylık geliri 1,500 TL 'den fazla olan annelerin olduğu saptanmıştır.

Örneklemini oluşturan annelerin sahip olduğu çocuk sayısına göre sayısal dağılımını Tablo 10' da verilmiştir.

**Tablo 10:** Örneklemini Oluşturan Annelerin Çocuk Sayısına Göre Sayısal Dağılımını

<i>Çocuk Sayısı</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
1 çocuk	45	45,9
2 çocuk	40	40,8
3 çocuk	13	13,3
<b>Toplam</b>	<b>98</b>	<b>100.00</b>

Annelerin çocuk sayısına göre gösterdikleri dağılım incelendiğinde; 45 annenin 1 çocuğu, 40 annenin 2 çocuğu ve 13 annenin 3 çocuğu olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan annelerin çocuk sayısı değişkeninde en ylık yzdeye % 45,9 ile 1 çocuğa sahip annelerin olduğu saptanmıştır.

Örneklemini oluşturan annelerin diyabetli çocuğa sahip olma durumuna göre sayısal dağılımını Tablo 11'de verilmiştir.

**Tablo 11:** Örneklemini Oluşturan Annelerin Diyabetli Çocukla Sahip Olma Durumuna Göre Sayısal Dağılımını

<i>Diyabetli Çocuk Var Mı?</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Var	48	49,0
Yok	50	51,0
<b>Toplam</b>	<b>98</b>	<b>100.00</b>

Annelerin diyabetli çocuğa sahip olma durumuna göre gösterdikleri dağılım incelendiğinde; 48 annenin diyabetli çocuğa sahip olduğu ve 51 annenin diyabetli çocuğa sahip olmadığı belirlenmiştir.

Örneklemi oluşturan annelerin diyabetli çocuğunun kaçıncı çocuk olduğu durumuna göre sayısal dağılımı Tablo 12' de verilmiştir.

**Tablo 12:** rneklemi Oluşturan Annelerin Diyabetli Çocuğun Kaçıncı Çocuk Olduğu Durumuna Göre Sayısal Dağılımı

<i>Diyabetli Çocuk Kaçıncı Çocuk</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
1. Çocuk	26	54,2
2. Çocuk	22	45,8
<b>Toplam</b>	<b>48</b>	<b>100.00</b>

Annelerin diyabetli çocuğun kaçıncı çocuk olduğu durumuna göre gösterdikleri dağılım incelendiğinde; 26 annenin birinci çocuğu, 22 annenin ikinci çocuğu olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan annelerin diyabetli çocuğun kaçıncı çocuk olduğu durumu değişkeninde en yüksek yüzdeye % 54,2 ile ilk çocuğu diyabetli olan annelerin olduğu saptanmıştır.

## 2.1.2. KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma kapsamına alınan annelere kişisel bilgileri, sosyo demografik özellikleri, sosyoekonomik düzeyi ve çocuğunun hastalığına ilişkin bilgileri içeren bir bilgi formu, “Aile Değerlendirme Ölçeği” ve “Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri”ni içeren anket formu gözlem altında uygulanmıştır. Ailenin fonksiyonlarını gereği gibi yerine getirmesi yani sağlıklı bir yapıda kalmasının belli değişkenlerle ilişkili olduğu varsayımıyla ailede diyabet hastası çocuğun varlığının aile işlevlerini ne şekilde etkilediğini araştırmak amacıyla Aile değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Diyabet gibi kronik bir hastalığın hem kısa dönem hem de uzun dönem komplikasyonlarının varlığı hasta yakınlarından özellikle annenin durumluk ve sürekli kaygısını ne ölçüde etkilediğini araştırmak amacıyla Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri seçilmiştir.

### **Bilgi Formu:**

Çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak annenin sosyo demografik bilgileri, yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çocuk sayısı ve diyabetli çocuğunun hastalığıyla ilgili bilgileri almak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan ve toplan 22 sorudan oluşan bir form kullanılmıştır.

**Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ):** ABD’de bulunan Brown Üniversitesi ve Butler Hastanesi tarafından Aile Araştırma Programı çerçevesinde geliştirilmiş olup, ailenin işlevlerini hangi konularda yerine getirebildiğini ya da getiremediğini belirleyen bir ölçü aracıdır. ADÖ, McMaster Aile İşlevleri Modelinin klinik olarak aileler üzerinde uygulanmasıyla elde edilmiştir. Ölçeğin orijinal adı Mc Master



Family Assesment Device' dir. ADÖ 60 madde ve 7 alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar; Problem Çözme, İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Gereken İlgiyi Gösterme, Davranış Kontrolü, Genel Fonksiyonlar şeklindedir. Ölçekte yer alan maddelerde 1 puan sağlıklı cevabı, 4 puan ise sağlıklısız cevabı ifade etmektedir.

**Problem Çözme (Problem Solving):** Problem çözme, ailenin etkili bir şekilde işlevlerini yerine getirebileceği düzeyde maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisi olarak açıklanmaktadır. Sorunun ortaya çıkışından, çözümlenmesine kadar olan dönemi kapsar.

**İletişim (Communication):** İletişim, aile üyeleri arasındaki bilgi alışverişi biçiminde tanımlanmaktadır. Burada ailenin etkili bir iletişim içinde olup olmadığı ölçülmek istenmektedir. Bu nedenle üyeler arası sözlü iletişimin içeriğinin açık olup olmadığı, kişilerin söylemek istediklerini doğrudan doğruya ifade edip edemedikleri üzerinde durulmaktadır. Etkili iletişim, açık ve dolaysız olmalıdır.

**Roller (Roles):** Roller, ailenin maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılayan davranış kalıplarıdır. Mc Master Aile İşlevleri Modeli ailenin kaynaklarının kullanımı, bakıp büyütme, destekleme ve kişisel gelişim sağlama, aile sistemini idare etme gibi konularda davranış kalıbı geliştirip geliştirmedeği üzerinde odaklanmaktadır. Buna ek olarak roller ile ilgili boyut, görevlerin belirgin ve eşit olarak üyelere dağılımı ile görevlerin aile üyeleri tarafından sorumlu bir şekilde yerine getirilip getirilmemesini de içermektedir. Başka bir deyişle, para, konut, giyim, yeme gibi maddi ihtiyaçların karşılanması rollere bağlı olarak ele alınmaktadır. Bu konuda işlevsel aile, çocukların ve ebeveynin bakımı, beslenme ve gelişmesini sağlayacak şekilde rollerini belirlemiş olan ailedir. İşlevler, para-sağlık gibi konularda kural koymayı ve karar vermeyi gerektirir.

**Duygusal Tepki Verebilme (Affective Responsiveness):** Aile üyelerinin her tür uyarılar karşısında en uygun tepkiyi göstermesi anlamına gelmektedir. Burada sevgi, mutluluk, neşe gibi ferahlık ifade eden duyguların yanında; kızgınlık, üzüntü, korku gibi baskı yaratan durumlar da bu boyutun içinde yer almaktadır. Bir başka deyişle bu işlevini yerine getirebilen bir ailede aile üyeleri her türlü duygularını ağırlıklı bir şekilde sözle veya hareketlerle ifade edebilirler.

**Gereken İlgiyi Gösterme (Affective Involvement):** Aile üyelerinin birbirlerine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi içerir. En sağlıklı aileler, birbirleriyle orta derecede ilgilenirler. Az veya çok ilgilenen aileler, bu konudaki işlevlerini yeterince yerine getiremiyorlar demektir. Çok ilgilenme, aile üyelerinin birbirlerine fazla bağımlı olduğunun, az ilgilenme ise birbirlerine az sevgi ve ilgi gösterdiklerinin belirleyicisidir.

**Davranış Kontrolü (Behavior Control):** Davranış kontrolü, aile üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimidir. Bu alt boyutta psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışlar değerlendirilir. Ayrıca kontrolün esnek, katı, serbest ve düzensiz oluşu da bu alt boyutta ele alınmaktadır.

**Genel Fonksiyonlar (General Functions):** Bu boyut, daha önce bahsedilen altı boyutu da kapsayacak şekilde bilgi toplamayı amaçlamaktadır.

Ölçeğin Türkiye’de yapılan güvenilirlik çalışmasında ölçek, gerek iç tutarlılık, gerekse puan değişmezliği açısından  $p < .001$  düzeyinde anlamlı sonuç vermiştir. Ölçeğin geçerlik çalışması yapı geçerliği ve uyum geçerliği ile sınanmıştır. Yapı geçerliği boşanma sürecinde olan ve olmayan, ruh hastası üyesi bulunan ve bulunmayan gruplarla araştırılmıştır. Ölçek grupları manidar düzeyde ayırt etmektedir. Ölçeğin uyum geçerliği Evlilik Yaşam Ölçeği ölçüt alınıp 25 evli çift

her iki ölçek uygulanarak yapılmıştır. Genel fonksiyonlar alt ölçeği ile hesaplanan korelasyon katsayısı 0.66' dır. Bu bulgular, ölçeğin psikometrik özelliklerinin yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir (Bulut, 1990).

**Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri:** Öner ve Le Compte (1983) tarafından Türk kültürüne uyarlanan, geçerlik ve güvenirlik çalışmalarıyla birlikte norm çalışmalarının da oluşturulduğu Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) toplam yirmişer maddeden oluşan iki ayrı ölçekten meydana gelmektedir. Ölçeklerin cevaplandırılmasında bir zaman sınırlaması yoktur. Durumluk Kaygı Ölçeği maddelerinde ifade edilen duygu ve davranışlar bu tür yaşantıların şiddet derecesine göre (1) hiçbir zaman, (2) biraz, (3) çok, (4) tamamıyla gibi şıklardan birini işaretlemek suretiyle cevaplandırılır. Sürekli Kaygı Ölçeğinde ise, ifade edilen duygu ya da davranışlar sıklık derecesine göre (1) hemen hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman, (4) hemen her zaman şeklinde işaretlenir. Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlara (1) doğrudan ya da düz (direct) ve (2) tersine dönmüş (reverse) ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4 'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. "Huzursuzum" ifadesi doğrudan, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi de tersine dönmüş ifadelerle örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda "huzursuzum" ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse, bu cevaplar yüksek kaygıyı yansıtmış olur. Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli kaygı

ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeleri oluşturur. Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder. Puanlar yüzdelerine göre yorumlanırken de aynı durum geçerlidir. Yani düşük yüzdeler (1, 5, 10 ) kaygının az olduğunu gösterir. Uygulamalarda belirlenen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir.

Ölçeklerin, iç tutarlılığı ve güvenilirliği Durumluk Kaygı Ölçeği için 0,83 ile 0,92 arasında, Sürekli Kaygı Ölçeği için 0,86 ile 0,92 arasında bulunmuştur (Öner ve Le Compte, 1998).

### 2.1.3. İŞLEM

Araştırma, diyabetli çocuğa sahip annelerin aile işlevleri ve durumluk - sürekli kaygı düzeylerini incelemek amacıyla İstanbul ilinde yer alan iki diyabet kliniğinde takip edilen diyabetli çocukların anneleriyle yapılmıştır. Çalışmaya başlamadan önce kurumlardan izin alınmıştır.

Araştırma verileri Aralık 2010 – Aralık 2011 tarihleri arasında yaklaşık 1 yıl içerisinde toplanmıştır. Uygulamaya geçmeden önce, ölçeklerin uygulanacağı annelere ölçekler hakkında bilgi verilmiş ve araştırmanın amacı ve ölçek sorularının nasıl cevaplandırılacağı konularında gerekli açıklamalar yapılmıştır. Annelerden ölçeklerde yer alan ifadeleri dikkatli bir şekilde okuyarak her cümle için karşısında yer alan seçeneklerden kendi durumlarına en uygun olanını işaretlemeleri, hiçbir soruyu yanıtsız bırakmamaları ve ölçeklerde yer alan tüm sorulara içtenlikle cevap vermeleri istenmiştir. Ayrıca ölçek sonuçlarının sadece araştırma amacıyla kullanılacağı ve kesinlikle gizli tutulacağı belirtilmiştir. Ölçeklerin cevaplanması ortalama 30 dakika sürmüştür.

48 diyabetli çocuğu olan annelere ve 50 herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan, sağlıklı çocuğu olan annelere Bilgi Formu, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ve Aile Değerlendirme Ölçeği uygulanarak araştırmanın örnekleme ulaşılmıştır.

#### **2.1.4. VERİLERİN ANALİZİ**

Araştırmada kullanılan veri toplama aracının uygulanması tamamlandıktan sonra “Bilgi Formu”, “Aile Değerlendirme Ölçeği” ve “Durumluk – Sürekli Kaygı” ölçeklerine ait genel kontroller yapılmıştır. Eksik veya birden fazla seçenek işaretlenmiş olan ve geçersiz bulunan cevap kâğıtları değerlendirme dışı bırakılmıştır. Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel çözümlenmelerini yapmak amacıyla Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) kullanılmıştır.

**2.1.4.1.** Araştırmaya katılan annelerin ADÖ'nün alt boyutlarından “Problem Çözme”, “İletişim”, “Roller”, “Duygusal Tepki Verebilme”, “Gereken İlgiyi Gösterme”, “Davranış Kontrolü” ve “Genel Fonksiyonlar” bölümlerinden aldıkları puanların annenin yaşı, diyabetli çocuğun hastalık süresi ve diyabetli çocuğun doğum sırası değişkenleri açısından anlamlı düzeyde fark gösterip göstermediğini incelemek ve sağlıklı çocuğu olan annelerle karşılaştırmak amacıyla “Bağımsız Grup t Testi” kullanılmıştır.

**2.1.4.2.** Araştırmaya katılan annelerin “Durumluk ve Sürekli Kaygı ölçeğinden aldıkları puanların annenin yaşı, diyabetli çocuğun hastalık süresi ve diyabetli çocuğun doğum sırası değişkenleri açısından anlamlı düzeyde fark gösterip göstermediğini incelemek ve sağlıklı çocuğu olan annelerle karşılaştırmak amacıyla “Bağımsız Grup t Testi” kullanılmıştır.

**2.1.4.3.** Araştırmaya katılan annelerin ADÖ'nün alt boyutlarından "Problem Çözme", "İletişim", "Roller", "Duygusal Tepki Verebilme", "Gereken İlgii Gösterme", "Davranış Kontrolü" ve "Genel Fonksiyonlar" bölümlerinden aldıkları puanların annenin eğitim durumu, annenin gelir düzeyi ve ailedeki çocuk sayısı değişkeni açısından anlamlı düzeyde fark gösterip göstermediğini incelemek amacıyla "Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)" kullanılmıştır. Hangi gruplar arasında fark olduğunu test etmek için de "Scheffe Çoklu Karşılaştırmalar Testi" yapılmıştır.

**2.1.4.4.** Araştırmaya katılan annelerin "Durumluk ve Sürekli Kaygı ölçeğinden aldıkları puanların annenin eğitim durumu, annenin gelir düzeyi ve ailedeki çocuk sayısı değişkeni açısından anlamlı düzeyde fark gösterip göstermediğini incelemek amacıyla "Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)" kullanılmıştır. Hangi gruplar arasında fark olduğunu test etmek için de "Scheffe Çoklu Karşılaştırmalar Testi" yapılmıştır.

## 2.2 BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan annelerin Durumluk – Sürekli Kaygı Ölçeği ve Aile Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları puanlara uygulanan istatistik analizi sonuçları verilmiştir.

### 2.2.1. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin aile işlevleri, sağlıklı çocuğu olan annelerin aile işlevlerinden anlamlı derecede fark göstermekte midir?

**Tablo 13:** ADÖ Puanlarının Diyabetli – Sağlıklı Çocuğa Sahip Olma Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi

		t testi						
	Sahip Olunan Çocuk	N	Ort.	SS	Std. Hata Ort.	t	Sd	p
<b>Problem Çözme</b>	Diyabetli	48	13,67	4,47	,65	2,832*	96	,006
	Sağlıklı	50	11,44	3,24	,46			
<b>İletişim</b>	Diyabetli	48	20,63	7,49	1,08	4,222*	96	,000
	Sağlıklı	50	15,38	4,49	,64			
<b>Roller</b>	Diyabetli	48	26,92	6,66	,96	3,919*	96	,000
	Sağlıklı	50	22,54	4,16	,59			
<b>Duygusal Tepki Verebilme</b>	Diyabetli	48	12,88	5,95	,86	3,645*	96	,000
	Sağlıklı	50	9,38	3,19	,45			
<b>Gereken İlgii Gösterme</b>	Diyabetli	48	16,67	3,19	,46	1,400	96	,165
	Sağlıklı	50	15,90	2,16	,31			
<b>Davranış Kontrolü</b>	Diyabetli	48	22,00	5,16	,75	2,596*	96	,011
	Sağlıklı	50	19,74	3,28	,46			
<b>Genel İşlevler</b>	Diyabetli	48	25,99	10,59	1,52	3,326*	96	,001
	Sağlıklı	50	20,16	6,28	,89			

\*p<,05

Tablo 13'te görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan annelerin aile değerlendirme ölçeği puanlarının diyabet hastası çocuğu olma olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutları ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel



olarak anlamlı bulunmuştur ( sırasıyla,  $t(96)=2,83$ ,  $p<,05$ ;  $t(96)= 4,22$ ,  $p<,05$ ;  $t(96)=3,92$ ,  $p<,05$ ;  $t(96)= 3,64$ ,  $p<,05$ ;  $t(96)=2,60$ ,  $p<,05$ ;  $t(96)=3,33$ ,  $p<,05$ ). Gereken ilgiyi gösterme alt boyutu ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t(96)= 1,40$ ;  $p>,05$ ). Buna göre ADÖ; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt ölçeği puan ortalamaları diyabetli çocuğu olan annelerde, sağlıklı çocuğu olan annelere göre daha yüksektir.

### 2.2.2. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri, sağlıklı çocuğu olan annelerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinden anlamlı derecede fark göstermekte midir?

**Tablo 14:** Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Diyabetli – Sağlıklı Çocuğa Sahip Olma Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi

						t testi		
	Sahip Olunan Çocuk	N	Ort.	SS	Std. Hata Ort.	t	Sd	p
<b>Durumluk Kaygı</b>	Diyabetli	48	50,10	15,86	2,29	5,254*	96	,000
	Sağlıklı	50	35,80	10,70	1,51			
<b>Sürekli Kaygı</b>	Diyabetli	48	52,15	10,72	1,55	5,233*	96	,000
	Sağlıklı	50	41,74	8,92	1,26			

\* $p<,05$

Tablo 14’te görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan annelerin durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puanlarının diyabet hastası çocuğu olma olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, her iki ölçek puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t(96)=,00$ ;  $p<,05$ ). Buna göre durumluk ve

sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları diyabetli çocuğu olan annelerde, sağlıklı çocuğu olan annelere göre daha yüksektir.

### 2.2.3. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin, aile işlevleri annenin yaşına göre anlamlı düzeyde fark göstermekte midir?

**Tablo 15:** ADÖ Puanlarının Annenin Yaşı Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi

	Yaş Grubu	N	Ort.	SS	Std. Hata Ort.	t testi																																																																																									
						t	Sd	p																																																																																							
<b>Problem Çözme</b>	30-40	27	12,67	4,27	,82	-1,799	46	,079																																																																																							
	41-51	21	14,95	4,49	,99				<b>İletişim</b>	30-40	27	19,33	7,65	1,47	-1,367	46	,178		41-51	21	22,29	7,14	1,56	<b>Roller</b>	30-40	27	24,74	6,42	1,24	-2,738*	46	,009		41-51	21	29,71	6,01	1,31	<b>Duygusal Tepki Verebilme</b>	30-40	27	11,51	5,65	1,09	-1,836	46	,073		41-51	21	14,62	6,00	1,31	<b>Gereken İlgii Gösterme</b>	30-40	27	15,67	2,72	,52	-2,616*	46	,012		41-51	21	17,95	3,39	,73	<b>Davranış Kontrolü</b>	30-40	27	21,11	4,55	,88	-1,364	46	,179		41-51	21	23,14	5,77	1,24	<b>Genel İşlevler</b>	30-40	27	24,04	10,18	1,96	-1,458	46	,152		41-51	21
<b>İletişim</b>	30-40	27	19,33	7,65	1,47	-1,367	46	,178																																																																																							
	41-51	21	22,29	7,14	1,56				<b>Roller</b>	30-40	27	24,74	6,42	1,24	-2,738*	46	,009		41-51	21	29,71	6,01	1,31	<b>Duygusal Tepki Verebilme</b>	30-40	27	11,51	5,65	1,09	-1,836	46	,073		41-51	21	14,62	6,00	1,31	<b>Gereken İlgii Gösterme</b>	30-40	27	15,67	2,72	,52	-2,616*	46	,012		41-51	21	17,95	3,39	,73	<b>Davranış Kontrolü</b>	30-40	27	21,11	4,55	,88	-1,364	46	,179		41-51	21	23,14	5,77	1,24	<b>Genel İşlevler</b>	30-40	27	24,04	10,18	1,96	-1,458	46	,152		41-51	21	28,48	10,82	2,36												
<b>Roller</b>	30-40	27	24,74	6,42	1,24	-2,738*	46	,009																																																																																							
	41-51	21	29,71	6,01	1,31				<b>Duygusal Tepki Verebilme</b>	30-40	27	11,51	5,65	1,09	-1,836	46	,073		41-51	21	14,62	6,00	1,31	<b>Gereken İlgii Gösterme</b>	30-40	27	15,67	2,72	,52	-2,616*	46	,012		41-51	21	17,95	3,39	,73	<b>Davranış Kontrolü</b>	30-40	27	21,11	4,55	,88	-1,364	46	,179		41-51	21	23,14	5,77	1,24	<b>Genel İşlevler</b>	30-40	27	24,04	10,18	1,96	-1,458	46	,152		41-51	21	28,48	10,82	2,36																											
<b>Duygusal Tepki Verebilme</b>	30-40	27	11,51	5,65	1,09	-1,836	46	,073																																																																																							
	41-51	21	14,62	6,00	1,31				<b>Gereken İlgii Gösterme</b>	30-40	27	15,67	2,72	,52	-2,616*	46	,012		41-51	21	17,95	3,39	,73	<b>Davranış Kontrolü</b>	30-40	27	21,11	4,55	,88	-1,364	46	,179		41-51	21	23,14	5,77	1,24	<b>Genel İşlevler</b>	30-40	27	24,04	10,18	1,96	-1,458	46	,152		41-51	21	28,48	10,82	2,36																																										
<b>Gereken İlgii Gösterme</b>	30-40	27	15,67	2,72	,52	-2,616*	46	,012																																																																																							
	41-51	21	17,95	3,39	,73				<b>Davranış Kontrolü</b>	30-40	27	21,11	4,55	,88	-1,364	46	,179		41-51	21	23,14	5,77	1,24	<b>Genel İşlevler</b>	30-40	27	24,04	10,18	1,96	-1,458	46	,152		41-51	21	28,48	10,82	2,36																																																									
<b>Davranış Kontrolü</b>	30-40	27	21,11	4,55	,88	-1,364	46	,179																																																																																							
	41-51	21	23,14	5,77	1,24				<b>Genel İşlevler</b>	30-40	27	24,04	10,18	1,96	-1,458	46	,152		41-51	21	28,48	10,82	2,36																																																																								
<b>Genel İşlevler</b>	30-40	27	24,04	10,18	1,96	-1,458	46	,152																																																																																							
	41-51	21	28,48	10,82	2,36																																																																																										

\*p<,05

Tablo 15'te görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan annelerin aile değerlendirme ölçeği puanlarının annenin yaşına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, roller ve gereken ilgiyi gösterme alt boyutları ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( sırasıyla  $t(46)= ,009, p<,05; t(46)= ,012, p<,05$ ). Buna göre ADÖ; roller ve gereken ilgiyi gösterme alt ölçeği puan ortalamaları 41-51 yaş grubu annelerde, 30-40 yaş grubu annelere göre daha yüksektir.

**2.2.4. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin, aile işlevleri annenin eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde fark göstermekte midir?**

**Tablo 16:** Aile İşlevleri Puanlarının Annenin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Ortalama, Standart Sapma ve Standart Hata Değerleri

	<b>Eğitim Durumu</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>SH</b>
<b>Problem Çözme</b>	İlköğretim	6	18,68	2,34	0,96
	Lise	14	13,86	4,45	1,19
	Üniversite	24	12,83	4,23	0,86
	Lisansüstü	4	10,50	3,42	1,71
	Total	48	13,67	4,47	0,65
<b>İletişim</b>	İlköğretim	6	27,17	3,49	1,42
	Lise	14	22,21	8,13	2,17
	Üniversite	24	19,00	7,19	1,47
	Lisansüstü	4	15,00	4,08	2,04
	Total	48	20,63	7,49	1,08
<b>Roller</b>	İlköğretim	6	34,33	3,50	1,43
	Lise	14	27,64	6,20	1,66
	Üniversite	24	25,50	6,58	1,34
	Lisansüstü	4	21,75	3,50	1,75
	Total	48	26,92	6,66	0,96
<b>Duygusal Tepki Verebilme</b>	İlköğretim	6	18,83	3,92	1,60
	Lise	14	14,21	6,29	1,68
	Üniversite	24	11,33	5,48	1,11
	Lisansüstü	4	8,50	1,92	0,96
	Total	48	12,88	5,95	0,86
<b>Gereken İlgiyi Gösterme</b>	İlköğretim	6	20,33	3,83	1,56
	Lise	14	16,57	2,95	0,79
	Üniversite	24	16,04	2,85	0,58
	Lisansüstü	4	15,25	1,26	0,63
	Total	48	16,67	3,19	0,46
<b>Davranış Kontrolü</b>	İlköğretim	6	28,00	4,38	1,79
	Lise	14	22,14	4,64	1,24
	Üniversite	24	20,92	4,99	1,02
	Lisansüstü	4	19,00	2,94	1,47
	Total	48	22,00	3,19	0,75
<b>Genel İşlevler</b>	İlköğretim	6	36,50	6,16	2,51
	Lise	14	27,29	11,15	2,98
	Üniversite	24	23,79	10,11	2,06
	Lisansüstü	4	18,75	5,74	2,87
	Total	48	25,98	10,59	1,53

**Tablo 17:** Aile İşlevlerinin, Annenin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farkını Test Etmek İçin Yapılan ANOVA Testi

		<i>ANOVA</i>				
		<b>SS</b>	<b>sd</b>	<b>KO</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Problem Çözme</b>	Gruplar Arası	207,29	3	69,09	4,157*	,011
	Gruplariçi	731,38	44	16,62		
	Toplam	938,67	47			
<b>İletişim</b>	Gruplar Arası	482,06	3	160,69	3,278*	,030
	Gruplariçi	2157,19	44	49,03		
	Toplam	2639,25	47			
<b>Roller</b>	Gruplar Arası	492,37	3	164,12	4,532*	,007
	Gruplariçi	1593,30	44	36,21		
	Toplam	2085,67	47			
<b>Duygusal Tepki Verebilme</b>	Gruplar Arası	371,73	3	123,91	4,221*	,010
	Gruplariçi	1291,52	44	29,35		
	Toplam	1663,25	47			
<b>Gereken İlgiyi Gösterme</b>	Gruplar Arası	98,19	3	32,73	3,805*	,016
	Gruplariçi	378,47	44	8,60		
	Toplam	476,68	47			
<b>Davranış Kontrolü</b>	Gruplar Arası	280,45	3	93,48	4,225*	,010
	Gruplariçi	973,55	44	22,13		
	Toplam	1245,00	47			
<b>Genel İşlevler</b>	Gruplar Arası	1011,91	3	337,31	3,490*	,023
	Gruplariçi	4255,07	44	96,71		
	Toplam	5266,98	47			

\*p<,05

Tablo 17’de görüldüğü üzere aile işlevleri alt boyutları (problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler) annenin eğitim durumuna göre farklılaşmaktadır (sırasıyla,  $F_{(3,44)}=4,16$ ,  $p=,011$ ;  $F_{(3,44)}=3,28$ ,  $p=,030$ ;  $F_{(3,44)}=5,53$ ,  $p=,007$ ;  $F_{(3,44)}=4,22$ ,  $p=,010$ ;  $F_{(3,44)}=3,81$ ,  $p=,016$ ;  $F_{(3,44)}=4,23$ ,  $p=,010$ ;  $F_{(3,44)}=3,49$ ,  $p=,023$ ). Hangi gruplar arasında fark olduğunu test etmek için Scheffe çoklu karşılaştırmalar testi yapılmıştır. Aralarında fark olan gruplar ortalama farkının üzerinde bulunan (\*) işareti ile açık bir şekilde Tablo 18,19,20,21,22,23 ve 24 ‘te görülmektedir.

**Tablo 18:** Problem Çözme Puanlarının Annenin Eğitim Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi

	(I) Eğitim Durumu	(J) Eğitim Durumu	Ortalama Farkı (I-J)	SH	p
<b>Problem Çözme</b>	İlköğretim	Lise	4,81*	1,99	,020
		Üniversite	5,83*	1,86	,003
		Lisansüstü	8,17*	2,63	,003
	Lise	İlköğretim	-4,81*	1,99	,020
		Üniversite	1,02	1,37	,459
		Lisansüstü	3,36	2,31	,153
	Üniversite	İlköğretim	-5,83*	1,86	,003
		Lise	-1,02	1,37	,459
		Lisansüstü	2,33	2,20	,295
	Lisansüstü	İlköğretim	-8,17*	2,63	,003
		Lise	-3,36	2,31	,153
		Üniversite	-2,33	2,20	,295

\*p<,05

**Tablo 19:** İletişim Puanlarının Annenin Eğitim Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi

	(I) Eğitim Durumu	(J) Eğitim Durumu	Ortalama Farkı (I-J)	SH	p
<b>İletişim</b>	İlköğretim	Lise	4,95	3,42	,154
		Üniversite	8,17*	3,20	,014
		Lisansüstü	12,17*	4,52	,010
	Lise	İlköğretim	-4,95	3,42	,154
		Üniversite	3,21	2,36	,179
		Lisansüstü	7,21	3,97	,076
	Üniversite	İlköğretim	-8,17*	3,20	,014
		Lise	-3,21	2,35	,179
		Lisansüstü	4,00	3,78	,296
	Lisansüstü	İlköğretim	-12,17*	4,52	,010
		Lise	-7,21	3,97	,076
		Üniversite	-4,00	3,78	,296

\*p<,05

**Tablo 20:** Roller Puanlarının Annenin Eğitim Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı

Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi

	(I) Eğitim Durumu	(J) Eğitim Durumu	Ortalama Farkı (I-J)	SH	p
Roller	İlköğretim	Lise	6,69*	2,94	,028
		Üniversite	8,83*	2,75	,002
		Lisansüstü	12,58	3,88	,002
	Lise	İlköğretim	-6,69*	2,94	,028
		Üniversite	2,14	2,02	,295
		Lisansüstü	5,89	3,41	,091
	Üniversite	İlköğretim	-8,83*	2,75	,002
		Lise	-2,14	2,02	,295
		Lisansüstü	3,75	3,25	,255
	Lisansüstü	İlköğretim	-12,58*	3,88	,002
		Lise	-5,89	3,41	,091
		Üniversite	-3,75	3,25	,255

\*p&lt;,05

**Tablo 21:** Duygusal Tepki Verebilme Puanlarının Annenin Eğitim Durumuna Göre

Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi

	(I) Eğitim Durumu	(J) Eğitim Durumu	Ortalama Farkı (I-J)	SH	p
Duygusal Tepki Verebilme	İlköğretim	Lise	4,61	2,64	,088
		Üniversite	7,50	2,47	,004
		Lisansüstü	10,33*	3,50	,005
	Lise	İlköğretim	-4,61	2,64	,008
		Üniversite	2,88	1,82	,121
		Lisansüstü	5,71	3,07	,070
	Üniversite	İlköğretim	-7,50*	2,47	,004
		Lise	-2,88	1,82	,121
		Lisansüstü	2,83	2,93	,338
	Lisansüstü	İlköğretim	-10,33*	3,49	,005
		Lise	-5,71	3,07	,070
		Üniversite	-2,83	2,93	,338

\*p&lt;,05

**Tablo 22:** Gereken İlgiyi Gösterme Puanlarının Annenin Eğitim Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi

	(I) Eğitim Durumu	(J) Eğitim Durumu	Ortalama Farkı (I-J)	SH	p
<b>Gereken İlgiyi Gösterme</b>	İlköğretim	Lise	3,76*	1,43	,012
		Üniversite	4,29	1,34	,003
		Lisansüstü	5,08*	1,89	,010
	Lise	İlköğretim	-3,76*	1,43	,012
		Üniversite	0,53	0,99	,594
		Lisansüstü	1,32	1,66	,431
	Üniversite	İlköğretim	-4,29*	1,33	,003
		Lise	-0,53	0,99	,594
		Lisansüstü	0,79	1,58	,620
	Lisansüstü	İlköğretim	-5,08*	1,89	,010
		Lise	-1,32	1,66	,431
		Üniversite	-0,79	1,58	,620

\*p<,05

**Tablo 23:** Davranış Kontrolü Puanlarının Annenin Eğitim Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi

	(I) Eğitim Durumu	(J) Eğitim Durumu	Ortalama Farkı (I-J)	SH	p
<b>Davranış Kontrolü</b>	İlköğretim	Lise	5,85*	2,30	,014
		Üniversite	7,08	2,15	,002
		Lisansüstü	9,00	3,04	,005
	Lise	İlköğretim	-5,86*	2,30	,014
		Üniversite	1,23	1,58	,442
		Lisansüstü	3,14	2,67	,245
	Üniversite	İlköğretim	-7,08*	2,14	,002
		Lise	-1,23	1,58	,442
		Lisansüstü	1,92	2,54	,445
	Lisansüstü	İlköğretim	-9,00*	3,04	,005
		Lise	-3,14	2,67	,245
		Üniversite	-1,91	2,54	,455

\*p<,05

**Tablo 24:** Genel İşlevler Puanlarının Annenin Eğitim Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi

	(I) Eğitim Durumu	(J) Eğitim Durumu	Ortalama Farkı (I-J)	SH	p
<b>Genel İşlevler</b>	İlköğretim	Lise	9,21	4,80	,061
		Üniversite	12,71*	4,49	,007
		Lisansüstü	17,75*	6,35	,008
	Lise	İlköğretim	-9,21	4,80	,061
		Üniversite	3,49	3,31	,296
		Lisansüstü	8,55	5,58	,133
	Üniversite	İlköğretim	-12,71*	4,49	,007
		Lise	-3,49	3,31	,296
		Lisansüstü	5,04	5,31	,348
	Lisansüstü	İlköğretim	-17,75*	6,35	,008
		Lise	-8,54	5,58	,133
		Üniversite	-5,04	5,31	,348

\*p<,05

Tablo 16’da görülen aritmetik ortalamalardan ve Tablo 18,19,20,21,22,23 ve 24’deki çoklu karşılaştırmalardan görüleceği üzere annelerin eğitim düzeyi arttıkça ADÖ tüm alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları azalmaktadır. Buna göre tüm alt boyutlarda aile işlevleri en sağlıksız olan grubun ilköğretim mezunu anneler olduğu görülmüştür.



**2.2.5. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin, aile işlevleri annenin gelir düzeyine göre anlamlı düzeyde fark göstermekte midir?**

**Tablo 25:** Aile İşlevleri Puanlarının Annenin Gelir Durumu Değişkenine Göre Ortalama, Standart Sapma ve Standart Hata Değerleri

	<b>Gelir Durumu</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>SH</b>
<b>Problem Çözme</b>	250-500 TL	3	18,67	4,04	2,33
	500-1500 TL	11	15,91	3,88	1,17
	>1500 TL	34	12,50	4,19	0,71
	Total	48	13,67	4,47	0,64
<b>İletişim</b>	250-500 TL	3	26,33	4,04	2,33
	500-1500 TL	11	23,82	6,82	2,06
	>1500 TL	34	19,09	7,49	1,28
	Total	48	20,63	7,49	1,08
<b>Roller</b>	250-500 TL	3	33,00	6,08	3,51
	500-1500 TL	11	29,82	6,75	2,03
	>1500 TL	34	25,44	6,22	1,06
	Total	48	26,92	6,66	0,96
<b>Duygusal Tepki Verebilme</b>	250-500 TL	3	20,33	3,79	2,19
	500-1500 TL	11	15,55	5,56	1,67
	>1500 TL	34	11,35	5,51	0,94
	Total	48	12,88	5,95	0,85
<b>Gereken İlgiyi Gösterme</b>	250-500 TL	3	20,33	3,51	2,03
	500-1500 TL	11	18,18	3,79	1,14
	>1500 TL	34	15,85	2,58	0,44
	Total	48	16,67	3,18	0,46
<b>Davranış Kontrolü</b>	250-500 TL	3	28,00	3,61	2,08
	500-1500 TL	11	25,36	5,12	1,54
	>1500 TL	34	20,38	4,41	0,75
	Total	48	22,00	5,16	0,75
<b>Genel İşlevler</b>	250-500 TL	3	37,00	6,55	3,79
	500-1500 TL	11	30,00	10,26	3,09
	>1500 TL	34	23,71	10,17	1,74
	Total	48	25,98	10,59	1,52

**Tablo 26:** Aile İşlevlerinin, Annenin Gelir Durumu Değişkenine Göre Farkını Test Etmek İçin Yapılan ANOVA Testi

		<i>ANOVA</i>				
		SS	sd	KO	F	p
<b>Problem Çözme</b>	Gruplar Arası	176,59	2	88,29	5,21*	,009
	Gruplariçi	762,08	45	16,94		
	Toplam	838,67	47			
<b>İletişim</b>	Gruplar Arası	290,212	2	145,11	2,78	,073
	Gruplariçi	2349,04	45	52,20		
	Toplam	2639,25	47			
<b>Roller</b>	Gruplar Arası	277,648	2	138,82	3,46*	,040
	Gruplariçi	1808,02	45	40,18		
	Toplam	2085,68	47			
<b>Duygusal Tepki Verebilme</b>	Gruplar Arası	324,091	2	162,07	5,46*	,008
	Gruplariçi	1339,16	45	29,76		
	Toplam	1663,25	47			
<b>Gereken İlgiyi Gösterme</b>	Gruplar Arası	88,10	2	44,05	5,01*	,010
	Gruplariçi	388,57	45	8,64		
	Toplam	476,68	47			
<b>Davranış Kontrolü</b>	Gruplar Arası	321,42	2	160,71	7,76*	,001
	Gruplariçi	932,56	45	20,72		
	Toplam	1254,00	47			
<b>Genel İşlevler</b>	Gruplar Arası	717,92	2	358,96	3,56*	,037
	Gruplariçi	4549,06	45	101,09		
	Toplam	5266,98	47			

\* $p < ,05$

Tablo 26’da görüldüğü üzere aile işlevleri alt boyutları (problem çözme, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler) annenin gelir durumuna göre farklılaşmaktadır (sırasıyla,  $F_{(2,45)}=5,21$ ,  $p=,009$ ;  $F_{(2,45)}=3,46$ ,  $p=,040$ ;  $F_{(2,45)}=4,46$ ,  $p=,008$ ;  $F_{(2,45)}=5,01$ ,  $p=,010$ ;  $F_{(2,45)}=7,76$ ,  $p=,001$ ;  $F_{(2,45)}=3,56$ ,  $p=,037$ ). Hangi gruplar arasında fark olduğunu test etmek için Scheffe çoklu karşılaştırmalar testi yapılmıştır. Aralarında fark olan gruplar ortalama farkının üzerinde bulunan (\*) işareti ile açık bir şekilde Tablo 27,28,29,30,31 ve 32 ‘de görülmektedir.

**Tablo 27:** Problem Çözme Puanlarının Annenin Gelir Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi

	(I) Gelir Durumu	(J) Gelir Durumu	Ortalama Farkı (I-J)	SH	p
<b>Problem Çözme</b>	250-500 TL	500-1500 TL	2,76	2,68	,309
		>1500 TL	6,16*	2,48	,017
	500-1500 TL	250-500 TL	-2,76	2,68	,309
		>1500 TL	3,41*	1,42	,021
	>1500 TL	250-500 TL	-6,17*	2,48	,017
		500-1500 TL	-3,41	1,43	,021

\*p<,05

**Tablo 28:** Roller Puanlarının Annenin Gelir Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi

	(I) Gelir Durumu	(J) Gelir Durumu	Ortalama Farkı (I-J)	SH	p
<b>Roller</b>	250-500 TL	500-1500 TL	3,18	4,13	,445
		>1500 TL	7,56	3,82	,054
	500-1500 TL	250-500 TL	-3,18	4,13	,445
		>1500 TL	4,38	2,20	,053
	>1500 TL	250-500 TL	-7,56	3,82	,054
		500-1500 TL	-4,38	2,20	,053

\*p<,05

**Tablo 29:** Duygusal Tepki Verebilme Puanlarının Annenin Gelir Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi

	(I) Gelir Durumu	(J) Gelir Durumu	Ortalama Farkı (I-J)	SH	p
<b>Duygusal Tepki Verebilme</b>	250-500 TL	500-1500 TL	4,79	3,55	,185
		>1500 TL	8,99*	3,27	,009
	500-1500 TL	250-500 TL	-4,77	3,55	,185
		>1500 TL	4,19*	1,89	,032
	>1500 TL	250-500 TL	-8,98*	3,29	,009
		500-1500 TL	-4,19*	1,89	,032

\*p<,05

**Tablo 30:** Gereken İlgiyi Gösterme Puanlarının Annenin Gelir Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi

	(I) Gelir Durumu	(J) Gelir Durumu	Ortalama Farkı (I-J)	SH	p
<b>Gereken İlgiyi Gösterme</b>	250-500 TL	500-1500 TL	2,15	1,91	,267
		>1500 TL	4,48*	1,77	,015
	500-1500 TL	250-500 TL	-2,15	1,91	,267
		>1500 TL	2,33*	1,02	,027
	>1500 TL	250-500 TL	-4,48*	1,77	,015
		500-1500 TL	-2,33*	1,01	,027

\*p<,05

**Tablo 31:** Davranış Kontrolü Puanlarının Annenin Gelir Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi

	(I) Gelir Durumu	(J) Gelir Durumu	Ortalama Farkı (I-J)	SH	p
<b>Davranış Kontrolü</b>	250-500 TL	500-1500 TL	2,64	2,97	,379
		>1500 TL	7,62*	2,74	,008
	500-1500 TL	250-500 TL	-2,64	2,97	,379
		>1500 TL	4,98*	1,58	,003
	>1500 TL	250-500 TL	-7,62*	2,74	,008
		500-1500 TL	-4,98*	1,58	,003

\*p<,05

**Tablo 32:** Genel İşlevler Puanlarının Annenin Gelir Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Schaffe Çoklu Karşılaştırma Testi

	(I) Gelir Durumu	(J) Gelir Durumu	Ortalama Farkı (I-J)	SH	p
<b>Genel İşlevler</b>	250-500 TL	500-1500 TL	7,00	6,55	,291
		>1500 TL	13,29*	6,06	,033
	500-1500 TL	250-500 TL	-7,00	6,55	,291
		>1500 TL	6,29	3,49	,078
	>1500 TL	250-500 TL	-13,29*	6,06	,033
		500-1500 TL	-6,29	3,49	,078

\*p<,05

Tablo 25’te görülen aritmetik ortalamalardan ve Tablo 27,28,29,30,31 ve 32’deki çoklu karşılaştırmalardan görüleceği üzere annelerin gelir düzeyi arttıkça ADÖ alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları azalmaktadır. Buna göre problem çözme, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarda aile işlevleri en sağlıksız olan grubun 250-500 TL aylık geliri olan anneler olduğu görülmüştür.

### 2.2.6. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin, aile işlevleri çocuğun kaç yıldır diyabet hastası olduğuna göre anlamlı düzeyde fark göstermekte midir?

**Tablo 33:** ADÖ Puanlarının Çocuğun Kaç Yıldır Diyabet Hastası Olduğuna Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi

	Kaç yıldır diyabet	N	Ort.	SS	Std. Hata Ort.	t testi		
						t	Sd	p
<b>Problem Çözme</b>	1-5 yıl	32	13,84	4,40	0,78	0,385	46	,70
	6-10 yıl	16	13,31	4,73	1,18			
<b>İletişim</b>	1-5 yıl	32	21,31	7,42	1,31	0,897	46	,37
	6-10 yıl	16	19,25	7,70	1,93			
<b>Roller</b>	1-5 yıl	32	27,13	6,83	1,21	0,303	46	,76
	6-10 yıl	16	26,50	6,50	1,63			
<b>Duygusal Tepki Verebilme</b>	1-5 yıl	32	13,50	5,69	1,01	1,030	46	,31
	6-10 yıl	16	11,62	6,44	1,61			
<b>Gereken İlgiyi Gösterme</b>	1-5 yıl	32	16,94	3,18	0,56	0,831	46	,41
	6-10 yıl	16	16,13	3,22	0,81			
<b>Davranış Kontrolü</b>	1-5 yıl	32	22,53	4,87	0,86	1,008	46	,32
	6-10 yıl	16	20,94	5,72	1,43			
<b>Genel İşlevler</b>	1-5 yıl	32	26,72	10,27	1,82	0,681	46	,50
	6-10 yıl	16	24,50	11,39	2,85			

Tablo 33’de görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan annelerin aile işlevleri puanlarının, çocuğun kaç yıldır diyabet hastası olduğuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi

sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla,  $t(46)=0,38$ ;  $p>,05$ ,  $t(46)=0,89$ ;  $p>,05$ ,  $t(46)=0,30$ ;  $p>,05$ ,  $t(46)=1,03$ ;  $p>,05$ ,  $t(46)=0,83$ ;  $p>,05$ ,  $t(46)=1,00$ ;  $p>,05$ ,  $t(46)=0,68$ ;  $p>,05$ ).

### 2.2.7. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin, aile işlevleri diyabetli çocuğun doğum sırasına göre anlamlı düzeyde fark göstermekte midir?

**Tablo 34:** ADÖ Puanlarının Diyabetli Çocuğun Doğum Sırası Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi

						t testi																																																																																									
	Diyabetli Çocuk Kaçınıcı Çocuk	N	Ort.	SS	Std. Hata Ort.	t	Sd	p																																																																																							
<b>Problem Çözme</b>	1	26	12,42	4,38	0,86	-2,178*	46	,035																																																																																							
	2	22	15,14	4,20	0,90				<b>İletişim</b>	1	26	18,39	7,75	1,52	-2,359*	46	,023		2	22	23,27	6,37	1,36	<b>Roller</b>	1	26	24,39	5,79	1,14	-3,117*	46	,003		2	22	29,91	6,49	1,38	<b>Duygusal Tepki Verebilme</b>	1	26	10,85	5,58	1,09	-2,741*	46	,009		2	22	15,27	5,57	1,19	<b>Gereken İlgiyi Gösterme</b>	1	26	15,27	2,55	0,50	-3,732*	46	,001		2	22	18,32	3,11	0,66	<b>Davranış Kontrolü</b>	1	26	20,04	4,67	0,92	-3,113*	46	,003		2	22	24,32	4,83	1,03	<b>Genel İşlevler</b>	1	26	22,27	10,16	1,99	-2,829*	46	,007		2	22
<b>İletişim</b>	1	26	18,39	7,75	1,52	-2,359*	46	,023																																																																																							
	2	22	23,27	6,37	1,36				<b>Roller</b>	1	26	24,39	5,79	1,14	-3,117*	46	,003		2	22	29,91	6,49	1,38	<b>Duygusal Tepki Verebilme</b>	1	26	10,85	5,58	1,09	-2,741*	46	,009		2	22	15,27	5,57	1,19	<b>Gereken İlgiyi Gösterme</b>	1	26	15,27	2,55	0,50	-3,732*	46	,001		2	22	18,32	3,11	0,66	<b>Davranış Kontrolü</b>	1	26	20,04	4,67	0,92	-3,113*	46	,003		2	22	24,32	4,83	1,03	<b>Genel İşlevler</b>	1	26	22,27	10,16	1,99	-2,829*	46	,007		2	22	30,37	9,53	2,03												
<b>Roller</b>	1	26	24,39	5,79	1,14	-3,117*	46	,003																																																																																							
	2	22	29,91	6,49	1,38				<b>Duygusal Tepki Verebilme</b>	1	26	10,85	5,58	1,09	-2,741*	46	,009		2	22	15,27	5,57	1,19	<b>Gereken İlgiyi Gösterme</b>	1	26	15,27	2,55	0,50	-3,732*	46	,001		2	22	18,32	3,11	0,66	<b>Davranış Kontrolü</b>	1	26	20,04	4,67	0,92	-3,113*	46	,003		2	22	24,32	4,83	1,03	<b>Genel İşlevler</b>	1	26	22,27	10,16	1,99	-2,829*	46	,007		2	22	30,37	9,53	2,03																											
<b>Duygusal Tepki Verebilme</b>	1	26	10,85	5,58	1,09	-2,741*	46	,009																																																																																							
	2	22	15,27	5,57	1,19				<b>Gereken İlgiyi Gösterme</b>	1	26	15,27	2,55	0,50	-3,732*	46	,001		2	22	18,32	3,11	0,66	<b>Davranış Kontrolü</b>	1	26	20,04	4,67	0,92	-3,113*	46	,003		2	22	24,32	4,83	1,03	<b>Genel İşlevler</b>	1	26	22,27	10,16	1,99	-2,829*	46	,007		2	22	30,37	9,53	2,03																																										
<b>Gereken İlgiyi Gösterme</b>	1	26	15,27	2,55	0,50	-3,732*	46	,001																																																																																							
	2	22	18,32	3,11	0,66				<b>Davranış Kontrolü</b>	1	26	20,04	4,67	0,92	-3,113*	46	,003		2	22	24,32	4,83	1,03	<b>Genel İşlevler</b>	1	26	22,27	10,16	1,99	-2,829*	46	,007		2	22	30,37	9,53	2,03																																																									
<b>Davranış Kontrolü</b>	1	26	20,04	4,67	0,92	-3,113*	46	,003																																																																																							
	2	22	24,32	4,83	1,03				<b>Genel İşlevler</b>	1	26	22,27	10,16	1,99	-2,829*	46	,007		2	22	30,37	9,53	2,03																																																																								
<b>Genel İşlevler</b>	1	26	22,27	10,16	1,99	-2,829*	46	,007																																																																																							
	2	22	30,37	9,53	2,03																																																																																										

\* $p<,05$

Tablo 34'de görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan annelerin aile işlevleri puanlarının, diyabetli çocuğunun kaçınıcı çocuk olduğuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, tüm grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla,  $t(46)=-2,17$ ,  $p<,05$ ;  $t(46)=-2,35$ ,  $p<,05$ ;  $t(46)=-3,11$ ,

$p < ,05$ ;  $t(46) = -2,74$ ,  $p < ,05$ ;  $t(46) = -3,73$ ,  $p < ,05$ ;  $t(46) = 3,11$ ,  $p < ,05$ ,  $t(46) = -2,82$ ;  $p < ,05$ ). Buna göre ADÖ alt ölçeği puan ortalamaları 2. çocuğu diyabetli annelerde, 1. çocuğu diyabetli annelere göre daha yüksektir.

### 2.2.8. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin, aile işlevleri ailedeki çocuk sayısına göre anlamlı düzeyde fark göstermekte midir?

**Tablo 35:** Aile İşlevleri Puanlarının Ailedeki Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Ortalama, Standart Sapma ve Standart Hata Değerleri

	Ailedeki Çocuk Sayısı	N	Ort.	SS	SH
<b>Problem Çözme</b>	1	16	11,63	4,83	1,21
	2	24	14,04	4,01	0,82
	3	8	16,63	3,38	1,19
	Total	48	13,67	4,47	0,65
<b>İletişim</b>	1	16	17,81	7,97	1,99
	2	24	20,67	7,03	1,44
	3	8	26,13	5,08	1,80
	Total	48	20,63	7,49	1,08
<b>Roller</b>	1	16	24,67	6,37	1,59
	2	24	26,42	6,37	1,30
	3	8	32,88	4,97	1,76
	Total	48	26,92	6,66	0,96
<b>Duygusal Tepki Verebilme</b>	1	16	10,56	5,69	1,42
	2	24	13,04	5,74	1,17
	3	8	17,00	5,32	1,88
	Total	48	12,87	5,95	0,86
<b>Gereken İlgiyi Gösterme</b>	1	16	15,06	3,00	0,75
	2	24	16,83	2,62	0,53
	3	8	19,38	3,46	1,22
	Total	48	16,67	3,19	0,46
<b>Davranış Kontrolü</b>	1	16	19,13	4,44	1,11
	2	24	22,29	4,63	0,95
	3	8	26,88	4,49	1,59
	Total	48	22,00	5,17	0,75
<b>Genel İşlevler</b>	1	16	21,38	10,80	2,70
	2	24	26,29	9,83	2,01
	3	8	34,25	7,61	2,69
	Total	48	25,98	10,59	1,53

**Tablo 36:** Aile İşlevlerinin, Ailedeki Çocuk Sayısına Göre Farkını Test Etmek İçin

Yapılan ANOVA Testi

		<i>ANOVA</i>				
		SS	sd	KO	F	p
<b>Problem Çözme</b>	Gruplar Arası	140,08	2	70,04	3,95*	,026
	Gruplariçi	798,58	45	17,75		
	Toplam	938,67	47			
<b>İletişim</b>	Gruplar Arası	368,60	2	184,30	3,65*	,034
	Gruplariçi	2270,65	45	50,46		
	Toplam	2639,25	47			
<b>Roller</b>	Gruplar Arası	369,52	2	184,76	4,85*	,012
	Gruplariçi	1716,15	45	38,14		
	Toplam	2085,67	47			
<b>Duygusal Tepki Verebilme</b>	Gruplar Arası	222,35	2	111,18	3,47*	,040
	Gruplariçi	1440,90	45	32,02		
	Toplam	1663,25	47			
<b>Gereken İgiyi Gösterme</b>	Gruplar Arası	100,52	2	50,26	6,01*	,005
	Gruplariçi	376,15	45	8,36		
	Toplam	476,68	47			
<b>Davranış Kontrolü</b>	Gruplar Arası	324,42	2	162,21	7,85*	,001
	Gruplariçi	929,58	45	20,66		
	Toplam	1254,00	47			
<b>Genel İşlevler</b>	Gruplar Arası	888,77	2	444,38	4,57*	,016
	Gruplariçi	4378,21	45	97,29		
	Toplam	5266,98	47			

\* $p < ,05$ 

Tablo 36’da görüldüğü üzere aile işlevleri alt boyutları annenin çocuk sayısına göre farklılaşmaktadır (sırasıyla,  $F_{(2,45)}=3,95$ ,  $p=,026$ ;  $F_{(2,45)}=3,65$ ,  $p=,034$ ;  $F_{(2,45)}=4,85$ ,  $p=,012$ ;  $F_{(2,45)}=3,47$ ,  $p=,040$ ;  $F_{(2,45)}=6,01$ ,  $p=,005$ ;  $F_{(2,45)}=7,85$ ,  $p=,0137$ ;  $F_{(2,45)}=4,57$ ,  $p=,016$ ). Hangi gruplar arasında fark olduğunu test etmek için Scheffe çoklu karşılaştırmalar testi yapılmıştır. Aralarında fark olan gruplar ortalama farkının üzerinde bulunan (\*) işareti ile açık bir şekilde Tablo 37,38,39,40,41,42 ve 43 ‘de görülmektedir.



**Tablo 37:** Problem Çözme Puanlarının Ailedeki Çocuk Sayısına Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi

	(I) Çocuk Sayısı	(J) Çocuk Sayısı	Ortalama Farkı (I-J)	SH	p
Problem Çözme	1	2	-2,42*	1,36	,082
		3	-5,00*	1,82	,009
	2	1	2,42	1,36	,082
		3	-2,58	1,72	,140
	3	1	5,00*	1,82	,009
		2	2,58	1,72	,140

\*p<,05

**Tablo 38:** İletişim Puanlarının Ailedeki Çocuk Sayısına Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi

	(I) Çocuk Sayısı	(J) Çocuk Sayısı	Ortalama Farkı (I-J)	SH	p
İletişim	1	2	-2,85	2,29	,220
		3	-8,31*	3,08	,010
	2	1	2,85	2,29	,220
		3	-5,46	2,90	,066
	3	1	8,31*	3,08	,010
		2	5,45	2,90	,066

\*p<,05

**Tablo 39:** Roller Puanlarının Ailedeki Çocuk Sayısına Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi

	(I) Çocuk Sayısı	(J) Çocuk Sayısı	Ortalama Farkı (I-J)	SH	p
Roller	1	2	-1,73	1,99	,390
		3	-8,19*	2,67	,004
	2	1	1,73	1,99	,390
		3	-6,46*	2,52	,014
	3	1	8,19*	2,67	,004
		2	6,46*	2,52	,014

\* p<,05

**Tablo 40:** Duygusal Tepki Verebilme Puanlarının Ailedeki Çocuk Sayısına Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi

	(I) Çocuk Sayısı	(J) Çocuk Sayısı	Ortalama Farkı (I-J)	SH	p
<b>Duygusal Tepki Verebilme</b>	1	2	-2,48	1,83	,181
		3	-6,44*	2,45	,012
	2	1	2,48	1,83	,181
		3	-3,96	2,31	,094
	3	1	6,44*	2,45	,012
		2	3,96	2,31	,094

\* p<,05

**Tablo 41:** Gereken İlgiyi Gösterme Puanlarının Ailedeki Çocuk Sayısına Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi

	(I) Çocuk Sayısı	(J) Çocuk Sayısı	Ortalama Farkı (I-J)	SH	p
<b>Gereken İlgiyi Gösterme</b>	1	2	-1,77	0,93	,064
		3	-4,31*	1,25	,001
	2	1	1,77	0,93	,064
		3	-2,54*	1,18	,037
	3	1	4,31*	1,25	,001
		2	2,54*	1,18	,037

\* p<,05

**Tablo 42:** Davranış Kontrolü Puanlarının Ailedeki Çocuk Sayısına Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi

	(I) Çocuk Sayısı	(J) Çocuk Sayısı	Ortalama Farkı (I-J)	SH	p
<b>Davranış Kontrolü</b>	1	2	-3,17*	1,47	,036
		3	-7,75*	1,97	,000
	2	1	3,17*	1,47	,036
		3	-4,58*	1,86	,017
	3	1	7,75*	1,97	,000
		2	4,58*	1,86	,017

\* p<,05

**Tablo 43:** Genel İşlevler Puanlarının Ailedeki Çocuk Sayısına Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi

	(I) Çocuk Sayısı	(J) Çocuk Sayısı	Ortalama Farkı (I-J)	SH	p
Genel İşlevler	1	2	-4,91	3,18	,129
		3	-12,88*	4,27	,004
	2	1	4,92	3,18	,129
		3	-7,96	4,03	,054
	3	1	12,88*	4,27	,004
		2	7,96	4,03	,054

\*  $p < ,05$

Tablo 35’te görülen aritmetik ortalamalardan ve Tablo 37,38,39,40,41,42 ve 43’deki çoklu karşılaştırmalardan görüleceği üzere annelerin çocuk sayısı arttıkça ADÖ alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları da artmaktadır. Buna göre ADÖ tüm alt boyutlarda aile işlevleri en sağlıksız olan grubun 3 çocuğu olan anneler olduğu görülmüştür.

### 2.2.9. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin durumluk sürekli kaygı düzeyi annenin yaşına göre anlamlı düzeyde fark göstermekte midir?

**Tablo 44:** Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Annenin Yaşı Değişkenine Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi

t testi								
	Yaş Grubu	N	Ort.	SS	Std. Hata Ort.	t	Sd	p
Durumluk Kaygı	30-40 arası	27	48,59	15,07	2,90	-0,745	46	,46
	41-51 arası	21	52,05	16,99	3,70			
Sürekli Kaygı	30-40 arası	27	49,59	10,33	1,99	-1,924	46	,61
	41-51 arası	21	55,43	10,54	2,30			

Tablo 44’de görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan annelerin durumluk ve sürekli kaygı puanlarının annenin yaşına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t(46)=-0,74; p > ,05$ ,  $t(46)=-1,92; p > ,05$ ).

### 2.2.10. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin durumluk sürekli kaygı düzeyi annenin eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde fark göstermekte midir?

**Tablo 45:** Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Annenin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Ortalama, Standart Sapma ve Standart Hata Değerleri

	<b>Annenin Eğitim Durumu</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	<b>SH</b>
<b>Durumluk Kaygı</b>	İlköğretim	6	69,00	7,77	3,17
	Lise	14	49,50	15,02	4,01
	Üniversite	24	46,38	15,84	3,23
	Lisansüstü	4	46,25	9,61	4,80
	Total	48	50,10	15,86	2,29
<b>Sürekli Kaygı</b>	İlköğretim	6	67,17	5,08	2,07
	Lise	14	50,50	9,16	2,45
	Üniversite	24	50,29	10,51	2,15
	Lisansüstü	4	46,50	3,70	1,85
	Total	48	52,15	10,72	1,55

**Tablo 46:** Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Annenin Eğitim Durumuna Göre Farkını Test Etmek İçin Yapılan ANOVA Testi

		<b>ANOVA</b>				
		<b>SS</b>	<b>sd</b>	<b>KO</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Durumluk Kaygı</b>	Gruplar Arası	2540,60	3	846,87	4,015*	,013
	Gruplarıçi	9279,88	44	210,91		
	Toplam	11820,48	47			
<b>Sürekli Kaygı</b>	Gruplar Arası	1601,69	3	533,90	6,185*	,001
	Gruplarıçi	3798,29	44	86,33		
	Toplam	5399,98	47			

\* $p < ,05$

Tablo 46’da görüldüğü üzere durumluk – sürekli kaygı düzeyleri, annenin eğitim durumuna göre farklılaşmaktadır (sırasıyla,  $F_{(3,44)}=4,02$ ,  $p=.013$ ;  $F_{(3,44)}=6,19$ ,  $p=.001$ ). Hangi gruplar arasında fark olduğunu test etmek için Scheffe çoklu karşılaştırmalar testi yapılmıştır. Aralarında fark olan gruplar ortalama farkının üzerinde bulunan asteriks (\*) işareti ile açık bir şekilde Tablo 47’de görülmektedir.

**Tablo 47:** Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Annenin Eğitim Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi

	<b>(I) Eğitim Durumu</b>	<b>(J) Eğitim Durumu</b>	<b>Ortalama Farkı (I-J)</b>	<b>SH</b>	<b>p</b>
<b>Durumluk Kaygı</b>	İlköğretim	Lise	19,50*	7,09	,009
		Üniversite	22,63*	6,63	,001
		Lisansüstü	22,75*	9,37	,019
	Lise	İlköğretim	-19,50*	7,09	,009
		Üniversite	3,13	4,88	,526
		Lisansüstü	3,25	8,23	,695
	Üniversite	İlköğretim	-22,63*	6,63	,001
		Lise	-3,13	4,88	,526
		Lisansüstü	0,13	7,84	,987
	Lisansüstü	İlköğretim	-22,75*	9,37	,019
		Lise	-3,25	8,23	,695
		Üniversite	-0,13	7,84	,987
<b>Sürekli Kaygı</b>	İlköğretim	Lise	16,67*	4,53	,001
		Üniversite	16,88*	4,24	,000
		Lisansüstü	20,67*	6,00	,001
	Lise	İlköğretim	-16,67*	4,53	,001
		Üniversite	0,21	3,13	,947
		Lisansüstü	4,00	5,27	,452
	Üniversite	İlköğretim	-16,88*	4,24	,000
		Lise	-0,21	3,13	,947
		Lisansüstü	3,79	5,02	,454
	Lisansüstü	İlköğretim	-20,67*	6,00	,001
		Lise	-4,00	5,27	,452
		Üniversite	-3,79	5,02	,454

\* $p<,05$

Tablo 45’te görülen aritmetik ortalamalardan ve Tablo 47’deki çoklu karşılaştırmalardan görüleceği üzere annelerin eğitim düzeyi arttıkça ADÖ alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları azalmaktadır. Buna göre durumluk ve sürekli kaygısı en yüksek olan grubun ilköğretim mezunu olan anneler olduğu görülmüştür.

### 2.2.11. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin durumluk sürekli kaygı düzeyi annenin gelir düzeyine göre anlamlı düzeyde fark göstermekte midir?

**Tablo 48:** Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Annenin Gelir Durumu Değişkenine Göre Ortalama, Standart Sapma ve Standart Hata Değerleri

	Annenin Gelir Durumu	N	Ort.	SS	SH
<b>Durumluk Kaygı</b>	250-500 TL	3	64,00	20,81	12,01
	500-1500 TL	11	62,00	11,57	3,49
	>1500 TL	34	45,03	14,15	2,43
	Total	48	50,10	15,86	2,29
<b>Sürekli Kaygı</b>	250-500 TL	3	68,00	5,57	3,22
	500-1500 TL	11	59,64	7,81	2,36
	>1500 TL	34	48,32	9,31	1,60
	Total	48	52,15	10,72	1,55

**Tablo 49:** Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Annenin Gelir Durumuna Göre Farkını Test Etmek İçin Yapılan ANOVA Testi

		<i>ANOVA</i>				
		SS	sd	KO	F	p
<b>Durumluk Kaygı</b>	Gruplar Arası	3011,51	2	1505,75	7,692*	,001
	Gruplarıçi	8808,98	45	195,76		
	Toplam	11820,48	47			
<b>Sürekli Kaygı</b>	Gruplar Arası	1867,99	2	934,00	11,90*	,000
	Gruplarıçi	3531,99	45	78,49		
	Toplam	5399,98	47			

\*p<,05

Tablo 49’da görüldüğü üzere durumluk – sürekli kaygı düzeyleri, annenin gelir durumuna göre farklılaşmaktadır (sırasıyla,  $F_{(2,45)}=7,69$ ,  $p=.001$ ;  $F_{(2,45)}=11,90$ ,  $p=.000$ ). Hangi gruplar arasında fark olduğunu test etmek için Scheffe çoklu

karşılaştırmalar testi yapılmıştır. Aralarında fark olan gruplar ortalama farkının üzerinde bulunan asteriks (\*) işareti ile açık bir şekilde Tablo 50’de görülmektedir.

**Tablo 50:** Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Annenin Gelir Durumuna Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Scheffe Çoklu Karşılaştırma Testi

	<b>(I) Gelir Durumu</b>	<b>(J) Gelir Durumu</b>	<b>Ortalama Farkı (I-J)</b>	<b>SH</b>	<b>p</b>
<b>Durumluk Kaygı</b>	250-500 TL	500-1500 TL	2,00	9,11	,827
		>1500 TL	18,97*	8,43	,029
	500-1500 TL	250-500 TL	-2,00	9,11	,827
		>1500 TL	16,97*	4,85	,001
	>1500 TL	250-500 TL	-18,97*	8,43	,029
		500-1500 TL	-16,97*	4,85	,001
<b>Sürekli Kaygı</b>	250-500 TL	500-1500 TL	8,36	5,77	,154
		>1500 TL	19,68*	5,33	,001
	500-1500 TL	250-500 TL	-8,36	5,77	,154
		>1500 TL	11,31*	3,07	,001
	>1500 TL	250-500 TL	-19,68*	5,33	,001
		500-1500 TL	-11,31*	3,07	,001

\*p<,05

Tablo 48’te görülen aritmetik ortalamalardan ve Tablo 50’deki çoklu karşılaştırmalardan görüleceği üzere annelerin gelir düzeyi arttıkça durumluk ve sürekli kaygı ölçeğinden alınan puan ortalamaları azalmaktadır. Buna göre durumluk ve sürekli kaygısı en yüksek olan grubun aylık 250-500 TL geliri olan anneler olduğu görülmüştür.

**2.2.12. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin durumluk sürekli kaygı düzeyi çocuğun kaç yıldır diyabet hastası olduğu durumuna göre anlamlı düzeyde fark göstermekte midir?**

**Tablo 51:** Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Çocuğun Kaç Yıldır Diyabet Hastası Olduğuna Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi

						t testi		
	Kaç yıldır diyabet	N	Ort.	SS	Std. Hata Ort.	t	Sd	p
<b>Durumluk Kaygı</b>	1-5 yıl	32	52,00	15,47	2,73	1,176	46	,246
	6-10 yıl	16	46,31	16,44	4,11			
<b>Sürekli Kaygı</b>	1-5 yıl	32	53,22	10,40	1,84	0,980	46	,332
	6-10 yıl	16	50,00	11,36	2,84			

Tablo 51’de görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan annelerin durumluk ve sürekli kaygı puanlarının, çocuğun kaç yıldır diyabet hastası olduğuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t(46)=1,17; p>,05$ ,  $t(46)=0,98; p>,05$ ).



**2.2.13. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin durumluk sürekli kaygı düzeyi diyabetli çocuğun doğum sırasına göre anlamlı düzeyde fark göstermekte midir?**

**Tablo 52:** Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Diyabetli Çocuğun Kaçınıcı Çocuk Olduğuna Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi

	Diyabetli Çocuk Kaçınıcı Çocuk	N	Ort.	SS	Std. Hata Ort.	t testi		
						t	Sd	p
<b>Durumluk Kaygı</b>	1	26	45,69	15,40	3,02	-2,177*	46	,035
	2	22	55,32	15,10	3,22			
<b>Sürekli Kaygı</b>	1	26	48,04	9,21	1,81	-3,148*	46	,003
	2	22	57,00	10,52	2,24			

\*p<,05

Tablo 52’de görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan annelerin durumluk ve sürekli kaygı puanlarının, diyabetli çocuğun kaçınıcı çocuk olduğuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t(46)=-2,17; p<,05$ ,  $t(46)=-3,14; p<,05$ ). Buna göre, durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları ikinci çocuğu diyabet hastası olan annelerde, ilk çocuğu diyabet hastası olan annelere göre daha yüksektir.

**2.2.14. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin durumluk sürekli kaygı düzeyi çocuk sayısına göre anlamlı düzeyde fark göstermekte midir?**

**Tablo 53:** Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Ailedeki Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Ortalama, Standart Sapma ve Standart Hata Değerleri

	Ailedeki Çocuk Sayısı	N	Ort.	SS	SH
<b>Durumluk Kaygı</b>	1	16	43,13	15,70	3,93
	2	24	50,17	14,82	3,03
	3	8	63,88	10,53	3,73
	Total	48	50,10	15,86	2,29
<b>Sürekli Kaygı</b>	1	16	46,31	9,41	2,35
	2	24	52,33	9,51	1,94
	3	8	63,25	8,08	2,85
	Total	48	52,15	10,72	1,54

**Tablo 54:** Durumluk – Sürekli Kaygı Puanlarının Ailedeki Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Farkını Test Etmek İçin Yapılan ANOVA Testi

		<i>ANOVA</i>				
		SS	sd	KO	F	p
<b>Durumluk Kaygı</b>	Gruplar Arası	2296,52	2	1148,26	5,425*	,008
	Gruplarıçi	9523,96	45	211,64		
	Toplam	11820,48	47			
<b>Sürekli Kaygı</b>	Gruplar Arası	1531,71	2	765,85	8,909*	,001
	Gruplarıçi	3868,27	45	85,96		
	Toplam	5399,98	47			

\*p<,05

Tablo 54'te görüldüğü üzere durumluk – sürekli kaygı düzeyleri, ailedeki çocuk sayısına göre farklılaşmaktadır (sırasıyla,  $F_{(2,45)} = 5,43$ ,  $p = .008$ ;  $F_{(2,45)} = 8,91$ ,  $p = .001$ ). Hangi gruplar arasında fark olduğunu test etmek için Scheffe çoklu karşılaştırmalar testi yapılmıştır. Aralarında fark olan gruplar ortalama farkının üzerinde bulunan asteriks (\*) işareti ile açık bir şekilde Tablo 55'de görülmektedir.

**Tablo 55:** Durumluk ve Sürekli Kaygı Puanlarının Ailedeki Çocuk Sayısına Göre Gruplar Arası Farkı Test Etmek İçin Yapılan Schaffe Çoklu Karşılaştırma Testi

	(I) Çocuk Sayısı	(J) Çocuk Sayısı	Ortalama Farkı (I-J)	SH	p
<b>Durumluk Kaygı</b>	1	2	-7,04	4,70	,141
		3	-20,75*	6,30	,002
	2	1	7,04	4,70	,141
		3	-13,71*	5,94	,026
	3	1	20,75*	6,30	,002
		2	13,71*	5,99	,026
<b>Sürekli Kaygı</b>	1	2	-6,02	2,99	,050
		3	-16,94*	4,02	,000
	2	1	6,02	2,99	,050
		3	-10,92*	3,79	,006
	3	1	16,94*	4,02	,000
		2	10,92*	3,79	,006

\*p<,05

Tablo 53'te görülen aritmetik ortalamalardan ve Tablo 55'deki çoklu karşılaştırmalardan görüleceği üzere çocuk sayısı arttıkça durumluk ve sürekli kaygı ölçeğinden alınan puan ortalamaları da artmaktadır. Buna göre durumluk ve sürekli kaygısı en yüksek olan grubun 3 çocuğu olan anneler olduğu görülmüştür.

## 2.3. TARTIŞMA

### 2.3.1. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin aile işlevlerinin sağlıklı çocuğu olan annelerin aile işlevlerine göre karşılaştırılmasına ait bulguların tartışılması ve yorumu

Bulgulara göre, annelerin diyabet hastası – sağlıklı çocuğu olma durumunun aile işlevleri açısından değerlendirildiğinde, ADÖ'nün “Problem Çözme, İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Davranış Kontrolü ve Genel İşlevler” alt boyutları açısından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ( $p < .05$ ). Ancak “Gereken İlgiyi Gösterebilme” alt boyutu açısından diyabetli çocuğa sahip olan ve sağlıklı çocuğa sahip olan gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > .05$ ). ADÖ'nün “Problem Çözme, İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Davranış Kontrolü ve Genel İşlevler” alt boyutları açısından değerlendirildiğinde, diyabet hastası çocuğu olan annelerin aile işlevlerindeki sağlıklılık azalmaktadır. Ailede diyabet gibi kronik hastalığa sahip çocuğun varlığı, çocuğun günlük bakımı, hastalığının takibi, uygun beslenme düzeninin oluşturulması, egzersiz ve spor aktiviteleri düzenlenmesi gibi, sağlıklı çocuğun bakımından daha farklı gereksinimlere ihtiyaç duyurmaktadır. Çocuğun bakımından birinci dereceden annenin sorumlu olduğu varsayılarak hasta çocuğun durumunun en fazla anneyi etkilediği düşünülebilir. Bu durum annenin, ailenin diğer fertlerine oranla, aile işlevlerini olumsuz etkilediği söylenebilir.

Problem çözme, ailenin etkili bir şekilde işlevlerini yerine getirebileceği düzeyde maddi manevi sorunlarını çözebilme becerisi olarak açıklanmaktadır. Sorunun ortaya çıkışından, çözümlenmesine kadar olan dönemi kapsar ve etkin problem çözümü için gerekli görülen yedi aşama şu şekildedir; 1. Problemin

tanımlanması, 2. Problem konusunda uygun kişilerle iletişim kurulması, 3. Alternatif çözümler geliştirme, 4. Alternatif çözümlerden biri üzerinde karar verme, 5. Seçilen alternatifin gerektirdiği aksiyonu başlatma, 6. Seçilen aksiyonun izlenmesi, 7. Problem çözme sürecinin etkinliğini değerlendirme. Ailede diyabet hastası bir çocuğun varlığı annenin tüm bu problem çözme aşamalarını sağlıklı bir şekilde sürdürmesine engel teşkil etmektedir. Diyabetli bir çocuğun varlığı beraberinde pek çok problem getireceğinden, hem hasta çocuğun problemleri hem de ailenin diğer sağlıklı üyelerinin problemleri annenin yükünü arttırabileceğinden problem çözme fonksiyonunu da olumsuz etkilemektedir.

Diyabet gibi kronik hastalıklar kısa veya uzun dönemde yaşamsal tehdit içerdiğinden hastalığın evreleri ve komplikasyonlarının doğurduğu sorun ve sıkıntılar başta anne olmak üzere tüm aile fertlerinde olumsuz duygular yaşanmasına neden olmaktadır. Özellikle anneler olumsuz duygularını ifade etmekten, hislerini paylaşmaktan kaçınabilmektedirler. Bir başka durumda da hasta çocuk ve onun ihtiyaçlarıyla ağırlıklı olarak uğraşan anneler bu iş yükünün yanı sıra sevgi ve şefkat gibi olumlu duygularını da yeteri kadar ifade edemeyebilirler. Her iki durum da diyabet hastası çocuğu olana annelerin aile içi iletişim fonksiyonlarını olumsuz olarak etkilemektedir.

Roller ile ilgili boyut, aile içindeki görevlerin belirgin ve eşit olarak üyelere dağılımı ile görevlerin aile üyeleri tarafından sorumlu bir şekilde yerine getirilip getirilememesini de içermektedir. Geleneksel aile yapımızda çocuk bakımından birinci dereceden sorumlu olan annenin diğer aile fertlerinden daha etkin ve daha fazla role sahip olması bu işlevi sağlıklı bir şekilde yerine getirmesine engel teşkil etmektedir.

Duygusal tepki verebilme, aile üyelerinin her türlü uyarılar karşısında en uygun tepkiyi göstermesi anlamına gelmektedir. Burada sevgi, mutluluk, neşe gibi ferahlık ifade eden duyguların yanı sıra; kızgınlık, üzüntü, korku gibi olumsuz duyguları da içermektedir. Diyabet hastalığının kontrol altında tutulabilmesi için insülin, beslenme ve egzersiz gereklilikleri yanı sıra stres kontrolü de önemli bir faktör teşkil ettiğinden, hasta bir çocuğa sahip olan ve onun bakımına önderlik eden annenin, taşıdığı olumsuz duyguları ifade edecek durumlardan kaçınmasına neden olabilmektedir. Sıkıntı, üzüntü, kaygı, endişe ve korku gibi duygularını ifade edecek söz ve davranışlar, ağlamak gibi eylemlerden mümkün olduğunca kaçınmak bu fonksiyonun sağlıklılığını azaltmaktadır.

Ailenin, üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimi davranış kontrolü olarak belirtilmiştir. Bu alt ölçekte psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışlar değerlendirilir. Esnek davranış kontrolü en sağlıklı, kaotik davranış kontrolü ise en sağlıksız aile işlevinin göstergesidir. Diyabet hastası bir çocuğun varlığı sağlık açısından pek çok acil müdahale gerektiren durumların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Hipoglisemi veya hiperglisemi atakları ailede karmaşa ve karışıklık yaratabileceğinden, kuralların ve standartların değişmesine yol açabilir. Bu durumların önceden belirlenmesi ve kontrol altında tutulması her zaman mümkün olamamaktadır bu da davranış kontrolü işlevini bozmaktadır.

Fazlıoğlu ve arkadaşları (2010), epilepsi tanısı konan çocukların ebeveynlerinin aile işlevlerini incelediği araştırmasında, epilepsi tanılı çocuğu olan ebeveynleri, sağlıklı çocuğu olan ebeveynlere göre aile işlevleri (roller, duygusal tepki verme, gereken ilgiyi gösterme ve genel işlevler) açısından daha işlevsiz olarak bulmuştur. Söz konusu bulgular bu araştırmanın sonuçlarıyla kısmen örtüşmektedir.

Branstetter ve arkadaşları (2008), kronik hastalığı bulunan çocukların ailelerindeki iletişim temalarını araştırdıkları çalışmada, hem kronik hastalığı olan hem de sağlıklı çocukları bulunan aileler ile çalışmışlardır. Kanser, kistik fibroz, diyabet, spina bñida ve gelişimsel bozuklukları olan çocukların aileleriyle yapılan araştırma bulgularına göre, etkili aile içi iletişim şekillerinin (sorunları açıkça konuşmak, aktif dinlemek, verimli sorun çözmek vs.) aile üyelerinin bağlarını güçlendirdiği ve uyumu arttırdığı belirtilmektedir. Ancak ailede kronik bir hastalığa sahip çocuğun varlığı iletişim anlamında sıkıntılara yol açabildiği gibi çocuğun ihtiyaçları doğrultusunda aile üyelerinin rollerini ve ilişkilerini de değiştirdiği ifade edilmiştir. Söz konusu bulgular, bu araştırmanın sonuçlarıyla örtüşmektedir.

Özşenol ve arkadaşları (2003)'da engelli çocuğa sahip ailelerin aile işlevlerini değerlendirmiş ve sonuç olarak, çocuğunun engelinden dolayı yakın çevrenin kendisinden uzaklaşacağını düşünen annelerin, roller fonksiyonunun aile işlevlerine etkide bulunduğunu belirtmiştir.

### **2.3.2. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin, sağlıklı çocuğu olan annelerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerine göre incelemesine ait bulguların tartışılması ve yorumu**

Bulgulara göre, annelerin diyabet hastası – sağlıklı çocuğu olma durumunun durumluk ve sürekli kaygı açısından değerlendirildiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ( $p < .05$ ). Bir başka deyişle, diyabet hastası çocuğu olan annelerin durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeyleri, sağlıklı çocuğu olan annelerden daha yüksektir. Kronik bir hastalık olan diyabet, hastanın günlük yaşam kalitesini etkilediği kadar, zaman içerisinde bir takım komplikasyonlara da yol açabilmektedir. Diyabetli hastanın günlük bakımı; şeker seviyesinin kontrol altında

tutulması, beslenme düzenine dikkat edilmesi, hipoglisemi ve hiperglisemi ataklarından korunması, düzenli ilaç ya da insülin uygulaması ve egzersiz yapılması gibi bir takım gereklilikler içermektedir. Tüm bu gerekliliklerin hayati tehlikeler içeriyor olması ve günün herhangi bir saatinde bir ya da birkaç kez karşılaşılabile ihtimali taşımamasını oldukça stresli ve kaygı verici olarak nitelendirmek mümkündür. Çocuğun bakımından birinci dereceden annenin sorumlu olduğu varsayıldığında, bu gerekliliklerin annelerin durumluk kaygı düzeyini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Diyabet ayrıca yaşam boyu süren metabolik bir hastalıktır. Hastalığın uzun dönem seyri, ileri yaşlarda ortaya çıkabilecek komplikasyonlar açısından oldukça önemlidir. Diyabetin uzun süreli komplikasyonları hastalığın şiddeti ve kontrol altına alınıp alınmaması ile yakından ilişkilidir. Kötü bir metabolik kontrol, uzun süreli komplikasyonların ortaya daha erken çıkmasına sebep olabilir ve bu durum da hastanın bazı organ ve fonksiyonlarını kalıcı olarak kaybetmesi anlamına da gelebilir. Düzenli doktor ziyareti ve kan tahlilleri ile kontrolün devamlı sağlanması gerekliliği annelerin sürekli kaygı düzeylerini tetiklediği söylenebilir.

Fazlıoğlu ve arkadaşları (2010), epilepsi tanısı konan çocukların anne-babalarındaki kaygı düzeylerini incelediği araştırmasında, epilepsi tanılı çocuğu olan ebeveynlerin kaygılarının, sağlıklı çocuğu olan ebeveynlere göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Söz konusu bulgular, bu araştırmanın sonuçlarıyla örtüşmektedir.

Lewin ve arkadaşları (2006), tip 1 diyabetli çocuğu olan aileleri, kaygı ve stresleri açısından değerlendirmişlerdir. Araştırma bulgularına göre diyabet hastalığıyla ilgili stres kaynakları, çocuğun bakımında başlıca sorumlu olan annelerin



stres ve durumluk kaygılarıyla yüksek oranda ilişkilidir. Ancak bu araştırmaya göre annelerin normal günlük yaşamlarında karşılaştıkları engeller (örneğin; diğer çocuklarla ilgilenmek, işle ilgili yükümlülükler, maddi sorumluluklar gibi), durumluk kaygılarında diyabetli çocuklarıyla tıbbi yönden ilgilenmekten çok daha güçlü bir etkiye sahiptir.

Uyaroğlu ve Bodur (2009), zihinsel yetersizliği olan çocukların anne-babalarında kaygı düzeyini incelediği çalışmasında, zihinsel yetersizlikli çocukların annelerinin durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeylerinin, babaların kaygı düzeylerinden daha yüksek olduğunu bulmuştur. Araştırmacıya göre bu durumun sebebi, annelerin çocuklarının yetersizliklerinden babalara göre daha fazla etkilendikleri ve kendilerini daha fazla sorumlu hissettikleri şeklinde açıklanabilir. Söz konusu bulgular, bu araştırmanın sonuçlarıyla örtüşmektedir.

Keskin ve arkadaşları (2010), zihinsel engelli çocuğu olan anne-babaların kaygı, anne-baba tutumları ve başa çıkma stratejileri açısından değerlendirdiği çalışmasında, zihinsel engelli çocuğu olan annelerin durumluk kaygılarının, daha yüksek olduğunu saptamıştır. Zihinsel engelli olma durumunun çocuğu hayatı boyunca etkileyeceği ve bir diğer anlamda kronik bir hastalık olduğu kabul edildiğinde, araştırmanın bulgularının, bu çalışmanın sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

### **2.3.3. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin aile işlevlerinin annenin yaşına göre incelemesine ait bulguların tartışılması ve yorumu**

Bulgular incelendiğinde, annelerin aile işlevlerinin değerlendirildiği, ADÖ'nün "Roller ve Gereken İlgii Gösterebilme" alt boyutları açısından annelerin yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ( $p < .05$ ). Ancak "Problem Çözme, İletişim, Duygusal Tepki Verebilme, Davranış Kontrolü ve Genel İşlevler" alt boyutları açısından annelerin yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > .05$ ). Roller ve Gereken İlgii Gösterebilme alt boyutları açısından bakıldığında 41–51 arası yaş grubunda yer alan annelerin ölçekten aldıkları puan ortalamalarının, 30–40 arası yaş grubunda yer alan annelerin puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Bir başka deyişle 41–51 yaş grubunda olan annelerin roller ve gereken ilgiyi gösterebilme fonksiyonları genç annelere oranla daha sağlıklıdır.

Roller noktasında işlevsel olan bir ailede, aile bütünlüğü algısının güçlü olduğu, her bireyin kendi görev ve sorumluluğunun bilincinde olduğu söylenebilir. Ancak annenin ilerleyen yaşında hasta çocuğuna ait sorumlulukların artmış olması bu algısında bozulmalara neden olabilmektedir. Bu durum da 41–51 yaş grubundaki annelerin roller fonksiyonunu daha genç annelere oranla sağlıklı kılmaktadır.

Ailede bulunan diğer fertlerin varlığının yanı sıra, diyabet hastası bir çocuğun daha fazla ilgi ve dikkat gerektirmesi, üyelerin birbirine karşı gösterdikleri ilginin dengesini bozmaktadır. Gereken ilgiyi göstermek noktasında sağlıklı olmak durumunu 'ilgisizlik' ve 'aşırı ilgili' olmadan uzak, normal seviyede gerektiği zaman gerektiği ilgiyi göstermek olarak değerlendirmek gerekir. Gereken ilgiyi gösterme işlevinin, 41–51 yaş grubundaki annelerde, bireylerin kişilik bütünlüğünü

koruyan ve onları birbirine 'bağlı' kılan nitelikten uzak olduğu görülmektedir. İlgisizlik, aile bireylerini aile içerisinde yalnızlaştırırken, aşırı ilgi gösterilmesi de bireyleri birbirine bağımlı yapmaktadır.

Benzer bir çalışmada Sarıhan (2007), engelli çocuğa sahip olan ve olmayan annelerin aile işlevlerini incelemiştir. Bu çalışmadaki ADÖ puanından alınan ortalamalar anne yaş dağılımına göre incelendiğinde, 46–50 yaş arasında olan annelerin puan ortalamalarının, yaşları daha küçük olan annelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Genç yaştaki annelerin aile işlevlerinin daha sağlıklı olduğu araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Akıncı (2007), engelli çocuğu olan ve olmayan babaların aile işlevlerini değerlendirdiği çalışmasında, 46 yaş ve üstü olan babaların ADÖ alt boyutlarında aldıkları puan ortalamalarının genellikle daha düşük olduğu yani daha sağlıklı olduğunu belirtmiştir. Araştırmacıya göre bu durum, babaların ilerlemiş yaşta olmalarından dolayı sahip oldukları tecrübe ve bilgi birikiminin çok olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

#### **2.3.4. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin aile işlevlerinin annenin eğitim durumuna göre incelemesine ait bulguların tartışılması ve yorumu**

Bulgular incelendiğinde, annelerin aile işlevlerinin değerlendirildiği, ADÖ'nün tüm alt boyutları açısından annelerin eğitim durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ( $p < .05$ ). ADÖ'nün tüm alt boyutları açısından incelendiğinde ilköğretim düzeyinde eğitim grubunda yer alan annelerin ölçekten aldıkları puan ortalamalarının, lise - üniversite – lisansüstü grubunda yer alan annelerin puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Öğrenim durumu yükseldikçe annelerin duygularını sözle veya hareketlerle daha iyi ifade edebildikleri

ve davranışlarını psikolojik ve sosyal tehlikeler karşısında daha iyi kontrol altına alabildikleri düşünülmektedir. Annelerin aldıkları eğitim sayesinde, çeşitli durumlar karşısında uygun tepkiler verebildikleri söylenebilir.

Günsel (2010)'in zihinsel engelli tanısı almış çocuğa sahip ailelerin aile işlevlerini incelediği çalışmasında, annenin eğitim durumu, ADÖ'nün alt boyutları açısından değerlendirildiğinde en sağlıksız aile işlevi gösteren eğitim durumu grubunun okuma-yazma olmayan grup olduğu görülmektedir. Okuma-yazma olmayan gruptan, yüksek okul grubuna doğru tüm alt boyut puan ortalamalarında düşüş gözlemlenmekte, bir başka deyişle aile işlevlerindeki sağlıklılık artmaktadır. Söz konusu bulgular bu araştırmanın sonuçlarıyla örtüşmektedir.

Sarihan (2007), engelli çocuğu olan ve olmayan annelerin aile işlevlerinin değerlendirdiği çalışmasında ortalamalar anne öğrenim durumuna göre incelendiğinde, okur-yazar olan ya da ilkokul mezunu olan annelerin ADÖ puan ortalamalarının, öğrenim düzeyi daha üst seviyelerde olan annelerden yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer bir durum babalar için de geçerlidir. Akıncı (2007), engelli çocuğu olan ve olmayan babaların aile işlevlerini değerlendirdiği çalışmasında, üniversite mezunu olan babaların ADÖ puanlarının; okur-yazar olmayan, ilkokul ve ortaokul mezunu olan babalara göre aile işlevlerinde daha sağlıklı olduklarını ortaya koymuştur. Her iki araştırmanın bulguları da, bu araştırmanın sonuçlarıyla örtüşmektedir.

Akıncı (2007), engelli çocuğu olan ve olmayan babaların aile işlevlerini değerlendirdiği çalışmasında, lise ve üniversite mezunu olan babaların aile değerlendirme ölçeği puanlarının; okur-yazar olmayan, ilkokul ve ortaokul mezunu

babalara göre aile işlevlerinde daha sağlıklı olduklarını belirtmiştir. Bu bulguların da, bu çalışmanın sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

### **2.3.5. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin aile işlevlerinin annenin gelir düzeyine göre incelemesine ait bulguların tartışılması ve yorumu**

Bulgular incelendiğinde, annelerin aile işlevlerinin değerlendirildiği, ADÖ'nün "Problem Çözme, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Gereken İlgiyi Gösterme, Davranış Kontrolü ve Genel İşlevler" alt boyutları açısından annelerin gelir düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ( $p < .05$ ). Ancak "İletişim" alt boyutu açısından annelerin gelir düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > .05$ ). "Problem Çözme, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Gereken İlgiyi Gösterme, Davranış Kontrolü ve Genel İşlevler" alt boyutları açısından bakıldığında aylık geliri 250-500 TL arası grupta yer alan annelerin ölçekten aldıkları puan ortalamalarının, aylık geliri 500-1,500TL ve  $>1,500$  TL gruplarında yer alan annelerin puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Ailenin gelir düzeyinin düşük olması ekonomik problemleri de beraberinde getireceğinden, annenin aile işlevlerinde düşüklük yaratabileceği düşünülmektedir. Sağlıklı bir çocuğu yetiştirmek aileye ekonomik olarak bir yük getirirken, özel ihtiyaçları (düzenli doktor kontrolü, insülin, ilaç, şeker ölçüm aletlerinin sarf malzemeleri gibi tıbbi gereksinimler gibi) olan diyabetli çocukların yetiştirilmesi aileye ekonomik açıdan ekstra yük getirecektir.

Benzer bulgulara Sarıhan (2007)'ın çalışmasında da rastlanmıştır. Engelli çocuğu olan ve olmayan annelerin aile işlevlerinin değerlendirildiği bu çalışmada ortalamalar annelerin sosyal güvence durumlarına göre incelendiğinde, herhangi bir sosyal güvencesi olmayan ya da yeşil kart sahibi olan annelerin ADÖ puan

ortalamalarının, sosyal güvencesi olan annelerden yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun, bu çalışmanın sonuçlarıyla örtüştüğü söylenebilir.

Günsel (2010)'in zihinsel engelli tanısı almış çocuğa sahip ailelerin aile işlevlerini incelediği çalışmasında, ailenin gelir düzeyi, ADÖ'nün alt boyutları açısından değerlendirildiğinde en sağlıksız aile işlevi gösteren gelir düzeyi grubunun aylık geliri 500 TL'den az olan grup olduğu görülmektedir. Ailenin aylık geliri arttıkça, tüm alt boyut puan ortalamalarında düşüş gözlemlenmekte, bir başka deyişle aile işlevlerindeki sağlamlık artmaktadır. Bu sonuç, bu çalışmadan elde edilen bulgu ile örtüşmektedir.

### **2.3.6. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin aile işlevlerinin çocuğun kaç yıldır diyabet hastası olduğuna göre incelemesine ait bulguların tartışılması ve yorumu**

Bulgular incelendiğinde, annelerin aile işlevlerinin değerlendirildiği, ADÖ'nün "Problem Çözme", "İletişim", "Roller", "Duygusal Tepki Verebilme", "Gereken İlgiyi Gösterme", "Davranış Kontrolü" ve "Genel İşlevler" alt boyutları açısından annelerin çocuklarının hastalıklarının süresi durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > .05$ ). Diyabetin yaşam boyu süren kronik bir hastalık olduğu düşünülecek olursa, çocuğu 6–10 yıl arası diyabet hastası olan annelerin, çocuğu 1–5 yıl arası diyabet hastası olan annelerden daha sağlıksız aile işlevlerine sahip olacağı beklenebilir. Ancak bu araştırmanın sonuçları bu varsayımı desteklememektedir. Ulaşılan literatürde bu değişkenin kullanıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

### **2.3.7. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin aile işlevlerinin diyabetli çocuğun doğum sırasına göre incelemesine ait bulguların tartışılması ve yorumu**

Bulgular incelendiğinde, annelerin aile işlevlerinin değerlendirildiği, ADÖ'nün "Problem Çözme", "İletişim", "Roller", "Duygusal Tepki Verebilme", "Gereken İlgii Gösterme", "Davranış Kontrolü" ve "Genel İşlevler" alt boyutları açısından annelerin çocuklarının hastalıklarının süresi durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir (p< .05). ADÖ'nün tüm alt boyutları açısından bakıldığında, diyabetli çocuğu ikinci çocuk olan annelerin aile işlevleri, ilk çocuğu diyabetli olan annelere göre daha sağlıklı olduğu belirlenmiştir. Bu durum annelerin ilk olarak sağlıklı bir çocuk dünyaya getirdikten sonra diyabetli bir çocuğa sahip olmaları sebebiyle tüm ailenin olumsuz etkilendiği şeklinde yorumlanabilir. Aileye daha sonradan kronik bir hastalığa sahip çocuğun katılması, tüm aile bireylerinin ilişkilerini etkileyecek ve sorumluluklarını arttıracak bir durumdur. Bu durumda sağlıklı bir büyük kardeş faktörü, anne-babaların sağlıklı çocuklarını ihmal etmeden diyabet hastası çocuklarına yoğunlaşmalarını gerektirmektedir. Söz konusu gereklilikler karşılanmadığı zaman aile işlevlerinin sağlıklı olduğu söylenebilir. Ulaşılan literatürde bu değişkenin kullanıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

### **2.3.8. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin aile işlevlerinin ailedeki çocuk sayısına göre incelemesine ait bulguların tartışılması ve yorumu**

Bulgular incelendiğinde, annelerin aile işlevlerinin değerlendirildiği, ADÖ'nün "Problem Çözme", "İletişim", "Roller", "Duygusal Tepki Verebilme", "Gereken İlgii Gösterme", "Davranış Kontrolü" ve "Genel İşlevler" alt boyutları açısından ailedeki çocuk sayısı değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark

olduğu belirlenmiştir ( $p < .05$ ). ADÖ'nün tüm alt boyutlarında, ailedeki çocuk sayısı 3 olan grubun, ailedeki çocuk sayısı 1 ve 2 olan gruptan aile işlevleri açısından daha sağlıksız olduğu görölmüştür. Ailede var olan diyabetli bir çocuğun haricinde başka çocukların da olması, annenin aile içindeki sorumluluğunu arttıracadığından dolayı aile işlevlerindeki sağlıksızlığı arttıran bir durum olarak düşünölebilir. Diyabet hastası çocuğa sahip ailelerde kardeş ilişkilerinde bozulmalara, ilişkilerde problem yaşanmasına, anne-baba arasında anlaşmazlıklara yol açabileceğinden bu durumun sonucu olarak aile işlevlerindeki sağlıksızlığın düzeyinde artış görölmemesinin muhtemel olacağı söylenebilir. Çocuklar duygusal yönden aile içinde yaşanan stresten etkilenebilir ve olumsuz kardeş ilişkilerine yönelebilirler. Bu durum da bu tür sorunlar anne üzerinde olumsuz etki yaratabilir. Ailedeki ilişkiler, kardeşlerin diyabetli çocuğun hastalığını ve özel gereksinimlerini kabul etmede önemli rol oynayabilir. Diyabetli çocuğu ve yaşam koşullarını kabul eden anne-babalarla kardeşlerin bu duruma daha iyi uyum sağlayacağı ve aile içi ilişkilerinin güçleneceği düşünölmektedir.

Alacahan (2010), aile birliğini oluşturan faktörler ve işlevleri konulu çalışmasında, Aile Değerlendirme Ölçeğinde yer alan işlevlerin ailedeki birey sayısına göre nasıl bir farklılık gösterdiğini belirlemeyi amaçlamıştır. Bu çalışma sonucunda ailedeki birey sayısının işlevlerin yerine getirilmesine etki ettiği belirlenmiştir. Birey sayısının artışına bağlı olarak başta Davranış Kontrolü ve İletişim işlevleri olmak üzere tüm işlevlerde aksama olduğu da belirtilmiştir. Bu bulgular, araştırmanın sonuçlarıyla örtüşmektedir.

Günsel (2010)'in zihinsel engelli tanısı almış çocuğa sahip ailelerin aile işlevlerini incelediği çalışmasında, annenin engelli çocuğundan başka bir çocuğu



olup olmaması, ADÖ'nün alt boyutları açısından değerlendirildiğinde en sağlıksız aile işlevi gösteren grubunun başka çocuğu olan annelerin oluşturduğu grup olduğu görülmektedir. Annenin sahip olduğu çocuk sayısı açısından değerlendirildiğinde ise, en sağlıksız aile işlevi gösteren çocuk sayısı grubunun 3 çocuğa sahip grup olduğu belirlenmiştir. Söz konusu bulgular, bu araştırmanın sonuçlarıyla tam olarak örtüşmektedir.

Akıncı (2007), engelli çocuğu olan ve olmayan babaların aile işlevlerini değerlendirdiği çalışmasında, 4 ve daha fazla çocuğu olan babalarda ADÖ ortalama puanlarının, tek çocuğa sahip babaların puan ortalamalarına göre daha sağlıklı olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular her ne kadar bu araştırma sonuçlarıyla çelişiyor gibi gözükse de, babaların aile içerisinde sorumluluklarının birçoğunu anneye yükleyebildikleri şeklinde de yorumlanabilir.

### **2.3.9. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin annenin yaşına göre incelemesine ait bulguların tartışılması ve yorumu**

Bulgulara göre, durumluk ve sürekli kaygı düzeyinin, annelerin yaşı açısından değerlendirildiğinde, durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeylerinin her ikisinde de istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır ( $p > .05$ ). Bu durum annenin yaşı ne olursa olsun, çocuklarının sağlıkları söz konusu olduğu zaman her durumda kaygı yaşayabilecekleri şeklinde düşünülebilir.

Keskin ve arkadaşları (2010), zihinsel engelli çocuğu olan anne-babaların kaygı, anne-baba tutumları ve başa çıkma stratejileri açısından değerlendirdiği çalışmasında, anne-babanın yaşı değişkeninin, ebeveynlerin durumluk ve sürekli

kaygı düzeyleri üzerinde etkisi olmadığını belirtmiştir. Bu durum, bu çalışmanın sonuçlarıyla örtüşmektedir.

Doğru ve Arslan (2006), engelli çocuğu olan annelerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini karşılaştırdığı çalışmasında, anne yaşı açısından durumluk kaygı ve sürekli kaygı puan ortalamaları açısından anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Söz konusu bulgular, bu çalışmanın sonuçlarıyla örtüşmektedir.

Coşkun (2009), engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, annelerin yaş düzeyleri arttıkça kaygı düzeylerinin de arttığı belirtilmiştir. Bu durum, bu araştırmanın sonucuyla örtüşmemektedir.

### **2.3.10. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin durumluk sürekli kaygı düzeylerinin annenin eğitim durumuna göre incelemesine ait bulguların tartışılması ve yorumu**

Bulgulara göre, durumluk ve sürekli kaygı düzeyinin, annenin eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde, durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeylerinin her ikisinde de istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ( $p < .05$ ). Durumluk ve Sürekli Kaygı ölçeği puanları açısından incelendiğinde ilköğretim düzeyinde eğitim grubunda yer alan annelerin ölçekten aldıkları puan ortalamaları, lise - üniversite – lisansüstü grubunda yer alan annelerin puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Öğrenim durumu yükseldikçe annelerin diyabetli çocuklarının sağlıklarını sürdürebilmeleri için gerekli koşulları daha iyi kavradıkları ve çocuklarına dair karşılaştacakları sorunlara çözüm geliştirmede daha başarılı olacaklarından, kaygı düzeylerinin bir alt eğitim düzeyine göre daha az olması öngörülebilir. Annelerin aldıkları eğitimin getirdiği avantajla, sosyal çevrelerinin

farklılığı ve bu çevrelerden yararlanma durumlarının da kaygılarını gidermede önemli bir rol oynadığı söylenebilir.

Doğru ve Arslan (2006), engelli çocuğu olan annelerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini karşılaştırdığı çalışmasında, durumluk kaygı ve sürekli kaygı puan ortalamaları açısından anne eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde bir fark olmadığı bulunmuştur. Bu bulgular, bu araştırma sonuçlarıyla örtüşmemektedir.

Coşkun (2009), engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, ilköğretim düzeyindeki annelerin, orta ve yüksek öğretim grubunda olan annelerden; orta öğretim grubundaki annelerin de yüksek öğretim grubunda olan annelerden, daha fazla sürekli kaygı düzeyine sahip oldukları görülmektedir. Söz konusu bu bulgular, bu araştırmanın sonuçlarıyla örtüşmektedir.

### **2.3.11. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin durumluk sürekli kaygı düzeylerinin annenin gelir düzeyine göre incelemesine ait bulguların tartışılması ve yorumu**

Bulgulara göre, durumluk ve sürekli kaygı düzeyinin, annenin gelir düzeyi açısından değerlendirildiğinde, durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeylerinin her ikisinde de istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ( $p < .05$ ). Durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri açısından değerlendirildiğinde, ailenin gelir düzeyi 250-500 TL arasında olan gruptaki annelerin, aylık geliri 500-1,500 TL ve >1,500 TL gruplarında yer alan annelerden daha fazla kaygılı olduğu görülmektedir. Ailedeki diyabet hastası çocuğun varlığı, ekonomik olarak aileye daha fazla yük getireceğinden, gelir düzeyinin düşüklüğünün annelerin kaygılarını olumsuz yönde tetiklediği düşünülmektedir. Özellikle diyabet gibi kronik hastalıklar, süreklilik arz

ettiği için, ilaç, insülin ve tıbbi donanımlar ihtiyacı haricinde düzenli doktor ve tahlil gereksiniminden dolayı aileyi ekonomik olarak zorlayabilmektedir.

Doğru ve Arslan (2006), engelli çocuğu olan annelerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini karşılaştırdığı çalışmasında, gelir durumu değişkenine göre durumluk kaygı puan ortalamaları açısından anlamlı bir farkın olmadığı, sürekli kaygı puan ortalamaları açısından ise anlamlı bir farkın ortaya çıktığı görülmektedir. Sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde 0–500 TL aylık gelire sahip annelerin, 500–1,000 TL aylık gelire sahip annelere oranla sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Söz konusu bulgular, bu araştırmanın sonucuyla kısmi olarak örtüşmektedir.

Coşkun (2009), engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, aile gelir düzeyi değişkenine göre annelerin sürekli kaygı düzeylerini belirlemiş ve ailenin gelir düzeyi düştükçe annenin sürekli kaygı düzeyinin arttığını göstermiştir. Söz konusu bu bulgular da, bu araştırmanın sonucuyla kısmi olarak örtüşmektedir.

### **2.3.12. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin durumluk sürekli kaygı düzeyleri çocuğun kaç yıldır diyabet hastası olduğu durumuna göre incelemesine ait bulguların tartışılması ve yorumu**

Bulgulara göre, durumluk ve sürekli kaygı düzeyinin, çocuğun kaç yıldır diyabet hastası olduğu açısından değerlendirildiğinde, durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeylerinin her ikisinde de istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır ( $p > .05$ ). Diyabetli çocuğun hastalık süresinin arttıkça annelerin kaygı düzeylerinde ne türlü değişiklik olacağını tespit etmek amacıyla bulgular

yorumlandığında, ortalamalar arasında bir fark tespit edilmemiştir. Ulaşılan literatürde bu değişkenin kullanıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

### **2.3.13. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin durumluk sürekli kaygı düzeylerinin diyabetli çocuğun doğum sırasına göre incelemesine ait bulguların tartışılması ve yorumu**

Bulgulara göre, durumluk ve sürekli kaygı düzeyinin, annenin diyabetli çocuğunun doğum sırası açısından değerlendirildiğinde, durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeylerinin her ikisinde de istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ( $p < .05$ ). Durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları açısından 2. çocuğu diyabet hastası olan annelerin, 1. çocuğu diyabet hastası olan annelerden daha yüksek olduğu yani 2. çocuğu diyabetli olan annelerin daha kaygılı olduğu belirlenmiştir. Bu durum, annelerin ilk olarak sağlıklı bir çocuğa sahip olduktan sonra kronik hastalığı olan bir çocuğa sahip olmalarının yoğun kaygı verici bir durum olarak algıladıkları düşünülebilir.

Doğru ve Arslan (2006), engelli çocuğu olan annelerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini karşılaştırdığı çalışmasında, 3. çocuğu engelli olan annelerin sürekli kaygı puan ortalamaları, 1. ve 2. çocuğu engelli olan annelerin sürekli kaygı puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır. 3. çocuğu engelli olan annelerin sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olması, bu araştırmanın sonuçlarıyla kısmen örtüşmektedir.

### **2.3.14. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin durumluk s¼rekli kayđı d¼zeylerinin çocuk sayısına g¼re incelemesine ait bulguların tartışılması ve yorumu**

Bulgulara g¼re, durumluk ve s¼rekli kayđı d¼zeyinin, ailenin çocuk sayısı açısından değerlendirildiğinde, durumluk kayđı ve s¼rekli kayđı d¼zeylerinin her ikisinde de istatistiksel açıdan anlamlı d¼zeyde fark olduğu saptanmıştır ( $p < .05$ ). Bir başka deyişle, 3 çocuğu olan annelerin durumluk ve s¼rekli kayđı d¼zeyleri 1 ve 2 çocuğu olan annelerden daha y¼ksektir. Diyabet hastası çocuğu olan annelerin başka çocuklarının da olması, annenin aile içindeki sorumluluğunu arttıracadığından dolayı, kayđı ve stresi de arttıran bir durum olabileceği d¼ř¼n¼lebilir. Dolayısıyla ailedeki çocuk sayısı arttıka, annenin kayđı d¼zeyinin de artacağı s¼ylenebilir.

Doğru ve Arslan (2006), engelli çocuğu olan annelerin durumluk ve s¼rekli kayđı d¼zeylerini karşılaştırdığı çalışmasında, ailedeki çocuk sayısı açısından, durumluk ve s¼rekli kayđı puanlarının anlamlı farklılaşma g¼stermediđi bulunmuştur. S¼z konusu bulgular, bu araştırmanın sonuçlarıyla ¼rt¼řmemektedir.

Bu çalışmanın sınırlılıkları, İstanbul ilinde bulunan iki kurumun diyabet merkezlerinde takip edilmekte olan 48 diyabetli çocuğun anneleriyle gerçekleştirilmiştir. Daha geniş bir evren ve ¼rneklem ile benzer çalışmaların yapılması ¼nerilebilir.

Literat¼r incelendiğinde, araştırmada yer alan bazı değerifenlerle ilgili yok denecek kadar az araştırmaya rastlanmıştır. ¼zellikle diyabetli çocuğun hastalık s¼resi ve kaç yaşında diyabet teşhisi koyulduğu gibi değerifenlerin ele alınacağı diğer araştırmaların ve değerifenlerin çeşitlendirilmesinin literat¼re b¼y¼k katkı sağlayacağı d¼ř¼n¼lmektedir.

## ÖNERİLER

- Diyabetli çocuğu olan annelerin sıkıntıları, çocuklarındaki hastalığın ilk teşhisiyle birlikte başlamaktadır. Onların yaşayacakları şokun, ilk iletişim kurdukları kişiler olan uzmanların yaklaşımlarıyla da yakından ilgili olduğu için, bu kişilerin çocuğa konulan teşhis ve hastalık hakkında verdikleri doğru bilgilerle birlikte, ailelerin gereksinim duydukları danışmanlık, tıbbi servis ve araç-gereç gibi konularla ilgili kaynakları yakından tanıyabilme fırsatı verilebilir.
- Diyabetli çocuk ailelerinin hem tedavi hem de tatil amaçlı çocukları ile birlikte kalabilecekleri diyabet kampları ve etkinlikleri düzenlenebilir. Bu tip kamp ve etkinlik programları anne-çocuk etkileşimini arttıracakğı gibi tüm ailenin iletişim ve motivasyonuna katkı sağlayabilir. Ayrıca düzenlenen bu kamplarda diyabetle yaşam konusunda verilecek eğitimler ve bilgilendirmeler çocuklarının bakımı konusunda anneleri rahatlatıp kaygılarını azaltabilir.
- Annelere ve çocuklarına yönelik “destek grupları” oluşturulabilir. Aynı hastalığa sahip çocukların anneleri bilgi, tecrübe ve sorunlarını paylaşarak iletişime geçtikleri bu gruplar sayesinde sorunlarına ortak çözüm üretme sürecine girebilir ve olumlu tecrübelerini paylaşma fırsatı bulabilirler.
- Maddi güçlük yaşayan ailelere yardım alabilecekleri sosyal kurum ve kuruluşlar hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.

## KAYNAKLAR

Abacı, A., Böber, E. ve Büyükgebiz, A. (2007). Tip 1 Diyabet. *Güncel Pediatri*, 5, 1-10.

Akıncı, G. (2007). Engelli çocuğa sahip olan ve olmayan babaların aile işlevlerini algılamaları ile sosyal uyum düzeylerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Akmeşe, P.P., Mutlu, A., Günel, M.K. (2007). Serebral paralizili çocukların annelerinin kaygı düzeyinin araştırılması. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 50, 236-240.

Alacahan, O. (2010). Aile birliğini oluşturan faktörler ve işlevleri. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 11(1), 289-298.

Arıkan, Ş. ve Antar, S. (2007). Diyabet kampına katılan ergen ve çocukluk çağındaki tip 1 diyabetik hastaların ruhsal bulgu ve belirtilerinin değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 34(4), 294-298.

Bağrıaçık, N. (1997). Diabetes Mellitus: Tanımı, tarihçesi, sınıflaması ve sıklığı. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Diabetes Mellitus Sempozyumu*. İstanbul.

Bahar, A., Bahar, G., Savaş, H.A. & Parlar, S. (2009). Engelli çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(11), 97-112.

Barlow, J.H. & Ellard, D.R. (2004). Psycho-educational interventions for children with chronic disease, parents and siblings: an overview of the research evidence base. *Child: Care, Health & Development*, 30(6), 637-645.

Branstetter, J.E., Domian, E.W., Williams, P.D., Graff, J.C. & Piamjariyakul, U. (2008). Communication themes in families of children with chronic conditions. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 31, 171-184.



Bulut, I. (1990). *Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) El Kitabı*. Ankara: Özgüneliş Matbaası.

Buzlu, S. (2002). Diyabetin psikososyal yönü. *Diyabet Hemşireliği Derneği Kitabı*. İstanbul: Diyabet Hemşireliği Derneği. 195–203.

Canbaz, S., Sünter, T. ve Peşken, Y. (2001). Samsun Çıracılık Eğitim Merkezi'ne devam eden çıracıların durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Temmuz-Ağustos-Eylül 2005, 16-25.

Charron-Prochownik, D. & Kovacs, M. (2000). Maternal health-related coping patterns and health and adjustment outcomes in children with type 1 diabetes. *Children's Health Care*, 29(1), 37–45.

Coşkun, Y., Akkaş, G. (2009). Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(1), 213–227.

Cüceloğlu, D. (2006). *İnsan ve davranışı: Psikolojinin temel kavramları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Çıgırıkçı, H. (2007). Kronik hastalığı nedeniyle devamlı takip edilmekte olan çocukların annelerinin sosyodemografik özellikleri ve annelerin depresyon prevalansı. Uzmanlık Tezi. İstanbul.

Darendeliler, F. (1999). Çocuk ve adolesan diyabetine psikososyal yaklaşım. A. Ekşi (Ed.) *Ben Hasta Değilim: Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü* (413–415). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Darendeliler, F., Garibağaoğlu, M. ve Günöz, H. (1993). Çocukluk çağında İnsüline Bağımlı Diyabetes Mellitusun hastane dışı tedavisi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2, 240-245.

Dashiff, C., Vance, D., Abdullatif, H. & Wallanders, J. (2008). Parenting, autonomy and self-care of adolescents with Type1 diabetes. *Child: Care, Health and Development*, 35(1), 79–88.

Demirtaş, A. & Akbayrak, N. (2009). Tip 2 Diyabetes Mellituslu hastaların, hastalıklarına uyum ve kabullenme kriterlerinin belirlenmesi. *Anatol J Clin Investig*, 3(1), 10–18.

Deniz, M.E., Dilmaç, B. ve Arıcak, O.T. (2009). Engelli çocuğa sahip olan ebeveynlerin durumluk-sürekli kaygı ve yaşam doyumlarının incelenmesi. *Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 953–968.

Doğru, S.S.Y. ve Arslan, E. (2006). Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyi ile durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19, 543–553.

Elmas, B., Erdoğan, R., Güneş, M., Okumuş, N., Paçacı, A., Seda, C. ve Yılmaz, A. (2000). Pediatrik endokrinoloji: Diabetes Mellitus. N. Okumuş ve S. Selçukbiricik (Ed.) *Pediatrici* (392–397). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Er, D. M. (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49, 155–168.

Fazlıoğlu, K., Hocoğlu, Ç. ve Sönmez, F.M. (2010). Çocukluk çağı epilepsisinin aileye etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 190–205.

Fazlıoğlu, K., Hocoğlu, Ç., Sönmez, F.M. ve Cansu, A. (2010). Epilepsi tanısı konan çocukların aile işlevleri, anne-babalarındaki kaygı ve başa çıkma tutumları. *New Symposium Journal*, 48(3), 198–206.

Frey, M.A., Ellis, D., Templin, T., Naar-King, S. & Gutai, J.P. (2006). Diabetes management and metabolic control in school-age children with type-1 diabetes. *Children's Health Care*, 35(4), 349–363.

Günöz, H., Saka, N., Darendeliler, F., Bundak, R. ve Neyzi, O. (1993). Endokrin sistem ve hastalıkları: Diabetes Mellitus. O. Neyzi ve T. Ertuğrul (Ed.) *Pediatrici* (624–649). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Günsel, A.G. (2010). Zihinsel engelli tanısı almış çocuğa sahip ailelerin aile işlevlerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İzmir.

Gürsoy, S. (2007). İnsülin kullanan tip 1 diyabetik hastalar ile oral antidiyabetik kullanan tip 2 diyabetik hastaları karşılaştırarak, insülin kullanımının depresyon için ek bir risk faktörü olup olmadığını araştırılması. Uzmanlık Tezi. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği. İstanbul.

Güven, T. (2007). Diabetes Mellitus'lu hastalarda yaşam kalitesi ve depresyon etkisinin araştırılması. Uzmanlık Tezi. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği. İstanbul.

Hollidge, C. (2001). Psychological adjustment of siblings to a child with Diabetes. *Health & Social Work*, 26(1), 15–25.

Horsch, A., McManus, F., Kennedy, P. & Edge, J. (2007). Anxiety, depressive, and posttraumatic stress symptoms in mothers of children with type 1 diabetes. *Journal of Traumatic Stres*, 20(5), 881–891.

Işık, E. ve Taner, Y. (2006). *Çocuk, Ergen ve Yetişkinlerde Anksiyete Bozuklukları* (3–29). İstanbul: Asimetrik Paralel Kitabevi.

İmamoğlu, İ.D.K. (2005). İnsülin pompası kullanan tip 1 diabetes mellituslu hastalarda standart değişim listeleri ve karbonhidrat sayımı yönteminin bazı biyokimyasal parametreler üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Jaser, S.S., Whittemore, R., Ambrosino, J.M., Lindemann, E. & Grey, M. (2009). Coping and psychosocial adjustment in mothers of young children with type 1 diabetes. *Children's Health Care*, 38, 91–106.

Karakavak, G. & Çırak, Y. (2006). Kronik hastalıklı çocuğu olan annelerin yaşadığı duygular. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 7(12), 95-112.

Karaman, N. (2008). Cerrahi girişim uygulanan adölesanlar ile anne/babalarının anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki ve anksiyete nedenlerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Keskin, G., Bilge, A., Engin, E. ve Dülgerler, Ş. (2010). Zihinsel engelli çocuğu olan anne-babaların kaygı, anne-baba tutumları ve başa çıkma stratejileri açısından değerlendirilmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 11, 30–37.

Küçükarslan, A. (2003). Tip 2 diyabetli hastalarda aerobik ve dirençli egzersizlerden oluşan egzersiz eğitim programının metabolik kontrol, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Lewin, A.B., Storch, E.A., Silverstein, J.H., Baumeister, A.L., Strawser, M.S. & Geffken, G.R. (2005). Validation of the pediatric inventory for parents in mothers of children with type 1 diabetes: An examination of parenting stress, anxiety, and child psychopathology. *Family, Systems, & Health*, 23(1), 56–65.

Malkoç, A.G. (2004). Diyabet (Şeker Hastalığı). İ. Çayboylu (Ed.) *Ailenin Sağlık Eğitimi* (143–154). Ankara: Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayını.

Meadan, H., Halle, J.W. & Ebata, A.T. (2010) Families with children who have Autism Spektrum Disorders: Stress and support. *Exceptional Children*, 77(1), 7–36.

Mednick, L., Cogen, F., Henderson, C., Rohrbeck, C.A., Kitessa, D. & Streisand, R. (2007). Hope more, worry less: Hope as a potential resilience factor in mothers of very young children with type 1 diabetes. *Children's Healthcare*, 36(4), 385–396.

Mete, H.E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(Ek 3), 3–18.

Norberg, A.L., Lindblad, F. & Boman, K.K. (2006). Support-seeking, perceived support, and anxiety in mothers and fathers after children's cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 15, 335–343.

Öner, N. & Le Compte, A. (1983). *Durumluk – sürekli kaygı envanteri el kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.

Öz, R., Yılmaz, H.B. & Akçay, N. (2009). Tip 1 diyabetli çocuklarda benlik saygısını etkileyen faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 330–338.

Özatça, A. (2009). Ergenlerde sosyal ve duygusal yalnızlığın yordayıcısı olarak aile işlevleri. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Adana.

Özşenol, F., Işıkkhan, V., Ünay, B., Aydın, H.İ., Akın, R. ve Gökçay, E. (2003). Engelli çocuğa sahip ailelerin aile işlevlerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 45(2), 156–164.

Recker, B.F. (1996). Diabetes education. F. Lifshitz (Ed.) *Pediatric Endocrinology* (665-670). New York: Marcel Dekker Inc.

Rosenbloom, A.L. (1996). Psychosocial aspects of Diabetes Mellitus. F. Lifshitz (Ed.) *Pediatric Endocrinology* (653-664). New York: Marcel Dekker Inc.

Sarıhan, C.Ö. (2007). Engelli çocuğa sahip olan ve olmayan annelerin aile işlevlerini algılamaları ile yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Serinol, Z. (2004). Kronik hastalığı olan çocuk ve ailesinin psikososyal sorunları. Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Mersin.

Soliday, E. (2004). Parenting and children's physical health. M. Hoghughi & N. Long (Ed.) *Handbook of Parenting Theory and Research for Practice* (pp. 161–180). London: Sage Publications.

Streisand, R. (2004). Parenting chronically ill children – the scope and impact of pediatric parenting stress. M. Hoghughi & N. Long (Ed.) *Handbook of Parenting Theory and Research for Practice* (pp. 181–197). London: Sage Publications.

Streisand, R., Swift, E., Wickmark, T., Chen, R. & Holmes, C.S. (2005). Pediatric parenting stress among parents of children with type 1 diabetes: The role of self-efficacy, responsibility, and fear. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(6), 513–521.

Sullivan-Bolyai, S., Deatrick, J., Gruppuso, P., Tamborlane, W. & Grey, M. (2001). Mothers' experiences raising young children with type 1 diabetes. *JSPN*, 7(3), 93–103.

Taşçı, E. (2007). Tip 1 diyabetli çocuk ve adölesan hastalarda adiponektin, leptin ve inflamatuvar markırlar ile metabolik kontrol arasındaki ilişki. Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Adana.

Top, F.Ü. (2009). Otistik çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları sorunlar ile ruhsal durumlarının değerlendirilmesi: Niteliksel araştırma. *Çocuk Dergisi*, 9(1), 34–42.

Tosun, H. (1998). 19-25 Yaş grubundaki genç erişkin Diyabetes Mellituslu hastalarda anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Turhan, H. (2007). Tip 2 Diabetes Mellituslu hastalarda tedavi şekline ve hastalık süresine göre depresyon ve anksiyete. Uzmanlık Tezi. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği. İstanbul.

Türk Dil Kurumu (2011). Erişim 22.01.2011, <http://www.tdkterim.gov.tr/bts/>

Uğuz, Ş., Toros, F., İnanç, B.Y. ve Çolakkadioğlu, O. (2004). Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 7, 42–47.

Us, S. (2007). Tip 2 Diabetes Mellituslu hastalarda anksiyete depresyon oranı, seviyesi, etki eden hastalık özellikleri ve sosyodemografik özelliklere göre farklılıkları. Uzmanlık Tezi. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, İstanbul.

Uyaroğlu, A. K. ve Bodur, S. (2009). Zihinsel yetersizliği olan çocukların anne-babalarında kaygı düzeyi ve bilgilendirmenin kaygı düzeyine etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(5), 405–412.

Weinzimer, S.A., Ahern, J.H., Doyle, E.A., Vincent, M.R., Dziura, J., Steffen, A.T. & Tamborlane, W.V. (2004). Persistence of benefits of continuous subcutaneous insulin infusion in very young children with type 1 diabetes: A follow-up report. *Pediatrics*, 114(6), 1601–1605.

Yüksel, S. (2007). Tip 1 ve tip 2 diyabetik hastaların uyku kalitesi, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Afyon.

## EKLER

### 1. BİLGİ FORMU

.... / .... / 2011

**Protokol No:** .....

**Doğum tarihiniz:** .....

**Medeni durum:** ( ) evli ( ) bekar ( ) dul ( ) boşanmış  
( ) birlikte yaşıyor ( ) ayrı yaşıyor

**Eğitim durumu:** ( ) hiç okula gitmemiş  
( ) sadece okur yazar ( ) ilköğretim  
( ) lise ( ) üniversite ( ) lisans üstü

**Mesleki durum:** ( ) memur ( ) işçi ( ) ev hanımı ( ) emekli  
( ) esnaf - tüccar ( ) çiftçi ( ) öğrenci ( ) diğer

**Çalışma durumu:** ( ) halen çalışıyor  
( ) artık çalışmıyor  
( ) hiç çalışmamış

**Birlikte yaşadığı kişiler:** ( ) eş ve çocuklar ( ) yalnız  
( ) anne - baba ( ) diğer

**Ekonomik durum:** ( ) < 250 TL ( ) 250 - 500 TL  
( ) 500 - 1500 TL ( ) > 1500 TL

**Sosyal güvence:** ( ) Bağ-kur ( ) SSK ( ) Emekli sandığı  
( ) Yeşil kart ( ) ücretli ( ) diğer

**Çocuk sayısı:** .....

**Diyabet hastası çocuğunuz var mı? ( ) var ( ) yok**

**Cevabınız evet ise lütfen arka sayfadaki soruları da cevaplayınız.**



## ÇOCUĞUNUZUN HASTALIK GEÇMİŞİ:

Diyabetli çocuğunuz kaçınıcı çocuk? .....

Diyabetli çocuğunuz kaç yaşında?.....

Hastalık başlama yaşı: .....

Tedaviye başlama yaşı: .....

Tedavi için ilk başvuru yeri: ( ) dahiliye Dr. ( ) pratisyen hekim  
( ) psikiyatrist uzmanı  
( ) endokrinoloji uzmanı  
( ) diğer branş

Düzenli tedavi görüp görmediği: ( ) görüyor ( ) görmüyor

Halen uygulanan tedavi şekli: ( ) oral antidiyabetik  
( ) insülin ( ) diyet

Mevcut hastalığı dışında herhangi bir sağlık sorunu var mı?

( ) yok ( ) var ; .....

Ailenizde diyabet hastası: ( ) var ( ) yok

## LABORATUVAR VERİLERİ:

Son HgA1c değeri: .....

Son açlık kan şekeri: .....

Katılımınız için teşekkürler :)

## 2. DURUMLUK – SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

### STAI FORM TX – I (DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1. Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX – 2 (SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ)

	<b>Hemen hemen hiçbir zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Çok zaman</b>	<b>Hemen her zaman</b>
21. Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Akli başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

### 3. AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

**AÇIKLAMA:** İlişkide aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (*Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum*)

**Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz.** Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. **Mümkün olduğu kadar** çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. **Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.**

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	( )	( )	( )	( )
2. Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	( )	( )	( )	( )
3. Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	( )	( )	( )	( )
4. Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	( )	( )	( )	( )
5. Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	( )	( )	( )	( )
6. Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	( )	( )	( )	( )
7. Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	( )	( )	( )	( )
8. Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	( )	( )	( )	( )
9. Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	( )	( )	( )	( )
10. Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	( )	( )	( )	( )

<b>CÜMLELER:</b>	<b>Aynen Katılı-yorum</b>	<b>Büyük Ölçüde Katılı-yorum</b>	<b>Biraz Katılı-yorum</b>	<b>Hiç Katılı-m-yorum</b>
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	( )	( )	( )	( )
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	( )	( )	( )	( )
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	( )	( )	( )	( )
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	( )	( )	( )	( )
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	( )	( )	( )	( )
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	( )	( )	( )	( )
17.Evde herkes başına buyruktur.	( )	( )	( )	( )
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	( )	( )	( )	( )
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	( )	( )	( )	( )
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	( )	( )	( )	( )
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınıyoruz.	( )	( )	( )	( )
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	( )	( )	( )	( )
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	( )	( )	( )	( )
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	( )	( )	( )	( )
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	( )	( )	( )	( )
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	( )	( )	( )	( )
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	( )	( )	( )	( )

<b>CÜMLELER:</b>	<b>Aynen Katılıyorum</b>	<b>Büyük Ölçüde Katılıyorum</b>	<b>Biraz Katılıyorum</b>	<b>Hiç Katılmıyorum</b>
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	( )	( )	( )	( )
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	( )	( )	( )	( )
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	( )	( )	( )	( )
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	( )	( )	( )	( )
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	( )	( )	( )	( )
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	( )	( )	( )	( )
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	( )	( )	( )	( )
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	( )	( )	( )	( )
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız	( )	( )	( )	( )
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.	( )	( )	( )	( )
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	( )	( )	( )	( )
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	( )	( )	( )	( )
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	( )	( )	( )	( )
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	( )	( )	( )	( )
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	( )	( )	( )	( )
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	( )	( )	( )	( )
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	( )	( )	( )	( )

<b>CÜMLELER:</b>	<b>Aynen Katılı-yorum</b>	<b>Büyük Ölçüde Katılı-yorum</b>	<b>Biraz Katılı-yorum</b>	<b>Hiç Katılı-yorum</b>
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	( )	( )	( )	( )
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	( )	( )	( )	( )
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	( )	( )	( )	( )
48.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	( )	( )	( )	( )
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	( )	( )	( )	( )
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	( )	( )	( )	( )
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	( )	( )	( )	( )
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	( )	( )	( )	( )
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	( )	( )	( )	( )
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	( )	( )	( )	( )
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	( )	( )	( )	( )
56.Aile içinde birbirimize güvenimiz.	( )	( )	( )	( )
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	( )	( )	( )	( )
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	( )	( )	( )	( )
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	( )	( )	( )	( )
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	( )	( )	( )	( )

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı** : Canset Tütüncüoğlu  
**Doğum Tarihi** : 14.02.1976  
**Doğum Yeri** : Ankara  
**İletişim** : [cansettutuncuoglu@gmail.com](mailto:cansettutuncuoglu@gmail.com)

### Eğitim Durumu:

2008 – 2011 : Maltepe Üniversitesi, Gelişim Psikolojisi Yüksek Lisansı  
1994 – 1998 : Ankara Üniversitesi, DTCF, Psikoloji Bölümü  
1988 – 1994 : Özel Doğu Lisesi

### Sempozyum, Seminer, Eğitim

- 03/2011 13. Rehberlik Sempozyumu Özel Alev Okulları
- 12/2010 Rehberlik Sempozyumu İst. Kültür Üniversitesi
- 05/2009 “Eğitim Yolculuğu” Okan Üniversitesi
- 03/2010 12. Rehberlik Sempozyumu Arel Eğitim Kurumları
- 11/2009 “Öğrencilerde Sınav Stresine Bağlı Problemler” Doğu Üniversitesi
- 05/2009 7. Gençlik ve Rehberlik Sempozyumu Maltepe Üniversitesi
- 06/2008 6. Gençlik ve Rehberlik Sempozyumu Maltepe Üniversitesi
- 03/2008 10. Rehberlik Sempozyumu Koç Özel Lisesi
- 03/2008 “Ortaöğretim ile İşbirliği ve Etkileşim Toplantısı” Yeditepe Üniversitesi
- 10/2007 “Öğrenme Stilleri” Bilfen Okulları  
Prof.Dr. Rita Dunn



- 04/2007 Mediasyon / Arabuluculuk İstek Atanur Oğuz Lisesi  
Semineri
- 03/2007 “Kayıt Artırma-Fikir Satışı” Üstün Dökmen Yaşam Boyu Gelişim Akd.  
(School Marketing) Psi. Dan. Süleyman Hecebil
- 03/2007 “Beden İmajı ve Yeme Bzk.” Nisan Psikolojik Danışma Merkezi  
Uzm. Dan. Psk Feyza Bayraktar
- 03/2007 “Ergenlik ve Üreme Sağlığı” Düzce İl Milli Eğitim Müdürlüğü
- 03/2007 “Yaratıcı Drama” PDR Derneği  
Yrd. Doç. Dr. Ömer Adıgüzel
- 02/2007 “Sigaranın Gerçek Yüzü” Sigarayla Savaşanlar Vakfı  
Ubeyd Korbey
- 02/2007 “Ödev Yapmayan Çocuklar” Nisan Psikolojik Danışma Merkezi  
Uzm. Dan. Psk. Deniz Çağlı
- 01/2007 “Madde Bağımlılığı” Düzce İl Milli Eğitim Müdürlüğü
- 11/2006 “TKY ve Ödül Süreci” Düzce İl Milli Eğitim Müdürlüğü
- 05/2005 “Toplam Kalite Yönetimi” Düzce İl Milli Eğitim Müdürlüğü
- 05/2005 “Temel Afet Bilinci” Düzce İl Milli Eğitim Müdürlüğü
- 11/2000 “Cinsel Eğitim Toplantısı” CETAD