

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
AİLE EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIĞI ANABİLİM DALI
AİLE EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIĞI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TİP-I DİYABET TANISI ALMIŞ ÇOCUKLAR İLE AİLELERİNİN,
HASTALIĞA UYUM SÜRECİ VE HASTALIĞI KABUL
DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Sinem ÜSTÜN

**İzmir
2011**

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
AİLE EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIĞI ANABİLİM DALI
AİLE EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIĞI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TİP-I DİYABET TANISI ALMIŞ ÇOCUKLAR İLE AİLELERİNİN,
HASTALIĞA UYUM SÜRECİ VE HASTALIĞI KABUL
DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Sinem ÜSTÜN

**Danışman
PROF. DR. A. Dilek GÜLDAL**

**İzmir
2011**

Yemin Metni

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “**Tip-I Diyabet Tanısı Almış Çocuklar İle Ailelerinin, Hastalığa Uyum Süreci Ve Hastalığı Kabul Düzeylerinin Karşılaştırılması**” adlı çalışmanın; tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

..../..../2011

Sinem ÜSTÜN

TEŞEKKÜR

“Fikri hür, vicdani hür, irfanı hür” varlıklarını milletine adanmış olan cumhuriyet kadınlarının, her alanda olduğu gibi akademik alanda da var olmaları için gerekli koşulları sağlayan; bu amaç doğrultusunda yaşamış ve can vermiş olan şehitlerimiz ve M. Kemal ATATÜRK’ e sonsuz şükran ve saygılarımı sunarım...

Tez yazmak benim için varoluşu sürdürme anlamı taşıyor(du). Sanki her birimizi bekleyen sona ulaştığımda geride bırakacağım bir *parmak izi* gibi! Diyabetle 14 sene evvel yollarımız kesişmeseydi sanıyorum bu çalışma hiç çıkmayacaktı. Birbirinden zeki, canlı, gözlerinin içinden *umut* fışkıran diyabetli çocuklarla tanışmış, hayatlarında aksayan bazı noktaları deşifre etmiş ve bu noktaları adım adım düzeltmek için kolları sıvamış olmayacaktım. Bu sebeple diyabetimin *ilk öğretmenleri* ve içsel gücümü tetikleyen doktorlarım Doç. Dr. Damla Gökşen Şimşek’e, Prof. Dr. Şükran Darcan’a ve Prof. Dr. Mahmut Çoker’e diyabetle aramda sapaşğlam bir köprü kurarak, beni bu köprüden ürkütmeden geçirdikleri için teşekkür ederim.

Yüksek lisans sürecim boyunca gerek ders aşamasında gerekse tez aşamasında *akademik yönlendirmeleri, motivasyonu ve pozitif enerjisiyle* bana destek veren, insani değerlerini asla kaybetmemiş olan çok değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. A. Dilek Güldal’ a teşekkürlerimi sunuyorum.

Tez komitemde yer alan hocalarım Prof. Dr. Abbas Türnüklü’ye ve Doç. Dr. Vildan Mevsim’e yüksek lisans süresince keyifli bir eğitim ortamında tecrübelerini paylaştıkları için ve tezime vermiş oldukları *geribildirimleri* için teşekkür ederim.

Kronik hastalığı olan çocuklar ve ailelerine ulaşabilmem konusunda sağlamış oldukları destekten dolayı çalışmamı yürüttüğüm *çocuk endokrinoloji* polikliniklerinde görev yapan ve olumlu işbirliği sağladığımız *ekip arkadaşlarıma*, doktorlarımıza, diyabet hemşirelerine ve tüm personele; master süresince teknik anlamda destek olan hiçbir işin ucunu tamamlamadan bırakmayan cefakar *enstitü çalışanlarına* teşekkürü borç bilirim.

Bu zor süreçte öncelikle psikoloji, daha sonra da aile danışmanlığı adına akademik bilgilerini tek tek atarak *kumbaramı dolduran*, adını anamadığım pek çok *arkadaşım, hocam,*

dostum var elbette. Her ürünün oluşma sürecinde isimsiz pek çok kahraman yer almıştır, bu çalışmanın nihayete ermesinde de isimlerini tek tek söylemenin imkansız olduğu pek çok kişinin emeği var. Hepsine benimle olduklarını hissettirdikleri için, iyi dilek ve düşünceleri için teşekkür ederim.

Araştırmam süresince desteklerini esirgemeyen, hiçbir konuda bana sırt dönmeyeceklerini bilerek kapılarını çaldığım *dostlarım* Hilal Şen ve Baha Bacak' a; bir buçuk yıllık lisansüstü eğitimimizin her sürecinde paylaştıkları bilgilerle pek çok farklı açının varlığını hatırlatan ve samimiyetleriyle *aile ortamı* oluşturan sınıf arkadaşlarıma, İ.B.B. Eşrefpaşa Hastanesinde master sürecimi ve bilimsel gelişimimi onaylayan poliklinik ekibime, teorik bilgilerimin dinamik kalmasında beni destekleyen ve gelişimime yardımcı olan İ.B.B.E.H. Karşıyaka Polikliniği çalışanlarına, iş hayatımın daha başında iken beni görevime bağlayan *sevgili ağabeylerime ve ablalarım*a teşekkür ederim.

Gerek akademik hayatın gerekse iş hayatının en çekilmez anlarında bir nefeslik molalarıyla beni kendime getiren aynı *mesleği ve uzmanlığı* paylaşmaktan mutluluk duyduğum *dostlarım* Ayşe Ezgi Acar ile her an her durumda *yaratıcı zihniyle* bizi alıp uzaklara götüren, neşesiyle umut dağıtan Onur Şirin'e tez sürecimde verdikleri destek için teşekkür ederim.

Tüm eğitim ve öğretim hayatım boyunca maddi-*manevi tam desteğini* hemen ardımda hissettiğim babam Ahmet Üstün'e ve araştırmam süresince emek ve zaman harcayan, halen hem üç çocuğu için bir *eğitimci ve anne*; hem de bir diyabetli annesi olma görevini özverili şekilde sürdüren annem Sabiha Üstün'e; bir *akademisyen* olarak alandaki tecrübeleriyle beni aydınlatırken aynı anda *eğlenmeyi* de başaran ve bana bunların birlikte daha verimli sonuçlar çıkarabileceğini gösteren ablam Özlem Üstün'e, fıkır fıkır *kaynayan enerjisini* bana da aksettiren, toplumsal olaylara karşı *duyarlılığını* yitirmeden hızla ve hırsıyla büyüyeceğine inandığım kardeşim Oğuz Berkcan Üstün'e özel teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak bana koşulsuz *kabulün* huzurunu hissettiren, zor şartlarda dahi hayatı hafifleten ve *yaşanılır* kılan, *yol arkadaşım* Berkin Yetkin'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Yemin Metni	i
Değerlendirme Kurulu Üyeleri	ii
Tez Veri Girişi ve Yayımlama İzin Formu	iii
Teşekkür	iv
İçindekiler	vi
Tablo Listesi	x
Çizelge Listesi	xii
Özet	xiii
Abstract	xv

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problem Durumu	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Önemi	3
1.4. Problem Cümlesi	5
1.5. Alt Problemler	5
1.6. Sayıtlar	7
1.7. Sınırlılıklar	7
1.8. Tanımlar	8
1.9. Kısaltmalar	9

BÖLÜM II

İLGİLİ YAYIN VE ARAŞTIRMALAR

2.1. Kronik Hastalık	10
2.2. Diabetes Mellitus (Diyabet- Şeker Hastalığı) Tanımı	11
2.2.1. Diabetes Mellitus Sınıflandırması	12
2.2.1.1. Tip-I Diyabet	12

2.2.1.2. Tip-II Diyabet	13
2.3. Tip-I Diyabetle İlgili Yapılmış Araştırmalar	14
2.4. Çocukluk Dönemi ve Adolesan Dönemin Özellikleri	16
2.5. Tanı Anında Ve Sonrasında Meydana Gelen Tepkiler	22
2.6. Uyum Ve Sosyal Destek İle İlgili Yapılmış Araştırmalar	24
2.6.1. Tanı Alan Çocuk ve Ergenlerin Uyum Sürecinde İzlenen Tepkileri	24
2.6.2. Uyum Sürecinde Hastaya Bakım Verenlerin Tepkileri	29
2.6.3. Ailenin Hastalığa Uyumunu Etkileyen Faktörler	30
2.6.3.1. Hastalığın Başlangıcı.....	30
2.6.3.2. Hastalığın Seyri.....	31
2.6.3.3. Hastalığın Sonucu.....	32
2.6.3.4. İşlevselliği Etkileme Düzeyi.....	32
2.6.4. Uyum Sürecinde Sosyal Desteğin Etkisi	40

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli	46
3.2. Evren	46
3.3. Örneklem	47
3.3.1. <i>Dışlama Ölçütleri</i>	47
3.3.2. <i>Kapsama Ölçütleri</i>	48
3.4. Veri Toplama Araçları	49
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	50
3.4.2. Hastalığa ve Tedaviye Yönelik Öznel Algılar Formları	50
3.4.3. Hastalığa Yönelik Öznel Algılar Anne/Baba Formu	50
3.4.4. Hastalığa Yönelik Öznel Algılar Çocuk/Ergen Formu	52
3.4.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	55
3.4.6. Kısa Semptom Envanteri(KSE)	58
3.5. Verilerin Toplanması	60
3.6. Veri Çözümleme Teknikleri	62

BÖLÜM IV

BULGULAR VE YORUM

4.1. Katılımcıların Demografik Yapılarına İlişkin Betimleyici Bulgular ve Yorum	63
4.2. Araştırmanın Problemine ve Alt Problemlerine İlişkin Betimsel İstatistikler	70
4.3. Araştırmanın Problemine ve Alt Problemlerine İlişkin Bulgular ve Yorum	75
4.3.1. En geç 3 yıl önce diyabet tanısı almış çocuk ve ergenler ile bakım verenlerinin, algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve kısa semptom envanteri puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?	75
4.3.2. Tip-I diyabet tanısı almış çocukların ruhsal belirti skorları ile hastalığa ilişkin öznel algıları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?	78
4.3.3. Tip-I diyabet tanısı almış çocuklara bakım verenlerin ruhsal belirti skorları ile hastalığa ilişkin öznel algıları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?	80
4.3.4. Tip-I diyabet tanısı almış çocukların çok boyutlu algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile hastalığa yönelik öznel algıları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?	82
4.3.5. Tip-I diyabet tanısı almış çocuklara bakım verenlerin çok boyutlu algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile hastalığa yönelik algıları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?... ..	83
4.3.6. Tip-I diyabet tanısı almış çocukların ruhsal belirti skorları ile çok boyutlu algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?	85
4.3.7. Tip-I diyabet tanısı almış çocuklara bakım verenlerin ruhsal belirti skorları ile çok boyutlu algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?	86
4.3.8. Tip-I diyabet tanısı almış çocuklar ile onlara bakım verenlerin hastalığa yönelik öznel algılar puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık var mıdır?	87
4.3.9. Tip-I diyabet tanısı almış çocukların ruhsal belirti skorları cinsiyete göre farklılaşmakta mıdır?	88

4.3.10. Tip-I diyabet tanısı almış çocuklara bakım verenlerin ruhsal belirti skorları cinsiyete göre farklılaşmakta mıdır?	89
4.3.11. Tip-I diyabet tanısı almış çocuklara bakım verenlerin hastalığa yönelik öznel algılar puanları cinsiyete göre farklılaşmakta mıdır?	90
4.3.12. Tip-I diyabet tanısı almış çocuklara bakım verenlerin KSE değerleri maddi gelir düzeyine göre farklılaşmakta mıdır?	91

BÖLÜM V

SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar ve Tartışma	92
5.2. Öneriler	105
KAYNAKÇA	107
EKLER	118
Ek-1 İzin Belgeleri	119
Ek-2 Gönüllü Onam Formu	122
Ek-3 Kişisel Bilgi Formu	123
Ek-4 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	125
Ek-5 Hastalığa Yönelik Öznel Algılar Anne/Baba Formu	127
Ek-6 Hastalığa Yönelik Öznel Algılar Çocuk/Ergen Formu	129
Ek-7 KSE	131

TABLO LİSTESİ

Tablo-1: Örneklemin Cinsiyete Göre Dağılımı	63
Tablo-2: Örneklemin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	64
Tablo-3: Diyabetli Çocukların Yaş-Hastalık Süresi Betimsel Özellikleri	65
Tablo-4: Bakım Veren Ebeveynlerin Betimsel Özellikleri	66
Tablo-5: Aynı Ailedeki Çocuklarda Hastalık Durumu	67
Tablo-6: Çocuk Sayısı İle Diyabetli Çocuğun Kardeşler İçindeki Sırası	67
Tablo-7: Bakım Veren Ebeveynlerin Diyabete İlişkin Bilgileri	68
Tablo-8: Akrabalarında Diyabet Olan Ebeveynlerin Diyabet Bilgisi	69
Tablo-9: Bakım Veren Ebeveynlerin Eğitim Durumu İle Katıldıkları Hastaneler	70
Tablo-10: ÇBASDÖ'nün Çocuklar ve Ebeveynler İçin Betimsel Değerleri	72
Tablo-11: KSE'nin Çocuklar ve Ebeveynler İçin Betimsel Değerleri	74
Tablo-12: Bakım Veren ve Çocuk Toplam Sosyal Destek ve KSE	75
Tablo-13: KSE ile ÇBASDÖ Korelasyonu	76

Tablo-14: Öznel Algılar-Çocuk Formunun KSE ile Korelasyonu ve Betimsel Değerler....	79
Tablo-15: Öznel Algılar-Ebeveyn Formunun KSE ile Korelasyonu ve Betimsel Değerler..	81
Tablo-16: Öznel Algılar-Çocuk Formu ile ÇBASDÖ Korelasyonu	82
Tablo-17: Öznel Algılar-Ebeveyn Formu ile ÇBASDÖ Korelasyonu	84
Tablo-18: Çocuk KSE ile ÇBASDÖ Korelasyonu	85
Tablo-19: Ebeveyn KSE ile ÇBASDÖ Korelasyonu	86
Tablo-20: Ebeveyn ve Çocuk Öznel Algılarının Karşılaştırılması	87
Tablo-21: Çocukların KSE Değerlerinin Cinsiyete Göre Farklılıkları	88
Tablo-22: Ebeveynlerin KSE Değerlerinin Cinsiyete Göre Farklılıkları	89
Tablo-23: Ebeveynlerin Öznel Algı Değerlerinin Cinsiyete Göre Farklılıkları	90
Tablo-24: Ebeveynlerin KSE Değerlerinin Maddi Gelire Göre Farklılıkları	91

ÇİZELGE LİSTESİ

Çizelge-2: ÇBASDÖ ve Alt Gruplarının Betimsel Analizi	48
Çizelge-1: Katılımcı Dağılımını ve Sayısal Bilgilerini Gösteren Tablo	56

ÖZET

ÜSTÜN, Sinem. *Tip-I Diyabet Tanısı Almış Çocuklar İle Ailelerinin, Hastalığa Uyum Süreci Ve Hastalığı Kabul Düzeylerinin Karşılaştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2011.

Bu araştırma, tüm aile için travmatik bir yaşantı olarak ele alınan çocukluk dönemi kronik hastalıklarının, ailelerin psikolojik uyumu üzerine etkisini incelemek üzere tasarlanmıştır. Hastalıkla ilgili tüm aşamalara diyabetli birey ile birlikte kişinin yanında olan ve ona bakım veren kişiler de şahit olmaktadır. Dolayısıyla diyabetle baş etmenin zorluklarından diyabetli çocuk-ergen kadar bakım veren kişilerin de etkilenmekte olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı tip I diyabet tanısı almış olan çocuk ve ergenler ile onlara bakım verenlerin, hastalığı öznel algıları, algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve bu hastalığa uyum süreçleri içerisinde yaşadıkları ruhsal semptomlar gibi değişkenler açısından incelemek ve iki grubu karşılaştırmaktır.

Bu araştırma, bir betimsel ve ilişkisel tarama çalışmasıdır. Araştırma örneklemini, İzmir’de çocuk endokrin polikliniği bulunan dört hastanede üç yıl veya daha az süredir tip-I diyabet tanısı ile izlenen 130 çocuk ve ergenler ile rutin kontrollerinde kendilerine eşlik eden 130 bakım verici ebeveynleri oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan çocuk ve ergenlerin yaşları 8-18 arasında değişirken; bakım verenlerin yaşları 19-59 arasında değişmektedir. Ebeveynlere yaş, cinsiyet gibi demografik soruların yer aldığı kişisel bilgi formu, Kısa Semptom Envanteri (KSE), Hastalığa Yönelik Öznel Algılar Anne-Baba Formu ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) uygulanmıştır. Çocuk ve ergenlere de Kısa Semptom Envanteri (KSE), Hastalığa Yönelik Öznel Algılar Çocuk-Ergen Formu ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) uygulanmıştır.

Veriler SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences for Windows) paket programına aktarılmış, değerlendirilmesinde ise varyans analizi, t-testi, korelasyon analizi,

tek yönlü tekrar ölçümlü varyans analizi kullanılmıştır. $p < .05$ istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan çocukların %52'si kız; %48'i erkektir. Ebeveynlerin ise %102'si kadın %28'i erkek katılımcıdır. Çocuklara ortalama 10 yaşında diyabet tanısı konmaktadır. 122 ebeveyn evli olduğunu ifade etmiştir. 78 ailenin 2 çocuğu vardır. Çoğu anne-babanın akrabalarında *tip-I diyabet* tanısı yoktur. Çocuklar ebeveynlerinden daha fazla sosyal destek algılamakta daha az ruhsal belirti gösterdiklerini ifade etmektedirler. Aradaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. Hastalığa yönelik öznel algılara bakıldığında, ebeveynler çocuklarının hastalıklarını onlara göre daha ağır olarak algılamaktadırlar. Bakım verenin sosyal destek algısı ile çocukların sosyal destek algıları pozitif yönlü ve anlamlı bir korelasyon gösterirken; KSE ölçek puanları da pozitif yönlü ve anlamlı bir korelasyon göstermiştir. Buna göre aile ile çocuk benzer durumları algılamaktadırlar.

Sonuç olarak diyabetli çocuğa bakım veren anne-babaların ruhsal belirtileri daha yoğun olduğu ortaya çıkmıştır. Bunun yanında sosyal destek ihtiyaçları da daha fazladır. Buna benzer bulgularla ilgili bilgiler ve literatürle karşılaştırılması ile araştırma sonuçlarına göre bundan sonraki çalışmalara yön verecek öneriler tezin içeriğinde ayrıntılı olarak yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tip-I Diyabet, Aile, Uyum, Kronik Hastalık, Sosyal Destek, Hastalık Algısı.

ABSTRACT

ÜSTÜN, Sinem. *Comparison Of Adaptation Period And Adjustment Level To Disease, In Juvenile Diabetic Children And In Their Families*. Master's Thesis, İzmir, 2011.

This study imagined to descriptive chronic illness which made some traumatic reactions on family members and their effect on families psychological adaptation. People with diabetes as well as individuals in all stages of the disease and her caregivers is witnessed by. Due to the difficulties of coping with diabetes, diabetes in children are thought to be influenced by the people who provide care to adolescent. The purpose of this study is to examine the processes of children and adolescents' who diagnosed with type 1 diabetes and their families subjective perceptions of disease, levels of perceived social support and psychological symptoms of this disease as they live in harmony in terms of variables and to compare the two groups.

This research is a descriptive and relational study of screening. Research sample consists of 130 adolescents that are diagnosed with type-I Diabetes for three years or less by four hospitals in İzmir which have children endocrine clinics and 130 parents who accompany them their routine maintenance. Children and adolescents are between the ages of 8-18 participated in this study, caregivers ages ranged from 19-59. Personal information form which includes information such as age, gender, Brief Symptom Inventory (BSI), Disease-Oriented Subjective Perceptions of Parents Form and The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) are applied to parents. Brief Symptom Inventory (BSI), Disease-Oriented Subjective Perceptions of Child-Adolescent Form and The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) are applied to children and adolescents.

Data was transferred to SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences for Windows) program package, analysis of variance, t-test, correlation analysis, one-way

repeated measure analysis of variance was used to analyze the data. $p < .05$ was considered statistically significant.

The study was realized with the diabetic children whose of 52% were girls, 48% were boys and their parents were 102 women and 28 men. Children are diagnosed approximately 10 years old. 122 parents expressed that they were married. There are 78 families which has 2 children. Most of parents' relatives have not diagnosed of *type-I diabetes*. Children expressed that they perceive more significant social support level than their parents; but their psychiatric symptoms were less. This difference was statistically significant between them. Disease-oriented subjective perceptions of parents were severe disease than perceptions about disease of their children. Perceptions of social support of caregiver and perceptions of social support of children show a positive and significant correlation. Their BSI scores show a positive and significant correlation too. Accordingly, the families and their children perceive similar situations.

Consequently there was a result that these parents who caregivers have psychiatric symptoms than their children. In addition, social support needs of parents more than social support needs of their children. Information of similar findings and their comparisons of the literature and also recommendations that will guide subsequent studies are presented in the thesis.

Keywords: Type-I Diabetes, Family, Adaptation, Chronic Illness, Social Support, Illness Perceptions.

BÖLÜM I

GİRİŞ

Bu bölümde araştırmanın problemi ortaya konmakta, amacı, sayıtları ve kapsamı belirtilmekte; gerekli tanımlar, sınırlamalar ve kısaltmalar yer almaktadır.

1.1. Problem Durumu

Dünya Sağlık Örgütü'nün (2010) yaptığı tanıma göre, "sağlık, sadece bir hastalığın veya bir sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda bedenen, zihnen ve sosyal yönden tam bir huzur ve iyilik içinde olmaktır".

Alman sosyobilimci Alfred Grotjahn (1869-1931) ise hastalığın önemini şu şekilde vurgulamaktadır: "Hastalığın toplumsal önemi, o hastalığın sıklığı ile ilgilidir. Toplumsal açıdan bakıldığında bir hastalık ne kadar sık görülüyorsa, ne kadar çok ölüme, iş ve güç kaybına yol açıyorsa; o ölçüde önemli bir sağlık sorunudur".

Kronik hastalıklar toplumsal açıdan iş gücü kaybına yol açan ve toplum içerisinde sıkça görülen hastalıklardır. Sırf bu nedenler bile kronik hastalıkların bir toplum ve/veya birey için ne kadar önemli olduğunun anlaşılmasında etkilidir.

Hemen tüm çocuk ve ergenler yaşamlarının bir döneminde bir ya da birden çok hastalıkla karşılaşır. Hiç kuşkusuz bu hastalıklar onların kişiliği, yaşı, içinde buldukları koşullar, hastalığın tipi ve süresi gibi çeşitli etkenlere bağlı olarak ciddi stres kaynağı oluşturur; geçici veya kalıcı izler bırakabilir (Akduman, 2003: 1).

Diabetes mellitus, her sosyal katmandan büyük insan topluluklarını ilgilendiren günümüzün önemli kronik hastalıklarından biridir. Diyabet; tip-1 (genç tip diyabet) ve tip-2 (yetişkin tip diyabet) olmak üzere iki gruba ayrılır. Çalışmamda sunduğum bilgiler tip-1 diyabetliler ve onlara bakım veren ebeveynlerine aittir.

Toplumun temel çekirdeği olan çocuk esas olarak aile içinde yetişir, biçimlenir ve topluma hazırlanır. Bir çocuğun duygusal, fiziksel ve sosyal gereksinimlerini karşılayan aile onun sağlıklı gelişmesi için en uygun ortamı hazırlar (Erel ve Burman, 1995: 108). Çocukta çıkan diyabet ve tiroid gibi immün sistemin işleyişini etkileyen ve özenli bakım isteyen kronik hastalık, tüm aileyi etkisi altına almaktadır (Nazlı, 2009: 29).

Hastalıkla ilgili tüm aşamalara diyabetli ile birlikte diyabetli kişinin yanında olan ve ona bakım veren kişi de şahit olmaktadır. Dolayısıyla diyabetle baş etmenin zorluklarından diyabetli çocuk kadar bakım veren kişilerin de etkilenmekte olduğu düşünülmüştür.

Bu çalışma yeni tanı almış tip-I diyabetli çocukların ve bu çocuklara bakım verenlerin hastalığı algılama biçimlerinin, psikolojik durumlarının ve bu süreçte algıladıkları sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi için gerekli araştırmayı yaparak; diyabetle birlikte daha kaliteli yaşamaları için çözüm önerileri sunmayı amaçlamaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, tüm aile için travmatik bir yaşantı olarak ele alınan çocukluk dönemi kronik hastalıklarının, ailelerin psikolojik uyumu üzerine etkisini incelemek üzere tasarlanmıştır. Hastalıkla ilgili tüm aşamalara diyabetli birey ile birlikte kişinin yanında olan ve ona bakım veren kişi de şahit olmaktadır. Dolayısıyla diyabetle baş etmenin zorluklarından diyabetli çocuk kadar bakım veren kişinin de etkilenmekte olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı tip I diyabet tanısı almış olan çocuk ve ergenler ile onlara bakım verenlerin hastalığı algılarında, algıladıkları

sosyal destek düzeylerinde ve bu hastalığa uyum süreçlerinde mevcut durumdaki ruhsal belirtilerinin neler olduğunu belirlemek ve ebeveyn ile çocuğu sahip olduğu ruhsal belirtiler, sosyal destek algısı gibi değişkenler açısından karşılaştırmaktır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Geçmişte diyabetin tedavisinin mümkün olmadığı düşünölmekte idi. Bilimin hızla ilerlemesiyle diyabet hastalığının kontrol edilebileceği ve hastanın yaşam süresinin uzatılarak hastalığın komplikasyonlarının azaltılabileceği saptanmıştır. Bugün kan şekeri kontrol altında tutulan diyabetli bireyler yaşam kalitelerini etkilemeyecek şekilde yaşamaktadırlar. Günümüzde tip-I diyabet tanısıyla hastaneye yatan çocukların sayısı artmaktadır.

2004 verilerine göre gelişmekte olan Dünya Sağlık Örgütüne üye ölkelerde yaşayan 33 milyon insan bulaşıcı olmayan hastalıklardan ve yaralanmalardan hayatını kaybetmektedir. Bu sayının %1.6'sını ise diyabet hastaları oluşturmaktadır. İlerleyen süreçlerde bu sayının artacağı düşünölmektedir (WHO, 2010).

Etkin bir diyabet tedavisi diyet, fizik egzersiz, ideal kilonun sağlanarak korunması, sigara içilmemesi, kan şekeri ve lipidlerin ilaçlar ile kontrol altında tutulması ile sağlanır. Diyabet tedavisinde hastanın eğitimi ve etkin bir rol oynaması büyük önem taşır (www.who.int/diabetes/actionnow/healthylife/en/print.html 28.05.2006 tarihinde ulaşılmıştır). Diyabet titiz, özenli ve sürekli yaşam tarzı değişikliklerini içeren terapötik kontrol gerektiren bir hastalıktır. Diyabet fiziksel bir hastalık olmanın yanında, psikiyatrik ve psikososyal boyutları olan bir sistemik bir hastalıktır. Hasta açısından fiziksel özelliklerinin yanında, ruhsal, sosyal, psikoseksüel bir dizi sorun ve çatışmaları beraberinde getirmektedir. Türkiye'de yapılan literatür taramalarında, Tip-I diyabet hastaları ile ailelerinin hastalığa uyumları veya hastalığı kabulleri ile ilgili az sayıda çalışmaya rastlanılmıştır.

Uyum süreci sağlık davranışlarında etkilidir. Bu çalışmada diyabetli çocuklar ile onlara bakım verenlerin uyum sürecini etkileyen ve geliştiren etmenlerin

araştırılıyor olması önem arz etmektedir. Zira elde edilen bulguların çocuklarda veya ailelerinde kullanılarak onların sağlık bakım davranışlarının geliştirilmesinin ve tedavi sürecinde hastalıkla baş etme stratejilerinin güçlendirilmesi kaliteli bir yaşam için önem taşımaktadır.

Diyabetik bireyin kişilik yapısını anlayarak farkındalık kazanması, geleceğe ilişkin umutsuzluğunun azaltılması ve beklentilerinin bilincinde olacak şekilde içinde bulunduğu ruhsal durumunun çözümünün sağlanması için yapılacak psikolojik danışmanlık ve rehberlik hizmetleri diyabetin kontrolünün sağlanmasında bireyin önemli bir destekleyicisi durumundadır.

Bu araştırmada diyabetli çocuklar ile onlara bakım verenlerin hastalığa uyum süreçleri hakkında bilgi sahibi olunacağı düşünülmüştür. Bir sonraki adımda ise bu hastalığa uyum sağlamakta zorlanan grupla eğitim çalışmalarının yapılması planlanmaktadır. Literatürde eğitim çalışmalarının hastaların bilgi düzeylerini arttırdığı, inanç düzeylerini pozitif yönde etkilediği ve olumlu sağlık davranışları kazandırdığı vurgulanmaktadır (Cin 2009; Gökler 2008; Kartal 2006).

Bu araştırma, hastaların diyabete ilişkin algılarını inceleyerek, bakım ve tedavide engel oluşturabilecek noktaların belirlenmesi ve bunların olumlu yönde değiştirilmesi açısından oldukça önem taşımaktadır. Aynı zamanda bu araştırma bulguları, diyabetlilerde yapılacak olan diğer planlı eğitim ve izlem araştırmalarında önemli bir veri kaynağı oluşturacaktır. Bilimsel açıdan yapılan bu katkının yanı sıra gözden kaçan toplumsal bazı ihtiyaçları karşılayabilmek adına bu araştırmanın bir adım olacağı düşünülmektedir. Bahsi geçen ihtiyaçları şu şekilde sıralayabiliriz;

Diyabette bireysel yönetimin sağlanabilmesi için diyabet merkezlerinde planlı eğitim programlarının ve izlemlerin uygulanması, planlı diyabet eğitiminin ve izlemlerin diyabetin kontrolünde olumlu etkisi düşünüldüğünde, belirli merkezlere kayıtlı olan hastaların dışında toplumda yaşayan diğer diyabetli hastaların izlemlerinin ve eğitimlerinin sağlık kurumlarında çalışan psikolog ve/veya psikolojik destek sağlamak için gerekli eğitime sahip sağlık personeli tarafından yürütülmesi,

diyabet bakım ve tedavisini engelleyebilecek hastalığa ilişkin olumsuz algıların belirlenmesi ve bu engellerin olumlu hale getirilmesi için hastaların planlı girişimlerle desteklenmesi, diyabetli hastalara uygulanan eğitim programlarında periyodik olarak diyabete karşı inanç ve tutumların belirlenmesinde geçerli ve güvenilir ölçme araçlarının kullanılması, diyabet geniş bir bilgi birikimi gerektiren, ve bu bilgilerin sürekli yenilendiği bir alan olması nedeniyle burada çalışan sağlık ekibinin yeterliliklerinin periyodik olarak izlenmesi önerilebilir.

Diyabetli hasta yaşam süresini uzatmak ve yaşantısı boyunca sağlıklı kalmak istiyorsa yaşamının sonuna kadar bazı kurallara uymak ve bunu sağlayabilmek için de alışkanlıklarında değişiklik yapmak zorundadır. Bu nedenle diyabetlilerin hastalıkları konusunda ve gereksinimleri konularında eğitilmeleri gerekmektedir.

1.4. Problem Cümlesi

“En geç 3 yıl önce Tip-I diyabet tanısı almış çocuk ve ergenler ile bakım verenlerinin, algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve kısa semptom envanteri puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?”

1.5. Araştırmanın Alt Problemleri

1- Tip-I diyabet tanısı almış çocukların ruhsal belirti skorları ile hastalığa ilişkin öznel algıları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

2- Tip-I diyabet tanısı almış çocuklara bakım verenlerin ruhsal belirti skorları ile hastalığa ilişkin öznel algıları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

3- Tip-I diyabet tanısı almış çocukların çok boyutlu algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile hastalığa yönelik öznel algıları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

4- Tip-I diyabet tanısı almış çocuklara bakım verenlerin çok boyutlu algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile hastalığa yönelik algıları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

5- Tip-I diyabet tanısı almış çocukların ruhsal belirti skorları ile çok boyutlu algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

6- Tip-I diyabet tanısı almış çocuklara bakım verenlerin ruhsal belirti skorları ile çok boyutlu algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

7- Tip-I diyabet tanısı almış çocuklar ile onlara bakım verenlerin hastalığa yönelik öznel algılar puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık var mıdır?

8- Tip-I diyabet tanısı almış çocukların ruhsal belirti skorlarında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık var mıdır?

9- Tip-I diyabet tanısı almış çocuklara bakım verenlerin ruhsal belirti skorlarında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık var mıdır?

10- Tip-I diyabet tanısı almış çocuklara bakım verenlerin hastalığa yönelik öznel algılar puanlarında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık var mıdır?

11- Tip-I diyabet tanısı almış çocuklara bakım verenlerin KSE değerlerinde maddi gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılık var mıdır?

1.6. Sayıtlar

1. Tip-I diyabetlilerin ve onlara bakım verenlerin ölçme araçlarındaki soruları içtenlikle cevapladıkları kabul edilmiştir.

1.7. Sınırlılıklar

1. Bu araştırma İzmir ilindeki çocuk endokrinoloji birimi bulunan 4 hastanede tedavisini sürdüren maksimum 3 yıl önce diyabet tanısı almış olan çocuk ve ergenler ile onlara bakım verenler ile sınırlıdır. Bulgular bu hastanelerde kontrollerini takip eden ve örnekleme giren bireylerden alınan verilere dayalıdır.

2. Deneklerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”nden aldıkları puanlar ile sınırlandırılmıştır.

3. Deneklerin hastalığı algılamalarının değerlendirmesinde ise “Hastalığa Yönelik Öznel Algılar Formları”ndan aldıkları puanlar ile sınırlandırılmıştır.

4. Bu araştırmanın bulguları, kullanılan ölçeklerin güvenilirliği ile sınırlıdır. Kendini değerlendirme türü ölçeklerle katılımcının öznel değerlendirmesini almanın yarattığı sınırlılık, bu araştırmada da geçerlidir.

1.8. Tanımlar

Tip-I Diyabet: İnsülin üretiminin tamamen yok olduğu ve vücudun insülin üretmediği tipteki diyabet türüdür. Genellikle çocukluk çağında görülür (T.C.S.B.ve diğerleri, 2010: 5).

Tip-II Diyabet: Bu tip diyabette insülin üretimi kısmi azalmıştır fakat insülin görevini yapamadığı için hap yada insülin tedavisi ile aktif hale getirilebilir. Erişkin diyabeti olarak da bilinen bu tip diyabet son yıllarda genç ve çocuklarda da gözlenmektedir (T.C.S.B.ve diğerleri, 2010: 5).

Sosyal Destek: Güç durumdaki bireye ya da stres altındaki bireye bağlı olduğu eş, aile, arkadaş gibi insanlar tarafında sağlanan maddi ve manevi yardım (Dalak, 2010: 44).

Uyum: Toplumsal çevreye veya bir duruma uyma, uyum sağlama, intibak, entegrasyon (Türk Dil Kurumu-Büyük Türkçe Sözlük, 2011).

Hastalığa Uyum: Bireyin tıbbi veya sağlık önerileriyle uyuşan davranışları (tedaviyi uygulama, beslenme ve egzersizi uygulama, yaşam şekli değişimlerinin uygulanması) olarak tanımlanmıştır (McNabb, 1997: 215).

Puberte: Bireyin fiziksel, hormonal ve psikososyal olarak çocukluktan erişkinliğe geçiş süreci olan adolesan çağındaki fiziksel ve nöroendokrin değişiklikleridir (Ercan, 2005: 9).

HbA1c Değeri: Son yıllarda diyabet takibinde kullanılmaya başlanan en önemli laboratuvar testlerinden birisi HbA1c (glikohemoglobin) dir (www. diyabetiz.com, 2011).

1.9. Kısaltmalar

KSE: Kısa Semptom Envanteri

BSI: Brief Symptom Inventory

SCL-90-R: The Symptom Checklist-90-Revised

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support

DM: Diyabetes Mellitus

WHO: World Health Organization

APA: The American Psychological Association

MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

AAP: American Academy of Pediatrics

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

BÖLÜM II

İLGİLİ YAYIN VE ARAŞTIRMALAR

Bu bölümde araştırmanın kuramsal çerçevesi aktarılacak, araştırmanın ortaya çıkışını sağlayan bilimsel altyapı ve çalışmalar hakkında bilgi verilecektir.

2.1. Kronik Hastalık

Kronik hastalıklarla ilgili pek çok farklı tanımlama yapılmıştır. Bu tanımlamaların hemen hepsi kronik hastalıkla ilgili geniş bir bakış açısı kazanılmasında fayda sağlayabilir. Bazı araştırmacılar sosyal ve çevresel faktörlere dayanarak; bazıları genetik faktörlerden yola çıkarak kronik hastalık kavramını tanımlamışlardır. Bu tanımlamalardan bir kaçı aşağıda sıralanmıştır.

Kronik hastalıklar genellikle tam iyileşmeleri söz konusu olmayan, sürekli, yavaş ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlıklar bırakan, oluşmasında sosyo-ekonomik, kişisel ve genetik etkenlerin rol oynadığı, çoğunlukla bulaşıcı olmayan, organ ve fonksiyon bozuklukları oluşturarak, beklenen yaşam süresini kısaltıp, bireylerin yaşam kalitesini düşüren rahatsızlıklardır. Örneğin; kalp hastalıkları, doğumsal anomaliler, epilepsi, kronik böbrek yetmezliği, kanserler, diyabet, astım gibi birkaç hastalık kronik hastalıklardandır (Sönmez, 1998; Er, 2006; Roemer, 2011).

Tıpkı diğer hastalıklar gibi kronik hastalıklar da doğumda görülebildiği gibi yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilmektedir. Kronik hastalıklar halen gelişmiş ülkelerde bile önemli sağlık sorunlarındandır. Bu konuda yapılan prevalans çalışmalarının sonuçlarında farklı rakamlar verilse de, genel olarak çocuk ve ergenlerin oldukça yüksek oranda kronik hastalığa sahip oldukları gözlenmektedir (Gültekin & Baran, 2005: 61).

Çocukluk çağı kronik hastalıklarının oranlarına bakıldığında (Amerika 1996 yılı verileri) ilk sırayı 1000’de 62 ile astım almaktadır. Bunu 1000’de 15,2 ile migren, 4.9 ile epilepsi, 1,9 ile artrit, 1,2 ile diyabet, 0,5 ile kistik fibroz, 0.15 ile lösemi izlemektedir (Mrazek, 2002: 1230).

Yapılan araştırmalara göre, son 30 yılda kronik hastalığı olan adolesanların oranı da belirgin olarak artmıştır ve günümüzde tahminen adolesanların % 12-18’inde kronik hastalık bulunmakta ve % 6-8’inde ise hastalık nedeniyle günlük aktiviteler kısıtlanmaktadır. Çocukların %5-20’sinin erişkin döneme kadar yaşamlarının herhangi bir döneminde uzun süreli bir hastalığa yakalandığı, %13’ünün kronik hastalıklar nedeni ile tedavi altında olduğu, %2-4’ünün ise günlük aktiviteleri engelleyecek tipte ağır hastalığa sahip olduğu bulunmuştur (Gortmaker ve Sappenfield, 1984; Britto, 2007).

2.2. Diabetes Mellitus (Diyabet- Şeker Hastalığı)

Diabetes mellitus, her sosyal katmandan büyük insan topluluklarını ilgilendiren günümüzün önemli kronik hastalıklarından biridir. Diyabet teşhisini az gelişmiş teknolojiye sahip olmasına rağmen, ilk olarak tıbbın babası olarak sayılan Hippocrates kullanmıştır. Kullandığı tanı araçları son derece basit ancak doğru sonucu verebilecek türdendir. Sık tuvalete çıkma, iştah öyküsü ve hastanın idrarının tatlı olması en büyük işaretçilerdir (Fournier, 2000). İki bin yıldan beri bir sağlık sorunu olan şeker hastalığı eski Mısır’da Ebers papirüslerinde poliüri (çok idrara çıkma) olarak bildirilmiştir. İbni Sina (980-1037) ilk kez diabetik kangreni tanımlamıştır. Paracellus ise (1493-1541) diabetli hastalara açlık kürleri uygulamıştır (Karayurt, 1997’den alıntılanmıştır).

Diabetes mellitus; pankreasın beta hücrelerinden salgılanan insülinin eksikliği, yokluğu veya periferik dokularda (kalp ve beyin dışındaki dokular) insülin direncine bağlı olarak ortaya çıkan (Diabetes Care, 2008: 56), bir çok klinik ve biyokimyasal bulgu ile seyreden (Çavuşlu 2003; Yılmaz 2003), kronik hiperglisemi (şeker yüksekliği) durumudur (Altuntaş, 2001: 51).

Diyabetin tanısı klasik klinik belirtiler ve biyokimyasal ölçümlerle konulabilmektedir (Taşkın & Yılmaz & Kılıç & Ertuğrul, 2007: 74). Klasik klinik belirtiler: ağız kuruluğu, çok idrara çıkma, çok su içme ve çok miktarda yemek yeme, halsizlik, uyku hali, duygusal olarak hassas bir tutum sergileme, alınganlık, aşırı kilo değişimlerinin kısa bir süre içerisinde izlenmesi gibi belirtilerdir (Darcan & Gökşen, 2003: 5).

Diyabet tedavisinin bileşenlerini; insülin tedavisi, kendi kendine izlem, beslenmenin planlanması, egzersiz, beslenme-egzersiz ve insülin tedavisi arasında dengenin kurulması, diyabetli birey-diyabet ekibi arasında iletişim, diyabet eğitimi, diyabetli birey/ ailesinin güçlendirilmesi, motivasyonu, psikososyal danışmanlık ve objektif değerlendirme (HbA1c değeri gibi) oluşturmaktadır (Hatun 1999; Çavuşlu, 2003).

Diyabet; yaşam boyu süren, her yaştaki birey ve yakınlarını doğrudan ilgilendiren, *iyi metabolik kontrol sağlanamadığında* geri dönüşümsüz komplikasyonları nedeniyle organ ve işlev kayıplarına yol açarak; bireyin yaşam süresini-kalitesini, fiziksel ve ruhsal iyiliklerini olumsuz yönde etkileyen, sosyo-ekonomik yükü ağır olan endokrin ve metabolik bir hastalıktır (Akalin ve diğer, 2000: 2).

Bunların yanı sıra diyabetlinin öz bakım gücü, öz etkililik düzeyi, aldığı eğitimi istedik davranışa dönüştürme becerisindeki aksamalar ile ilgili sorunlar nedeniyle en önemli kronik hastalıklardan birisini oluşturmaktadır (Tezer, 2006: 177).

2.2.1. Diabetes Mellitus Sınıflandırması

2.2.1.1. Tip-I (İnsüline Bağımlı) Diyabet: Jüvenil-geç tip diyabet de denir. Bu diabetiklerde insülin salgılanması olmadığından insülin tedavisi zorunludur. Bu diyabet tipi çocuklarda ve gençlerde fazla görülür. (Karayurt, 1997; Çavuşlu ve Pek, 2005; Dedik, 2008; Uslu, 2008).

Günöz'e (2004: 88) göre çocuklarda diyabet, kronik hastalıklar arasında görülme sıklığı yönünden dünyada birinci sırada yer almaktadır ve son 30 yıldan beri çocuklarda diyabetin görülme sıklığı artmaktadır. Her yıl ortalama 3 bin çocuktan birisi diyabete yakalanırken 0-18 yaş arasındaki her 300-1500 çocuktan birisi diyabetlidir.

Gün be gün Tip-I diyabet teşhisi alan çocukların sayısı hızla artmaktadır. Bugün dünya nüfusunun %6'sını oluşturan 230 milyon insan diyabetle yaşıyor ve önümüzdeki 20 yıldan az bir zamanda bu sayının 350 milyona ulaşması bekleniyor (WHO).

Araştırmaların artışına bağlı olarak tip I diyabeti önlemeye yönelik çalışmalarda henüz radikal bir başarıya ulaşılamamasına rağmen, gerek tedavideki gelişmeler gerekse diyabetli bireyin eğitiminin gittikçe önem kazanması akut ve kronik komplikasyonların sıklığının azaltılmasına ve daha erken tanısına olanak sağlamaktadır.

2.2.1.2. Tip-II (İnsüline Bağımlı Olmayan) Diyabet: Bu tip; insülin salgılanması tamamen yok olmayan, bu bakımdan tedavisinde insüline ihtiyaç göstermeyen erişkin tip diyabettir. Bu kişilerde obezite veya genetik etmenler (yaş, cinsiyet) tip-2 diyabetin çıkmasında etkili faktörlerdir (Karayurt, 1997; Ferrannini ve diğer., 2003).

Yüksel'in (2007: 5) tespitine göre, Tip-II diyabet toplumda ve genel diyabet popülasyonunda da daha sık görülüyor. Dedik (2008: 4) diyabette metabolik kontrolün sağlanmasında; ne zaman ve ne kadar yenmesi gerektiğinin bilinmesi, tedavi ve egzersiz arasında bir dengenin kurulması çok önemli unsurlar olduğunun altını çizmiştir. Diabetes Mellitus gerek akut gerekse kronik komplikasyonlarıyla kişinin yaşamını etkileyen ve kişinin belirli bir beslenme, ilaç ve doktor kontrolü takibini izlemesini zorunlu kılan kronik bir hastalıktır.

Erel ve Burman'a (1995: 108) göre toplumun temel çekirdeği olan çocuk esas olarak aile içinde yetişir, biçimlenir ve topluma hazırlanır. Bir çocuğun duygusal, fiziksel ve sosyal gereksinimlerini karşılayan aile onun sağlıklı gelişmesi için en uygun ortamı hazırlar. Çocuk anne, babanın ona sunduğu kişilik, cinsiyet modelleriyle, sosyal kuralları ve ahlaki değerleri öğrenerek, karşılıklı bir etkileşim içinde büyür.

Bu araştırma tip-1 diyabetli çocuklar ile yürütüldüğü için çalışmada yararlanılan kaynakların genç tip diyabete yönelik olmasına özen gösterilmiştir.

2.3. Tip-I Diyabetle İlgili Yapılmış Araştırmalar

Tip 1 diyabet, tüm diyabetlilerin yaklaşık % 10'unu oluşturmaktadır (Yılmaz, 2006: 60) ve her yaşta görülebilmekle birlikte (Ertuğrul ve diğer, 2006: 44), sıklıkla 30 yaşın altında (% 75- 80 oranında) ortaya çıkmaktadır (Hatun, 2002: 62).

En sık görüldüğü yaş 5-7 yaş ve puberte dönemi (10-15 yaş grubunda görülme oranı daha yüksek) olmakla birlikte görülme sıklığı 5 yaşın altındaki çocuklarda da giderek artmaktadır (Sperling ve ark., 2004; Selçukbiriçik & Velibeyoğlu & Öztarhan & Palabıyık, 2005: 706). Vakaların dörtte üçünde çocuk 15 yaşına gelmeden tanı konulmaktadır. Ayrıca astım ve serebral palsiden sonra en sık görülen üçüncü kronik hastalıktır. Türkiye'de ise 1996 yılında 19 bölgede yapılan çok merkezli bir çalışmada 0-15 yaş arası diyabet insidansı 2.52/100000/yıl olarak bulunmuştur (Gül, 2006; Yılmaz, 2006).

Tip 1 diyabette ağır ve genellikle kalıcı insülin eksikliği vardır. Bu nedenle tedavisinde mutlaka insülin gereklidir (Çetinkalp & Yılmaz, 2002: 13).

Hatun'a (1999: 909) göre insülin tedavisi başlanan her diyabetli birey kendi kendine insülin enjeksiyonu yapabilmelidir. Okul çocuğu ve adolesanlar kendi kendine enjeksiyon yapabilir. Bu beceri çocuğun ince motor becerisi, bilişsel gelişimi ve emosyonel olgunluğu ile ilişki göstermektedir. Ancak çocuk

olgunlaşmadan bu sürece zorlanmamalıdır (Kahn & King & Jacobson & Moses & Smith, 2005: 711).

Erkek ve kızlar tip 1 diyabetten eşit oranda etkilediğinden cinsiyet yönünden farklılık görülmemektedir (Taşkın & Yılmaz & Kılıç & Ertuğrul, 2007: 76).

Tip 1 diyabet ve sosyoekonomik durum arasında belirli bir ilişki bulunmamaktadır (Taşkın & Yılmaz & Kılıç & Ertuğrul, 2007: 78).

Kahn ve arkadaşlarına (2005: 718) göre, diyabette bakım çok yönlü, kompleks ve zaman alan bir tedavi gerektirmektedir. Pek çok araştırmacı diyabetin yol açtığı psikolojik, psikososyal, fizyolojik değişimler nedeniyle emek isteyen uzun dönemli tedavisi için; diyabetli birey ve ailesi merkezde olmak üzere farklı sağlık disiplinlerinde uzmanlaşmış hekim, hemşire, diyetisyen, psikolog, pediyatrik sosyal danışman gibi sağlık ekibi üyelerinden, ayrıca çocuğun bakımı ile ilgili diğer bireylerden (bakıcı, öğretmen, çocuğa yardım eden diğer bireyler) oluşan diyabet ekibini gerektirdiğini söylemişlerdir (Günöz & Saka & Darendeliler & Bundak & Neyzi, 1993; Hanas, 2001; Buzlu, 2002; Drexler ve Robertson, 2005).

Adolesan dönemde fizyolojik, sosyal ve psikolojik faktörler nedeniyle küçük çocuk ve yetişkinlere göre diyabetin kontrolü daha güç olmaktadır (Fray, Ellis, Naar-King ve Greger, 2004; Silverstein ve diğer., 2005; Silverstein ve Rosenbloom, 2007).

Toparlak (1989; 1999) da yaptığı çalışmalar sonucunda adolesan döneminde diyabette; hızlanan büyüme ve artan vücut ağırlığına rağmen insülin dozlarının ayarlanamaması, ergenliğe bağlı hormonal değişimler, psikososyal sorunlar (gelecek endişesi, yaşlılarından farklı olma duygusu, bağımlı olma, hipoglisemi gibi sıkıntı yaratacak durumlara uyum sağlama gibi), insülin enjeksiyonlarının atlanması, uygun olmayan yeme alışkanlıkları ve/veya yeme bozuklukları, değişken egzersiz düzeni, çocukluk döneminde tekrarlayan enfeksiyonlar, tedaviye uyum güçlüğü nedeniyle metabolik kontrolde bozulma meydana gelebileceğini iletmektedir.

Tip 1 diyabetli çocuk ve adolesanlarda yaşamın devamı için metabolik kontrol sonuçlarında kan şekeri düzeylerinin ideale olabildiğince yakın olması şarttır. Bu nedenle ailenin ve diyabetli çocuk veya adolesanın diyabete uyum sağlamış olması, onunla çatışmadan onu yönetmeyi öğrenebilmesi gerekli görülmektedir. Ancak Tip-I diyabet ortaya çıktığı yaş itibariyle problemlerin yoğun olduğu bir evreye denk gelmektedir. Bu evre; sıklıkla “ergenlik” diye duyduğumuz; ancak literatürde adolesan dönem olarak adlandırılan evredir.

2.4. Çocukluk Dönemi ve Adolesan Dönemin Özellikleri

İlkokul çağını içine alan 6-12 yaş döneminde çocuk, bilişsel açıdan Piaget’in “somut işlemler” döneminindedir. Bağımlılığı azalmış, zaman, uzay, sayı kavramları yerleşmiş, şekil ve çizimleri anlamaya başlamıştır. Hayalle gerçeği ayırt etmeyi öğrendiği gibi doğum, ölüm ve tanrı hakkında gerçekçi kavramlar geliştirmektedir (Furth & Wachs, 1975: 301). Piaget, bu dönemde çocukta vicdan, engellenmeye direnme, davranışlarını kontrol etme gibi yetilerin gelişmekte olduğunu vurgulamıştır. Canlı, hareketli, oyun yaşantısı sürmekte olan çocuk yeni şeyler öğrenme gayretindedir.

Erikson’a (1984: 45) göre bu dönem “çalışma dönemi”dir. Bu dönemde karşılaşılabilecek olumsuzluk; yetersizlik- aşağılık duygusunun gelişme ihtimalidir. Somut işlem dönemi olduğu için, hastalık & sağlık konusunda da bilinç artar. Ancak hastalık nedenini dışsal ögelere atfeder. Örneğin mikroplar, pis şeyler vb. Bazen anne sözü dinlememeye dair bir ceza olarak da hastalığı algılayabilirler. Diyabetin bu dönemde çocuğun hayatına girmesi çocuğu etkileyecektir. Bu etkilenme, eğer elinden tümüyle sorumluluklar alınırsa diyabete uyumda başarısızlıklar, kötü bir benlik algısı gelişimi gibi yönlere gidecektir. Engellenen çocuk hastalığını inkar ederek yasaklanan yiyecekleri yer, iğnelerini geciktirir ve bunun gibi inkar belirtileri gösterir. Bu bozuk gidişat sonucunda aile çocuğun üzerine daha çok düşer ve kısır bir döngü başlar.

Steiner (1997: 251), çocukluk çağında başlayan kronik hastalıkların gelişmekte olan çocuklar üzerinde, psikopatoloji gelişimini de içermek üzere pek çok olumsuz etki oluşturduğunu ifade etmiştir. Bu hastalıklar hızlı bir fiziksel gelişim sürecinde bulunan çocukların gelişimlerine set çekmekte ve yaşa uygun gelişimsel kazanımlarına engel olmaktadır (Eiser, 1999; Boekaerts, 1999; Silverstein ve diğer., 2005; Wassermann, 2008).

Boekaerts'ın (1999: 33) sosyal uyumu araştıran çalışmalarında kronik hastalığı olan çocukların yaşıt ilişkilerinin sağlıklı çocuklardan daha kötü olmadığı belirtilmiştir. Ancak hastalığa bağlı faktörlerin bu ilişkileri etkileyebileceği kabul edilmektedir.

Mrazek (2002: 1231), psikososyal problem oluşturmada hastalığa özgü risk faktörlerini şu kriterlerle tanımlamıştır: Başlangıç yaşı (6 ay-5 yaş arası ve erken ergenlik dönemi), hastalığa neden olan faktörler (genetik/çevresel), hastalığın cinsi (epizodik olması) ve uygulanan tedavi şeklinin ağırlığı, fiziksel deformite ve engellenme oluşturması, tanının yanlış veya geç konması, hastalığın seyrinin kötü olması.

Yapılan bazı çalışmalarda; hastanın dış görünümünde ve fiziksel aktivitelerinde değişikliğe neden olmayan diyabet veya kardiyak rahatsızlıkların sosyal etkileşimlerde güçlüğü yol açmadığı, ancak lösemi veya epilepsi gibi hastalıkların bu tür güçlüklerle daha fazla sebep olduğu hipotezi desteklenmiştir (Eiser ve ark., 1992; Wassermann, 2008).

Mrazek (2002: 1233) kronik hastalıkların farklı gelişimsel evrelerde çocuklar üzerinde farklı etkilerinin olduğunu ifade etmektedir. Çocuğun hastalığa vereceği tepki bilişsel olarak anlama kapasitesi ile ilişkilidir. Bebeklik çağında kendilik farkındalığı olmadığı için bebek, hastalığı olduğunun da farkında değildir. Hastalığın yol açtığı fiziksel değişiklikler sebebiyle ağlayabilir, huzursuzluk, emmekten keyif almama gibi memnuniyetsizlik belirtileri gösterebilir. Küçük çocuklarda, hastalık ve tedavinin doğası tam olarak anlaşılmadığı için hastalığın ağrı ve kaygı verici

semptomlarıyla baş etmenin daha zor olabileceğini vurgulamıştır. Ergenlik döneminde ise beden algısı, kişilik gelişimi ve arkadaşlar tarafından kabul görme oldukça önemli olduğundan bu dönemde kronik hastalığın başlaması normal benlik gelişimini olumsuz yönde etkileyebilir.

Yavuzer'e (2001 : 162) göre okul öncesi çağlarda çocuk anne babasının verdiği tepkilere göre durumu değerlendirir. Anlamlandırmakta güçlük çektiği konularla ilgili sordukları sorulara daha gerçekçi cevaplar beklerler. Ebeveynin uygun duygusal tepkileri ve gerçekçi tutumları çocuğun genel anlamda hastalık sürecini kabullenmesinde önemli yer tutmaktadır. Anne babanın sakin bir şekilde tanı ve tedavi ile ilgili işlemlere kabul göstermesi çocuğun da uyumunu artıracaktır. Ayrıca uygun bir şekilde çocuğun dikkatini başka alanlara kanalize etmeleri tedaviye yardımcı olurken, kaygılı uğraşları zarar verecektir.

Steiner (1997: 255) okul çağına gelen çocuklarla ilgili olarak; bedenlerinin kendileri için ilgi ve kaygı odağı olduğunu ifade etmiştir. Çocuk daha gerçekçi bir destek ve güvence alma ihtiyacı içindedir ve bunu hastalığı hakkında sorular sorarak belli eder. Kendisini yaşlılarıyla karşılaştırır ve bu süreç yıllarca devam edebilir. Bu yüzden durum hassas bir şekilde ele alınmalı ve gerçekçi çözümler sunulmalıdır. Bedensel işlevlerle aşırı meşgul olan çocuğun bu eğilimini hastalığının gerektirdiği özel ihtiyaçlar arttırabilir. Bu ihtiyaçların neden olduğunu tam olarak anlayamamakla birlikte kendi kendine açıklamaya çalışır ancak bilişsel kısıtlamalar ve ben merkezci gerçeklik anlayışı sebebiyle bu açıklamalar gerçekten uzak olabilir.

Wassermann (2008: 266) okul çağı yaşındaki çocuklar için, yaşlılarından ve okul deneyimlerinden giderek daha çok etkilendiklerini, okulun onlar için akademik becerilerin ve sosyalizasyonun kazanıldığı önemli bir ortam olduğunu söylemiştir. Bu dönemdeki gelişimsel görevler; aileden ayrılma, yaşıt gruplarına ve topluma ait olma duygusunun gelişimi ve özdeşim, sosyal beceriler kazanma, başarı duygusunun gelişimi, stres, anksiyete, dürtü ve engellemelerle başa çıkma ve duygularını onay görecektir şekilde dışa vurmayı öğrenme, okula uyum, kendine yeterlilik duygusu gelişimi ile sonuçlanacak beceri ve tutumların kazanılmasıdır. Kronik hastalık bu

normal gelişim süreçlerini etkileyebilir. Normal yaşlılarından nasıl farklı oldukları ve hastalığın yaşıt ilişkilerini geliştirmede nasıl etkili olacağı konusunda kaygılar yaşayabilirler.

Ergenlik hemen herkesin hakkında birkaç cümle söyleyebileceği ve az çok başımızdan geçtiğini düşündüğümüz bir dönemdir. Bu dönemde kişilik gelişimi tamamlanmaya başladığı için sancılı süreçler genci ve aileyi zorlayacaktır. Pek çok farklı araştırmacı ergenlikle ilgili araştırma yapmış ve o dönemi farklı yollarla tanımlamışlardır.

Adolesan anlamındaki adolescence; “büyüme, olgunlaşma” anlamına gelen Latince kökenli “adolescere” sözcüğünden türetilmiştir. Adolesan dönemi, erinlik (puberte) ile başlayıp yetişkinliğe kadar süren bir dönemi kapsamakta olup, çocuklukla yetişkinlik arasında bir geçiş dönemini oluşturmaktadır (Kılıç, 2009).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınladığı psikiyatri sözlüğünde adolesan; “fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel, psikolojik olgunlaşma ile başlayan; bireyin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı, çok da belirli olmayan bir zamanda sona eren kronolojik bir dönemdir ve hızlı fiziksel, psikolojik, sosyal değişimlerle karakterizedir” şeklinde tanımlanmaktadır (APA: 43).

Yavuzer (2001: 165) bu dönemin 12 yaş civarında başlayıp 19-21 yaşında sona erdiği kabul edilmekte olduğunu bildirmiştir. Adolesan dönemini WHO 10-19 yaş, UNESCO ise 15-25 yaş dilimleri arasında göstermektedir (Yavuzer, 2001& 2005).

Bu dönem yaşamın ilk iki yılı dışında, biyolojik, psikolojik, zihinsel ve sosyal yönden bir gelişme ve olgunlaşmayla ilgili en yoğun değişimlerin yaşandığı bir dönemdir ve eşsiz bir kimlik geliştirme, fiziksel değişikliklere uyum, geleceğe ilişkin planlar yapma ve bağımsızlığın kazanılması ile karakterizedir. Erikson'a (1984: 60) göre genç kimlik oluştururken iki temel konuyla iç içedir. Bunlar, “kendisini ne olarak hissettiğiyle başkasının gözünde ne olduğu” ve “önceden edinilen becerilerin günlük olaylarla nasıl bağlanacağıdır” (Yavuzer, 2001& 2005).

Karşılaşılabilecek risk, rol karmaşası- kimlik bunalımıdır. Gençler bugün artan oranda bir meslek ve/veya beceri oturtmakla ilgili sıkıntı yaşamaktadırlar. Soyut düşünce de gelişmiş olduğu için artık hastalıkla ilgili bilgi düzeyi, hastalıkların pek çok nedenden kaynaklanabileceği gibi bilgiler geniş bir perspektifte yer almaktadır (Furth & Wachs, 1975: 299).

Yavuzer'e (2005: 23) göre adolesan dönem kendi içinde üç dönemden oluşmaktadır. Bu dönemin *ilki* 12-14 yaş arasını kapsayan *erken adolesan dönemidir*. Boy uzaması, kilo artışı, iç organlarda gelişme ve bunlara bağlı fiziksel kapasitenin arttığı bedensel gelişimin yaşandığı bir dönemdir. Bilişsel gelişim sonucu soyut düşünce görülmekte ve yetişkinlikteki cinsiyet özellikleri kazanılmaktadır. *İkinci dönem* 15-17 yaşları kapsayan *orta adolesan dönemidir*. Bedensel gelişimin büyük ölçüde tamamlandığı ve daha çok ruhsal sorunların çözümlenmesi gereken bir dönemdir. Arkadaş ilişkilerinin önem kazanması, adolesanın kendisini sosyal alanlarda ortaya koyabilmesi, ebeveynle yaşanan otorite çatışması, ayrışma ve birleşme bu dönemin özellikleridir. Grup arkadaşlıkları önem kazanmakta, karşı cinsle ilişki artmakta ve cinsel kimlik gelişimi ilerlemektedir. Adolesanın *son dönemini* oluşturan 18-21 yaş arası *geç ergenlik dönemidir*. Kimlik gelişiminin tamamlandığı ve kimlik duygusunda bir bütünlüğe erişilen dönemdir. Meslek seçimi, yaşam biçimi belirleme, karşı cinsle sevgiye dayalı ilişki kurma, siyasi, felsefi, dini görüşler geliştirme, grup içinde olabilme, kendine ait değer sistemi edinme kimliğin kazanılmasında rol oynamaktadır.

Diyabet gibi bir hastalığın varlığı gencin bu kriz evresini (ergenlik) normale oranla daha zor ve müdahale gerektiren bir dönem haline getirebilir. Sürekli sorgulamalar veya bir sağlık personeline takip edilme zorunluluğu gençle iletişim kurulmasını daha güç hale getirebilir. Gelecek endişesinin arttığı bu dönemde genç gelecekle ilgili hayal kırıklıkları yaşayabilir. Anne-baba, *bakım veren birey*, sağlık ekibi, öğretmenler gibi çevresindeki yetişkinlerle açık iletişim kuramamak gencin sıkıntısını ifade etmesini kolaylaştırmaz. Öfke patlamaları, uygunsuz cinsel davranışlar, evden/okuldan kaçma gibi davranış sorunlarının kalıcı hale gelme

ihtimali, depresyon ve intihar girişimleri gibi daha ciddi ve hayati sıkıntıların ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir.

Ekşi (1994: 91) bulgularına dayanarak şunları ifade etmiştir; ergenlik döneminden yetişkinliğe geçiş insan hayatında en önemli periyot olarak düşünülür. Ergenler, bu çağda çoğunlukla kendi beden değişimleri, bağımsızlıklarını kazanma sorunları, cinsel gelişimleri ve kendi kimliklerini araştırma ile yoğun biçimde ilgilidir. Bu nedenle kronik hastalıklar genellikle diğer yaşlarda görülenlerden daha farklı sorunlar da yaratma eğilimindedir (Toparlak, 1999; Dedik, 2008).

Bu dönemde ruhsal değişiklikler arasında nelerin hormonal, nelerin kan şekeri düzensizliklerinden kaynaklandığını belirlemek güçtür. Hiperglisemi püberte (bireyin ergenlikte yaşadığı biyopsikososyal değişimler) gelişimini geciktirerek hem erkeklerin hem de kızların beden imajını bozabilir. Genç, hipoglisemik reaksiyonların korkusuyla spor yapmaktan vazgeçip, sosyal hayatına ket vurabilir. Bunların yanı sıra yeme bozuklukları sonucu hipoglisemi gibi etkileri ortaya çıkarır. Ancak altta yatan neden diyabeti inkar etmek olabilir. Bu tip göstergeler gencin yardıma ihtiyacının olduğunun sinyalleri olarak değerlendirilmelidir (Toparlak, 1989: 17).

Ergenlik dönemi, fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı psikososyal ve cinsel olgunlaşma dönemi olmasından dolayı ruhsal gelişim süreci içinde önemli bir dönemdir (Erikson, 1984: 65).

Ölçer'e (2008: 14) göre çocukların kişilik özellikleri de duygusal sorunların ortaya çıkışında etkilidir. Kaygı düzeyi düşük olan çocuklarda içe dönük çocuklara oranla daha az etkilenme olmaktadır. Çocukların bazı beceri ve tutumları psikososyal sorunların azalmasını sağlayabilir. Kronik hastalığı olan çocukların birçoğu hoşlanmadıkları durumdan kaçmak için hastalıklarını kullanırlar. Ancak psikososyal uyumdaki sürekli bozukluk farklı bir durumdur.

2.5. Tanı Anında Ve Sonrasında Meydana Gelen Tepkiler

Psikoloji yazınında, kişinin kendisi, ailesi ya da yakınlarının fiziksel bütünlüğüne ya da yaşamına yönelik ciddi bir tehdidin olması, evinin ya da içinde bulunduğu toplumun aniden hasar görmesi, bir başka kişinin ciddi biçimde yaralanmasına ya da ölümüne tanık olunması gibi normal insan yaşantısının dışında olan ve herkeste fark edilir düzeyde stres yaratan olaylar, travmatik olaylar olarak tanımlanmaktadır (APA, 2001: 200).

Kronik hastalıkla birlikte, hasta birey ve aile üyeleri çeşitli duygusal aşamalardan geçerler. En tipik olarak ortaya çıkan duygusal tepkiler şok, korku, öfke, kırgınlık, suçluluk, yadsıma, yetersizlik duyguları, gerginlik ve üzüntüdür. Eğer aile üyeleri duygusal açıdan daha olumlu aşamalara doğru ilerleyebilirse, kabullenme ve varolan durumla en iyi şekilde başa çıkmayı sağlayacak bir çözümleme gerçekleşir (Kübler-Ross, 1997; Öztürk, 1997; Shah, 2001; Buzlu, 2002; Karakavak ve Çırak, 2006; Nazlı, 2009; Gökler, 2008).

Kübler-Ross (1997 : 140) kronik bir hastalığa tepkileri (Kübler-Ross'un kanser örneği), süreleri değişiklik gösterebilen, birbirini izleyebilen yada üst üste yaşanabilecek farklı evreler olarak belirtmiştir:

- *İnkâr*: Hastanın şok durumu karşısında kendini toplamak ve baş etme mekanizmalarını harekete geçirmek için ihtiyaç duyduğu zamanı sağlar. Kısa sürede inkardan kısmi kabullenmeye geçilir.

- *Öfke*: Hasta tanının doğru olduğunu bilir ve yaşanan duygular yoğun olarak öfke ve kıskançlıktır. "Neden ben?" sorusunun sıkça sorulduğu evredir.

- *Pazarlık*: Hastanın kendisi, çevresi, inançları ile anlaşmalar yaptığı kısa süreli de olsa hastaya yardımcı olan evredir.

- *Depresyon*: İki şekilde görülür. İlkinde depresyon, inkar edilemeyecek durumda olan hastalığa bağlı ortaya çıkan fiziksel değişiklikler, beden imajı değişiklikleri, tedavinin iyileşmeyi sağlamaması, stres ve kaygının artmasına tepkisel

olarak ortaya çıkar. İkincisinde ise depresyon hazırlayıcıdır. Hasta varoluşla ilgili endişe ve kaygılarını çözmüş ise kabullenme evresine hazırlanır.

- *Kabullenme:* Mücadele sona ermiş, duygular azalmıştır. Teslimiyet, boyun eğme ve dinlenme arzusu vardır.

Öztürk (1997: 70) adolesanda diyabete yönelik tepkilerin, adolesanın kendisine ne olduğunu anlayabilme kapasitesine göre değişkenlik göstereceğini iletmektedir. Şok ve inkardan diyabet tanısını kabullenmeye kadar geçen sürecin yaşanması doğal karşılanmalıdır. Dönemlerin hepsi diyabetli adolesan ve ailesinde gözlenmekle birlikte bu dönemlerin yaşanma süresi bireyden bireye değişmektedir. Bazen çok kısa süreli yaşanan duygusal değişimler sonucu uyum gelişebilmekte veya bir dönemde uzun süre takılıp kalma ve bu duygularla baş etme güçlüğü görülebilmektedir. Kronik hastalık tanısı konulan adolesan çoğunlukla hastalıkla baş etme yöntemi olarak hastalığı kabul etmemeyi ve sorunlardan kaçmayı kullanmaktadır.

Kişilerin buldukları duruma veya aile içindeki konumlarına göre sahip oldukları sorumluluk ve davranış kalıpları değişmektedir. Bu açıdan bakıldığında diyabet gibi kronik bir hastalığın ailenin “çocuk” rolündeki küçük üyesinde olması hem diyabetli üyede hem de diğer aile bireylerinde farklı tepkilere neden olabilmektedir.

Toparlak (1989: 13) aile içi etkileşimi, iletişimi ve görev dağılımını etkileyen böylesi bir travma eğer uygun stratejilerle atlatılmazsa çocuğu da hastalığın seyrini de olumsuz yönde etkilediğine değinmektedir. Ona göre aile işlevlerinin sağlıklı seyrettiği ailelerde aile üyelerinin her biri kendini değerli ve psikolojik doyuma sahip hissetmektedir. Ancak ne kadar sağlıklı işleyişe sahip olsa da ailede herhangi bir bireyin karşılaştığı böylesi bir travma tüm bireyleri etkilemektedir.

Bahsi geçen tüm bu tepkilerin uyuma yönelik atılan adımlar olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle yas süreci tepkileri sonrasında uyumu etkileyen değişkenlerle bizim için önemli faktörlerdir. Uyum sürecinde meydana gelebilecek olası tepkiler aşağıda daha ayrıntılı olarak ele alınmaktadır.

2.6. Uyum Ve Sosyal Destek İle İlgili Yapılmış Araştırmalar

2.6.1. Tanı Alan Çocuk ve Ergenlerin Uyum Sürecinde İzlenen Tepkileri

Midence'a (1994: 311) göre yazında, kronik hastalığı olan çocukların "anormal koşullar altında yaşamlarını sürdüren normal çocuklar" olduğu görüşü yaygındır. Bu çocuklar da, sağlıklı akranları ile aynı gelişimsel gereksinimlere sahiptirler. Ancak, bu gereksinimlerinin karşılanması, hastalığın beraberinde getirdiği koşullar ve ek zorluklar nedeniyle normal akışında gitmemektedir. Pek çok araştırmacı da normal gelişimsel gereksinimleri, kronik hastalığın dayatmaları tarafından engellenen bu çocuklarda uzun süren stresin ortaya çıkmasına neden olduğunu ve ruh sağlıklarını tehdit ettiğini bildirmektedir (Wolfsdorf, 1999; Çetinkalp ve Yılmaz, 2002; Eiser, 1999; Spirito, Stark, Gil ve Tyc, 1995).

Croake ve Myers (1984: Gökler, 2008: s. 26'daki alıntı), kronik hastalığı olan çocukların bedenlerinin keyifli etkinliklere aracılık etmekten çok, acı ve ağrı kaynağı olduğu görüşündedirler. Bu çocuklar, duygusal zarar görmelerini engellemek adına, çevrelerindeki yetişkinler tarafından sürekli pohpohlanırlar. Genellikle çocuğun hastalığı bir kazanç aracı haline getirmesine ve bencil davranışlara yol açan bu durum, çocuğu zaten oldukça hazırlıksız kaldığı gelişimsel görevler karşısında iyiye beceriksizleştirir. Bu çocuklar, kendileriyle ilgilenmek zorunda olmaktan dolayı, başkalarına ilgi gösterememekte, yaşlılarına açılmamaktadırlar. Bu nedenle, sosyal açıdan önemli güçlükler yaşayabilmektedirler. Okul yaşamında ve akran ilişkilerinde yaşanan sorunlar bunlara net örnekler oluşturur. Kronik hastalığı olan çocuklar, karşılaştıkları bu sorunlar nedeniyle ve benzeri kayıplardan ötürü yas tutmaktadırlar (Midence, 1994; Spirito, Stark, Gil, 1995).

Midence (1994) gibi Eiser, Hill ve Vance da (1999) kronik hastalıkla birlikte yaşam kalitesi düşse de kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerin bir çoğunun, bu hastalığa oldukça iyi uyum yapabildiği, zorluklarla başa çıkabildiği ve bu deneyimin

olumsuz etkisinin yetişkinlik dönemine taşınmadığının gözlemlendiğini söylemektedirler.

Ancak yine de bazı araştırmalar, kronik hastalığı olan çocukların duygusal, davranışsal ve sosyal gelişim ve uyum sorunları açısından sağlıklı akranlarına kıyasla daha incinebilir olduğunu ortaya koymaktadır. Çocuklarda, yabancılaşma, depresyon, yalnızlık, öfke ve korku duyguları kendini gösterebilmekte, savunma düzeneği olarak yadsıma, kendini yalıtma, gerileme sıklıkla devreye girmekte ve bunlar da tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir. (Yılmaz, 2002; Clark, 2003).

Midence (1994: 320) özellikle yineleyici/düzensiz seyirli hastalıklarda, çocuğun “hasta çocuklar” grubuna mı, yoksa “sağlıklı çocuklar” grubuna mı dahil olduğu konusunda kararsız kalması ve bu nedenle de psikososyal uyum açısından daha fazla risk altında olmasına değinmiştir. Her iki grubun dünyasında birden varılmaya çalışırken, sonuçta iki tarafa da uyum sağlamak ve aidiyet duygusu geliştirmede zorluk çeker.

Shah (2001: 11) da dışarıdan hasta oldukları açıkça belli olmadığı için, “normal” görünümelerini korumak adına tıbbi açıdan uygulamaları gereken şeylerden kaçınıp, çocukların sağlık durumlarını risk altına sokmalarına değinmiştir.

Midence (1994: 323) da hastalığın ağır olduğu ve değişmez bir seyir izlediği ya da gözle görülür belirtilerinin olması durumunda ise, çocuklar kendi sınırlılıklarının daha açık olarak farkına varırlar ve sağlıklı akranlarıyla bir rekabet içine girme eğilimi göstermezler. Ancak bu da “diğerleri”nce kolay algılanan bir durumu oluşturduğu için izolasyon çabuklaşacaktır.

Ergenlik, hem ergenin kendisi hem de ailesi için hızlı değişimler ve çatışmaların baş gösterdiği bir gelişimsel dönemdir. Bu dönemde ortaya çıkan bir kronik hastalık durumu, normal büyüme ve gelişim sürecine ek sorunlar getirmektedir.

Clark (2003: Gökler, 2008: s. 28'deki alıntı) kronik hastalığın ergenlik döneminde çıkmasıyla ilgili olarak bir takım betimlemelerde bulunmuşlardır. Bunlar kronik hastalığın normal gelişimsel süreci yavaşlatıp, ergenin doğal olarak varolan enerjisini kesintiye uğratabilecek potansiyele sahip olması; genellikle hastalığın tedavisinin gerektirdiği koşulların, ergenin özerklik ve bağımsızlık gereksinimi ile çatışmakta olması gibi bulgulardır. Ergenlik dönemine özgü etkinlikler içerisinde yer alamama, özgürlüğün kısıtlanması, akranlarla yaşın gerektirdiği türde ilişkiler kuramama ve fiziksel görünümüne ilişkin endişeler, kronik hastalıkla yaşamaya çalışan ergenin başlıca sorunlarını oluşturmaktadır. Süre giden acı ve ağrılarla başa çıkmak, sosyal yalıtılmışlık, anne-baba ya da sağlık çalışanları ile iletişimdeki sıkıntılar da diğer önemli sorunlar arasında yer almaktadır. Ergenlik dönemi, bireyin kendi öz-yeterliliğini sorguladığı bir evre olma özelliğini taşır. Kronik hastalık, ergenin yaşamı üzerinde kontrol sahibi olma duygusunu ve hastalığa karşı yaşamını idare edebileceğine olan inancını pekiştirebilir ya da zayıflatabilir.

Vessey (1999: 211) çocuğun tanının koyulduğu sıradaki kronolojik yaşının ve gelişimsel düzeyinin, psikolojik sorunların ortaya çıkması ve gelişmesinde çok önemli bir rol oynadığını vurgulamıştır. Doğumdan başlayarak bir kronik hastalıkla yaşayan çocuğun durumuyla, daha sonradan bir hastalık tanısı alan çocuğun durumunda farklılıklar söz konusudur.

Wdowik'e (1998: Dedik, 2008: s. 73'deki alıntı) göre, diyabetli bireylerin sağlığının sürdürülmesinde en büyük engel tedaviye uyumun yetersiz/kötü olmasıdır. Ayrıca diyabette sağlık personelinin en zor başardığı konulardan birisinin tedaviye hasta ve ailesinin uyumunun artırılması oluşturmaktadır (Öztürk, 1997).

McNabb'a (1997: Dedik, 2008: s. 34'deki alıntı) göre uyum; tıbbi veya sağlık önerileriyle uyuşan bireyin davranışlarını (tedaviyi uygulama, beslenme ve egzersizi uygulama, yaşam şekli değişimlerinin uygulanması) içermektedir.

Hentinen ve Kyngas'ın (1992; Dedik, 2008: s. 214'deki alıntı) tanımına göre; diyabetli bireyin sağlık personeli ile yakın işbirliği ile sağlığını sürdürmek için çalıştığı, kendi kendine bakımda sorumluluk aldığı aktif bir süreçtir uyum.

Uyum; çoğunluğunu davranışsal, bilişsel, etkileyici ve ailesel nedenlerin oluşturduğu; dinamik, göreceli, kompleks ve çok boyutlu bir kavramdır. Yıllardır genel olarak kronik hastalık tedavileri ve yaşam şekli değişimleri için uyumsuzluk oranlarının yaklaşık % 50 oranında olduğu bildirilmiştir ve uzun süren hastalıklarda uzun dönemdeki tedavi uyumunu değerlendiren çalışmaların çoğunda 6 aydan sonra tedaviye uyum başarısının % 50'yi geçmediği görülmüştür. Genel anlamda tedaviye kısmen veya tutarsız uyum gösterildiği araştırmalarca kanıtlanmıştır (Akalin ve ark., 2000; Kara, 2007; Dedik, 2008).

Lane (2003; Dedik, 2008: s. 34'deki alıntı) klinik çalışmalarda, yoğun tedaviye uyum sağlamanın diyabetle ilişkili komplikasyonlardan büyük ölçüde etkilenmeyi azalttığını göstermiştir. Tedaviye uyum ciddi riskleri ve komplikasyonların vereceği zararları önlemek için gereklidir. Bu durum tip 1 diyabetli bireylerde tedaviye uyumun önemini ortaya koymuştur.

Dedik (2008: 73) her dört adolesan diyabetlinin birisinde tıbbi ve psikolojik endişeler nedeniyle uyumsuzluk görüldüğünü ve bu durum psikolojik nedenlerin (ailesel nedenler, sağlık inançları, kontrol odağı, stres ve olumsuz emosyonel durumlar, kendi kendine bakım becerileri konusunda bilgi düzeyinin yeterli olmaması gibi) yanı sıra fizyolojik nedenlerin (sıklıkla insülin direnci) kompleks etkileşimine bağlandığını aktarmıştır. Ayrıca tedavinin kompleks ve çok boyutlu olması uyumsuzluğu da beraberinde getirmektedir. Düşük düzeyde uyum tip 1 diyabetin ilk 10 yılında kaydedilmiştir ve genellikle ilk uyumsuzluk olayı diyabetten 3-4 yıl sonra oluşmaktadır. Adolesan döneminde diyabetle ilişkili güçlükler orta adolesan döneminde başlar ve uyumsuzluğun başlama yaşı ortalama olarak 14.8'dir. Bu durum muhtemelen herhangi bir kronik hastalıkta tedavinin monotonlaşmasına/tekdüze olmasına bağlanmaktadır.

Literatürde ise uyumla ilişkili olarak uyumun tahmin edilmesi ve uyumun güçlendirilmesi ile ilgili 200'den fazla nedenin yer aldığı belirtilmektedir (Dedik, 2008: 86).

Kara'nın (2007: 133) ifadesine göre hastalık fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarda yaşamı etkilediğinden ve vücut bütünlüğünü tehdit ettiğinden bireyin uyumunu bozan bir durumdur.

Uyumun değerlendirilmesinde klinik göstergeler; evdeki kan glukozu ölçümlerinin gözden geçirilmesi, üç günlük beslenme durumu, depresyon ölçümü, günlük iş ve faaliyet değerlendirmeleri, sağlık personeline karşı hasta davranışlarının değerlendirilmesi, sık kaçırılan kontrol zamanlarının açıklaması, HbA1c değerindeki değişimler, beslenmeye uyum gösterme, tedavinin maliyetinin gözden geçirilmesi, uyumun güvenilir bir şekilde değerlendirilmesi ve diyabetli-sağlık personeli ilişkisi ile ilgili düşünceleri içermektedir (Leichter, 2005; Dedik, 2008).

Wassermann'a (2008: 270) göre kronik hastalığa uyum yapamayan çocuk ve ergenler üç farklı davranış kalıplarından birini geliştirmeye adaydırlar. *Birinci grup*; korkak, pasif, dış olaylara ilgi duymayan, ebeveynine özellikle anneye aşırı bağımlılığı olan çocuklardır. Bu çocuklarda erken dönemde pasif bağımlı durum gelişir, ebeveynleri de genellikle sürekli kaygılı ve aşırı kollayıcı bir tutum sergilerler. *İkinci grup*; aşırı derecede bağımsız, risk taşıyan ve yasaklanmış eylemlere kalkışan çocuklardır. Bu çocukların gerçek tehlike ve korkuları yadsıma eğilimi vardır, annelerinde ise erken çocukluk döneminden itibaren aşırı suçlayıcı tutumlar olur. Genellikle ergenliğe girişle birlikte annelerinin müdahalelerine isyankar cevap verirler. Daha az yaygın olan *üçüncü grubu*; genellikle doğumsal deformiteleri olan büyük yaştaki çocuklar oluşturur. Bunlar utangaç, insanlara düşmanca tavır gösteren ve yalnız çocuklardır. Anneleri ise uyumsuz çocuğunu sosyal çevreden izole etme çabasındadır. Böylece çocuklar annelerinin kendilerini algıladığı biçimde bozuk kendilik algısı geliştirirler. Aile ve doktorların kronik hastalığı olan çocukta uyumsuzluk riskini azaltmaya yardımcı olmaları için, çocuğun hastalıkla ilgili kendi duygularını dile getirmesine ortam hazırlamaları ve karşılıklı

duyguların konuşulabilmesi gerekir. Bilgilendirme belirsizliği azaltır ve çocuğun durumla ilgili kontrol geliştirmesine yardımcı olur. Yeterli bilgi verilmedikçe çocuklar kendi hayal ve fantezilerinin merhametine bırakılmış olurlar. Sonuçta gelişen yanlış düşünceler gerçeğin kendisinden daha fazla bozucu ve zedeleyici etki oluşturur.

Kronik hastalığı olan çocuklar hastalıkları hakkında nasıl konuşacakları ile ilgili de danışmanlığa gereksinim duyarlar. Fiziksel sorunlar hakkında aile içinde konuşulması çocuk ve ailesine, yaşlıların ve diğer kişilerin gösterecekleri muhtemel tepkilerin sınırları hakkında fikir verir (AAP, 1993: 876).

2.6.2. Uyum Sürecinde Hastaya Bakım Verenlerin (Anne-Baba ve Aile Üyeleri) Tepkileri

Vessey (1999: 212) ailenin, çocuk ve ergenin hastalığa karşı tepkisini belirleyen en temel çevresel etmen olduğunu belirtir. Esneklik ve birliktelik gibi olumlu ailesel özellikler, kronik hastalığı olan çocukların uyumunu olumlu yönde desteklemektedir. Tersine, aile işleyişindeki sorunlar, başka ailesel stres kaynakları ve yoksulluğun, çocuğun uyumunu güçleştirdiği bilinmektedir.

Işıl (2002: 108) hastanın yaşadığı psikososyal problemleri hasta haricindeki aile bireylerinin de yaşadığını ifade etmektedir. Bu nedenle, tedavi ve bakım ve sosyal destek yaklaşımlarında hasta birey diğer aile üyeleri ile bir bütün olarak ele alınmalıdır.

Kupst (1993: Gökler, 2008: s. 49'daki alıntı) hastalığın her aşamasında, çocukla birlikte ailenin de çeşitli zorluklar ile karşı karşıya kaldığını vurgular. Bir yandan ailesel özellikler, durumun ele alınışı üzerine etki ederken, diğer yandan hastalığa ilişkin özellikler aile bireylerini etkilemektedir.

Özçelik (2001: 55) diyabetli adolesan ve ailesinin tedaviye uyum sağlayabilmelerinde sağlık personelinin yardımına gereksinimleri olduğunu ifade

etmiştir ve diyabetli bireylerde uyumun arttırılabilmesi için diyabetli bireylerin yönetim planında; diyabetli birey, aile ve becerikli sağlık personeli arasında bireyselleştirilmiş terapötik işbirliğinin gerekliliğine vurgu yapmıştır.

2.6.3. Ailenin Hastalığa Uyumunu Etkileyen Faktörler

Gökler (2008: 14) çalışmasında, çocukluk dönemi kronik hastalıklarının aile sistemini nasıl etkilediğini anlayabilmek için, öncelikle genel olarak kronik hastalıkların ailenin üzerindeki etkisinin anlaşılması gerektiğine değinir. Kronik hastalıkların aile üzerindeki etkisini değerlendirebilmek için, hastalıkların, bir gelişimsel bağlam içerisinde ve psikososyal kavramlarla tanımının yapılması gerekir. Hastalıkların birbirleriyle benzeşen ve birbirlerinden ayrılan yönlerinin tanımlanması, aile yaşantısına ne tür psikososyal etkilerin yansıtacağını yordamak açısından önem taşımaktadır.

Bu tür sınıflandırmalar içinde en kapsamlısı Rolland (1987, 203; Gökler, 2008: s. 15'deki alıntı) tarafından yapılmıştır. 'Hastalık ve aile' bağlamında, psikososyal açıdan en anlamlı sınıflandırma olduğu öne sürülen bu tipolojide Rolland, hastalıkları, başlangıç biçimi, seyri, sonuçları ve işlevsellik düzeyine etkisi olmak üzere dört boyut açısından incelemektedir.

2.6.3.1. Hastalığın başlangıcı: Bu boyut açısından hastalıklar, *ani başlangıçlı* (acute onset) ve *ilerleyen başlangıçlı* (gradual onset) olmak üzere iki sınıf altında toplanabilmektedir. Ailenin hastalığa uyumu açısından bakıldığında, her iki durumda da ailelerin yapması gereken uyum düzeyi aynı olmakla birlikte, ani başlangıçlı hastalıklarda, ailenin ayak uydurması gereken duygusal ve işleyişe dönük değişimler çok daha kısa bir zaman diliminde gerçekleşmek durumdadır. Dolayısıyla, ailenin krizle başa çıkma becerilerini çok daha hızlı bir biçimde devreye sokması gerekir. İlerleyen başlangıçlı hastalıklarla karşı karşıya kalan aileler ise, daha geniş zamana yayılmış ve daha öngörülebilir değişimlere uyum sağlamak durumundadırlar. Duygusal açıdan yüklü durumlara dayanabilen, etkili problem çözme becerisi ve yeterli düzeyde rol esnekliğine sahip, dış kaynakları kullanabilen aileler, ani

başlangıçlı hastalıklarla baş etmede daha başarılı olabilmektedirler (Rolland 1987; 1994; Gökler, 2008: s. 15'deki alıntı).

2.6.3.2. Hastalığın seyri: Hastalığın seyri, *ilerleyici* (progressive), *değişmez* (constant) ve *yineleyici / dönemsel* (relapsing / episodic) olmak üzere üç farklı yol izleyebilir. İlerleyici hastalıklar sürekli olarak ya da genellikle belirtilerle giden, giderek ağırlaşan hastalıklardır. Aile sistemi kendisini, belirtileri aralıksız olarak devam eden ve hastalık nedeniyle işlevsellik düzeyi giderek azalan aile bireyinin çevresinde örgütlemektedir. Genellikle, ailenin hastalıkla uğraşmaya ara verip, soluklanabileceği bir zaman dilimi yoktur. Bu tür hastalıklar, aile üyelerinin sürekli olarak hastalığın seyriyle birlikte değişen koşullara uyum sağlamasını ve rollerde değişiklikler yapılmasını gerektirir. Hem duygusal açıdan tükenmişlik yaşama riski hem de her geçen gün hasta aile bireyinin bakımı ile ilgili eklenerek artan görevler nedeniyle, bakım veren aile bireyleri üzerinde yoğun bir baskı vardır (Rolland 1987; 1994; Gökler, 2008: s. 16'daki alıntı).

Değişmez seyirli hastalıklarda, hastalığın ortaya çıkması ile birlikte yaşanan değişimin ardından, biyolojik seyir aynı kalır. İlk iyileşme döneminin ardından gelen kronik aşamada, genellikle bazı işlevsel bozukluklar ya da kısıtlılıklar söz konusudur. Hastanın durumunda genellikle büyük bir değişiklik olmaz. Bu tür hastalıklarda, varolan rollere sürekli olarak yenilerinin eklenmesi gerekmesede, aile bireylerinde tükenmişlik ortaya çıkabilir (Rolland 1987; 1994; Gökler, 2008: s. 16'daki alıntı).

Yineleyici / düzensiz seyirli hastalıkların (örneğin, astım) ayırıcı özelliği, belirtilerin yatıştığı, dolayısıyla çok az olduğu ya da hiç olmadığı dönemlerle, alevlendiği dönemler arasında gidip gelen bir tabloya sahip olmasıdır. Genellikle bu farklı dönemlerin ne kadar süreceği belli değildir. Belirtilerin ne zaman yatışıp ne zaman yeniden ortaya çıkacağına ilişkin bu belirsizlik ve sürekli olarak bir kriz durumuna girip çıkmak aileler için oldukça zorlayıcı olmaktadır. Bu durum, aile sisteminde, kriz dönemi ve kriz-dışı dönemlerde iki ayrı aile örgütlenmesi arasında

gidip gelmeye olanak verecek bir esnekliğin olmasını gerektirir (Rolland 1987; 1994; Gökler, 2008: s. 17'deki alıntı).

2.6.3.3. Hastalığın sonucu: Bir kronik hastalığın ölümle sonuçlanma olasılığı ya da bireyin yaşam süresini kısaltma olasılığı, yoğun psikososyal etkileri olan kritik bir ayırt edici boyuttur. Hastalığın ölümle sonuçlanıp sonuçlanmayacağına yönelik oluşan ilk düşünce büyük önem taşımaktadır. Giderek kötüleşerek ölümle sonuçlandığı kesin olarak bilinen hastalıkların bir uçta, yaşam süresini etkilemeyen hastalıklarınsa diğer uçta olduğu bir düzlemde, bir de arada bir yerde duran ve sonuçları açısından daha az yordanabilir olan hastalıklar vardır. Bunların arasında yaşam süresini kısaltan hastalıklar ve ani ölüm olasılığı olan hastalıklar yer almaktadır. Ölümle sonuçlanması beklenen hastalıklarda, kaçınılmaz bir kayıp beklentisi nedeniyle yas süreci hasta birey henüz sağken bile devrededir. Hastalıkları sınıflandırırken bu boyut, farklı sonuçlanan hastalıklarda yas sürecinin nasıl işlediği ve bunun aile yaşantısı üzerine etkilerini değerlendirmek açısından önem taşımaktadır (Rolland 1987; 1994; Gökler, 2008: s. 17'deki alıntı).

2.6.3.4. İşlevselliği etkileme düzeyi: Hastalıklar, bilişsel işlev yitimi (örneğin, Alzheimer), duyu yitimi (örneğin, körlük), hareket becerisinin sınırlandırılması (örneğin, kas hastalıkları), enerji üretiminin engellenmesi (örneğin, kardiyolojik hastalıklar), fiziksel görünümün bozulması ya da etiketlenme (örneğin, AIDS) gibi durumlara yol açmakta; dolayısıyla çeşitli boyutlarda işlev kaybına neden olmaktadır. İşlev kaybının türü düzeyi ve zamanlaması, ailenin yaşayacağı stres düzeyi açısından belirleyici olabilmektedir (Rolland 1987; 1994; Gökler, 2008: s. 18'deki alıntı).

Kronik hastalıkları psikososyal terimlerle tanımlarken, hastalığın gelişimsel aşamaları da ele alınması gereken bir başka önemli boyuttur. Her aşama, farklı başa çıkma güçleri, tutumlar ya da değişimler gerektiren psikososyal görevler gerektirmektedir. Bu farklı dönemlerden 2.5. *Tanı Anında Ve Sonrasında Meydana Gelen Tepkiler* bölümünde söz edilmektedir.

Frank'e (2004: 158) göre, aile, kronik hastalık tanısıyla karşılaşınca, yalnızca hasta bireyin biyolojik sağlığına ilişkin durumu öğrenmiş olmaz. Tanı, aynı zamanda ailenin yaşam öyküsüne yeni bir yön vermekte; hastalık ve tedavisinin önemli öğeler olarak içinde yer aldığı yeni bir çizgi oluşturmaktadır.

Frank (2004: 159) aile bireyleri için tanı sonrası başlayan duygusal açıdan yüklü döneme de vurgu yapmıştır. Aileler, kronik hastalığın sisteme girmesiyle birlikte pek çok kayıp yaşarlar. Bu kayıplarla ilişkili olarak; Papadopoulos (1995: Gökler, 2008: s. 21'deki alıntı) hasta çocuğun yaşadığı fiziksel ve işlevsel kayıpların yanı sıra, tüm aile için umutların, sağlıklı çocuk imgesinin, geleceğe yönelik hayallerin, rol tanımlarının, hastalık öncesinde sahip olunan aile kimliğinin ve eklenen sorumluluklar nedeniyle özgürlüklerin kaybının da yaşandığını söylemiştir. Bu açıdan bakıldığında, kronik hastalığın, bireyin ve ailenin yaşamını değiştirme gücüne sahip olduğu açıkça görülmektedir. Bu değişim, aile üyelerinin rollerinde ve ailenin sosyal ağında farklılaşmaları içerir. Keyifli ve üretken etkinliklerin yerini, hastalık ve tedavisinin gerektirdiği işler alır. Normal bir gelecek algısının yitimi, umutsuzluk ve yas duygularına neden olur (Ölçer, 2008).

Kronik hastalık, aile yaşantısının merkezi haline gelmekte ve tedavi için gereken koşullar aile için oldukça zorlayıcı olmakta, zaman zaman da aile içi çatışmalara yol açmaktadır. Papadopoulos (1995: Gökler, 2008: s. 178'deki alıntı) kronik hastalığın varlığı yalnızca ailenin yaşam biçimini değil, aynı zamanda aile içindeki atmosferi ve aile bireyleri arasındaki ilişkileri de değiştirebilir, der. Ailede, özellikle kardeş ilişkilerinde sorunlar yaşanabilmekte, kardeşler arasında küskünlük, kıskançlık, rekabet ortaya çıkabilmekte; anne-babanın evlilik ilişkisi olumsuz etkilenebilmekte ve gerginlik taşıyan aile dinamikleri tetiklenebilmektedir.

Bir kronik hastalıkla birlikte yaşama, aileler için hayata yönelik bakışın umut, kuşku ve umutsuzluk arasında gidip geldiği; yetkinlik ve kayıp duygularının sürekli olarak yer değiştirdiği ve tüm bu gelgitler nedeniyle ortaya çıkan belirsizlik, kaygı, engellenmişlik, gündelik yaşantıya ilişkin seçimler yapma ve karar almada güçlüklerle örülü bir deneyimdir.

Boling'e (2005: 176) göre bir anne-babanın hem psikolojik iyilik hali ve yaşam kalitesi açısından çocuklarının sağlığı en önemli etkenlerden biridir. Çocuktaki kronik hastalık, tüm aileyi etkisi altına almakta; ancak en çok çocuğun bakımından birincil sorumlu olan anne-baba alt-sistemini etkilemektedir. Çocuklarında ortaya çıkan bir kronik hastalık durumunda anne-babaları bekleyen çeşitli evreler söz konusudur. Tanının öğrenilmesinin ardından yaşanan yoğun stresin yanında, durumun gerçekliğine inanmama, kafa karışıklığı, korku, baş edemeyecekmiş gibi hissetme, öfke, çatışma ve gerginlik gibi güçlü duygusal tepkiler ortaya çıkar. Bu dönem, anne-babanın en çaresiz hissettikleri dönemlerden biridir. Çocuğun en iyi şekilde bakımı için titizlikle yerine getirilmesi gereken pek çok karmaşık görevin sorumluluğu anne-babalar için oldukça yüküdür (Şahin,1999; Taanila ve ark., 2002).

Canam (1993: 47), çocuklarına bir kronik hastalık tanısı konulmasının ardından, anne-babaları bekleyen görevleri şu şekilde sıralamaktadır:

- (a)Çocuğun durumunu kabullenme,
- (b)Çocuğun durumunun gündelik bir düzen içerisinde idare edilmesi,
- (c)Çocuğun normal gelişimsel gereksinimlerinin karşılanması,
- (d)Diğer aile üyelerinin gelişimsel gereksinimlerinin karşılanması,
- (e)Süre giden stres ve dönemsel kriz durumlarıyla başa çıkma,
- (f)Aile üyelerinin duygularını yönetmelerine yardımcı olma,
- (g)Çocuğun durumu konusunda çevredekileri bilgilendirme ve eğitme,
- (h)Bir destek sistemi oluşturma.

Canam (1993: 48), aynı zamanda, anne-babanın baş etme tarzının, hasta olan çocukları da dahil olmak üzere tüm ailenin baş etmesi üzerinde etkili olduğunu ileri sürmektedir. Duyulan korku ve kaygının yanı sıra, anne ve babanın "sağlıklı çocuk" imgesinin kaybıyla birlikte derin bir yas duygusu da yaşanır. Yas tutma sürecine yadsıma, öfke, suçluluk, üzüntü ve depresyon eşlik eder (Ross, 1997; Shah, 2001).

Ölçer'e (2008: 51) göre anne-babalar için en zor işlerden biri, hastalık belirtilerinin en iyi şekilde yönetilmesi ile çocuğun normal gelişimsel gereksinimlerinin karşılanması arasındaki dengeyi kurabilmektir. Anne ve babalar, zamanla, kronik hastalık belirtilerinin uygun şekilde yönetimi ve hasta çocuğun bakımını ebeveynlik rollerinin içine yedirmektedirler ve kontrol duyguları güçlenmektedir. Uygun baş etme yöntemleri geliştirerek, kronik hastalıkla birlikte yaşamayı öğrenmektedirler. Giderek çocuğun bakımında uzmanlaşsalar da, tüm bu sorumlulukları yerine getirmeye çalışmak, anne-babaların suçluluk, umut ve yenilgi gibi farklı duygusal durumlar arasında gidip gelmelerine neden olmaktadır.

Araştırmalara göre, anne-babaların yaşadığı stres, genellikle tanı döneminde en yoğun düzeyde olmakta, daha sonra giderek azalmaktadır (Hoekstra- Webers, Jaspes, Kamps ve Klip, 2001 Gökler, 2008: s. 34'deki alıntı; Boling, 2005; Wassermann, 2008).

Anne-babanın yaşantılarını çocuğun bakımına odaklı olarak düzenlemeleri, sosyal çevrelerinden kopmalarına, sosyal ve kültürel etkinliklerden çekilmelerine ve dolayısıyla sosyal yalıtım ve yalnızlık duygularına neden olabilmektedir. Çocuğun bakımının birincil öncelik olması nedeniyle, iş yaşamının kesintiye uğraması da sosyal olduğu kadar maddi zorluklar da getirmektedir (Wallander, Pitt ve Mellins, 1990 Gökler, 2008: s. 35'deki alıntı).

Midence'a (1994: 327) göre; kronik hastalığa uyum sağlama sürecinde, anne-baba ve çocuk alt-sistemleri arasındaki sınırların neredeyse tamamen kalkması, evli çift alt-sisteminin de kendi sınırlarını koruyamamasına yol açabilmektedir.

Mrazek (2002: 1236) kronik hastalığa sahip çocuk ve ailesinin, zorluklar geliştirme açısından risk altında olduğunu belirtmiştir. Nitekim çalışmada kronik hastalığı olan çocukların psikososyal uyumsuzluk açısından normal çocuklara göre iki kat daha fazla risk taşıdığı bulunmuştur. Ailenin davranışını hedefleyen müdahale stratejileri, psikolojik problemlerin başlangıcını geciktirebilir veya engelleyebilir.

Wassermann'a (2008: 271) göre, psikososyal uyumsuzluğun oluşmasında en belirleyici faktör ailenin işlevselliği ve çocuğun hastalığına nasıl uyum yaptığıdır. Ailenin çocuğun hastalığına bakışı, çocukta kendilik kavramının nasıl oluşacağını belirleyen en önemli faktörlerden biridir. Ailede önceden var olan güçlükler ve zayıflıklar sebebiyle çocuğun hastalığı büyütülebilir. Aile değişkenleri hastalığın ortaya çıkmasını, sürecini ve tedavisini etkileyebilir. Ailenin tavırları, aile dışındaki diğer kişilerin çocuğa karşı tutum ve davranışları üzerinde etkili olabilir.

Steiner (1997: 261): "Bütün anne babalar çocuklarının sağlıklı ve mutlu bir şekilde büyümelerini ister. Fakat kronik hastalığı olan bir çocuğa sahip olduklarında, zamanla iyileşmesini bekledikleri bu hastalığın yaşamlarının bir parçası olacağını anladıkları vakit bu istek bir engellenme ile karşılaşır. Artık çocuklarının bu hastalığı tam olarak atlatamayacağını anladıklarında onlar için bir yas süreci başlar. Kendi çocuklarının da yaşlıları gibi bütün potansiyellerini ortaya koyabilecekleri beklentisini kaybetmeye başlarlar. Bunun yanı sıra hastalığın yol açtığı bir takım özel gereksinimleri karşılamak durumundadırlar" diye kronik hastalığa sahip çocukların ailelerine ilişkin durum değerlendirmesinde bulunmuştur.

Boekaerts (1999: 35) astımlı çocuğun allerjenlerden korunması, titiz ev temizliği ya da ilaç alımının düzenli takibinin yapılması gibi etkinliklerin, ailenin karşılamak durumunda kaldığı gereksinimler arasında saymıştır. Ek olarak aileler çocukları için çok sayıda hekim, fizyoterapist veya diğer uzmanlara başvurmak zorunda kalırlar.

Tüzün (2000: Dedik, 2008: s. 12'deki alıntı) çocukların yanında ailelerin de bu hastalıkların getirdiği yükler karşısında zorlandıklarını ve psikiyatrik semptomlar gösterebildiklerini dile getirmiştir. Hastalık süresinin uzun olması ve psikiyatrik problemlerin eşlik etmesi çocuk ve aile açısından mali yükü de arttırmaktadır. Çocukların anne babalarının kaygılı olduğunu gözlemleyecekleri ve uzun sürecek hastalıkları boyunca kendi tepkilerini şekillendirecekleri bu süreç uygun zamanda aşılmalıdır.

Ell ve Reardon'a (1990: Gökler, 2008: s. 56'daki alıntı) göre kronik hastalıklı çocuğun ailesi üzerindeki çalışmalar genel olarak anne üzerinde odaklanmıştır. Kronik hastalığı olan bir çocuğa sahip olmak, özellikle annelerde depresyona neden olan bir faktördür. Depresif annelerin hasta çocuğunun yanında diğer çocuklarıyla ilişkilerinde de zorlukları olabilir.

Wassermann'ın (2008: 275) araştırmalarına göre kronik hastalığı olan çocukların kardeşi olmakla psikopatoloji gelişme ihtimali arasında birebir ilişkili bulunmamaktadır. Fakat bu çocuklarda psikolojik stres riski artmıştır. Kronik hastalığın kardeşteki psikolojik uyum üzerine etkisi yaş, cinsiyet, hastalığın tipine ve aile çevresi özelliklerine bağlı olarak değişmektedir. Ailedeki işlevsellik ve iletişimin kalitesi kardeşteki uyumu belirleyen en önemli faktördür.

Işıl (2002: 110) kronik hastalık tanısı sonrası çok rastlanılan "öfke"nin, ilişkileri ve iletişimi bozabileceğine vurgu yapmıştır. Öfke, çaresizlik ve suçluluk hissedilmesine bağlı olarak gelişir ve çoğu kez aile bireyleri, öfkeyi meydana getiren gerçekleri tartışmak yerine baştan savıcı bir tutum takınmada birleşebilirler.

Shah'a (2001:13) göre bütün bu duygusal yüklerin yanı sıra, kronik hastalıkların getirdiği maddi yükler de aileler için ek bir stres kaynağı olmaktadır.

Boling (2005: 181) de bu görüşe katkıda bulunacak şekilde tedavi, ulaşım ve ev içi bakım gibi doğrudan hastalıkla ilgili olarak yapılması gereken harcamaların yanı sıra, çocuğa bakım veren aile üyelerinin gelir ya da kariyer kaybına bağlı olarak ortaya çıkan dolaylı maddi zorlukların da varlığına dikkati çekmiştir.

Canam'a (1993: 50) göre çocuğun hastalığının uygun şekilde ele alınabilmesi için aile içinde uyuma yönelik yeni becerilerin öğrenilmesi gerekmektedir. Uyum, ailenin kronik hastalıkla psikolojik, sosyal ve fizyolojik açıdan baş edebilme derecesi olarak tanımlanmaktadır. İyi uyum yapan aileler, çocuğun durumunu kabullenmiş, bu hastalıkla birlikte yaşamanın bir yolunu bulmuş, çocuğun bakım ve tedavisinin gerekliliklerini yerine getirebilen, bir yandan çocuğun gelişimsel gereksinimlerini

karşılarken, bir yandan da tek tek tüm aile bireylerinin gereksinimlerini göz önünde bulundurabilen ailelerdir. Buna karşılık yeterince iyi uyum yapamamış olan ailelerde, çatışmalar yaşanmaktadır. Kronik hastalığı olan çocuk nedeniyle, anne-baba ve diğer aile bireyleri arasındaki ilişkiler olumsuz etkilenmektedir. Anne-baba, böyle bir çocuğa sahip olmaları nedeniyle suçluluk duymakta ve çocuğun bakımında sorun yaşamaktadırlar.

Taanila ve arkadaşları (2002: 80) ailenin bütünlük ve dengesini koruyarak büyüyüp gelişmesinin, aile işleyişinin en önemli boyutunu oluşturduğunu belirtmişlerdir. Kronik hastalığın, aile işleyişinin bu boyutlarını etkileme gücü çok yüksektir. Hastalık, tüm ailenin gündelik düzenini değişime uğratar. Aile yaşantısı çoğu zaman, üyelerinin ve bir bütün olarak ailenin normal gelişimsel gereksinimleri feda edilerek (bir kenara bırakılarak) hastalık çevresinde ve hastalığın ortaya çıkardığı talepler ve gereklilikler doğrultusunda düzenlenir.

Canam (1993: 52) aile sisteminin, hem hastalığın beraberinde getirdiği gerekliliklerin üstesinden gelmek, hem de normal aile yaşantısını sürdürmek gibi bir arada götürülmesi zor olan iki görevi birden yürütmesi gerektiğini belirtmektedir.

Yağız, diyabeti fiziksel bir hastalık olmanın yanı sıra psikolojik ve psikososyal boyutları olan bir durum olarak tanımlamıştır (Yağız, 834; Talaz, 2007: s.5'deki alıntı). Diyabetli hasta fiziksel, duygusal, ruhsal, sosyal, bir dizi sorun ve çatışmayla karşı karşıyadır. Özellikle endişe, depresyon, stres ve sosyal destek kaybı diyabetli üzerinde olumsuz sonuçlar doğurmakta ve diyabeti şiddetlendirebilmektedir. Diyabet kişi için yeni bir yaşam deneyimidir ve uyum çabası gerektirir.

Livneh (2001: 195) hastalanmanın biyolojik bir süreç olmanın yanı sıra, aynı zamanda psikolojik, sosyal ve kültürel bir olgu olduğuna vurgu yapmıştır. Bu nedenle hastaya bakım veren kişileri yani ülkemiz için genellikle aile sistemini de yakından ilgilendirmektedir. Kronik hastalığa psikososyal uyum, bu olguların hepsinden etkilenmektedir. Hastanın; kronik hastalık yaşantısına uyumu hastalığın ne olduğu, semptomların ciddiyeti, etkilenen vücut bölümü, fonksiyonel kısıtlılık

(hareket, duygusal ya da bilişsel kısıtlılık), hastalığın gidişatı (ilerleyici, stabil, değişken ya da ayrı ayrı olaylardan meydana gelen), ağrının varlığı, durumun sürekliliği, görünüşe etkisi, ilaç yan etkileri ve tedavinin şekli kronik hastalığa psikososyal uyumu etkilemektedir. Depresyon ve anksiyete fiziksel hastalığa en sık eşlik eden durumlardır. Yatarak tedavi gören hastaların %30-58'inde, ayaktan tedavi gören hastaların ise %12-36'sında depresif semptomatoloji gelişmektedir. Yapılan çalışmalarda depresyonun hastalığa psikososyal uyumun belirleyicisi olduğu ve hastalığa psikososyal uyumu olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. Aynı zamanda depresyon, hastaların hastalığa katlanabilme gücünü azaltır, tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarına istekle katılmalarını, tedaviye uyumlarını etkiler ve sosyal desteğin daha az algılanmasına neden olur (Adaylar, 1995; Kaçmaz, 1998; Özkan, 1998; Drory ve ark., 1999; Elal ve Krepsi, 1999; Livneh ve Wilson, 2003; Sullivan ve Hawthorne, akt. Akın, 2003; Doğan, 2010).

Kaçmaz'a (1998: 199) göre iç ve dış çevreden gelen uyaranlar, gelişimsel ya da durumsal olaylar kişinin uyumunu gerektirir. Uyum iç ve dış durumlardaki değişikliklere alışma sürecidir, etkin baş etmeyi ve uzlaşmayı içerir. Koptagel-İlal (1996: 128) en karmaşık yaşam durumlarında ve bunun yükü altında bireyin durumunu doğru tanıyıp anlayabilmesi, aşırı kritik durumlarda kendi gücünü doğru olarak belirleyerek, kararlarını ve eylemlerini ona göre ayarlayabilme yetisini yitirmemesi, duygusal açıdan problemlili, hatta eziyetli yaşam durumlarında bu durumdan bir anlam çıkarabilmesi uyum duygusunu oluşturur, demektedir.

Kaçmaz (1998: 200) uyumu, herhangi bir olaydan sonra bireyin yaşam kalitesini normale ya da daha iyiye dönüştüren şeylerin yapılması olarak da ifade eder. Uyum bozukluğu ise bireyi fiziksel, duygusal ve sosyal olarak olumsuz olarak etkileyen, uzun süren ya da kalıcı olumsuz özelliklerin değişiminden sonra gelişen durumdur. Hastalığın ne olursa olsun evrensel olarak emosyonel yanıt uyandırdığına ve kayıp yaşantısı olarak algılandığına dair kişinin algıladıklarına yukarıda değinmiştik. Burada da kısaca özetleyecek olursak hastalık, kişinin işlevlerini, beden imajını, fiziksel ve ruhsal durumunu ve çevre ilişkilerini etkiler.

Anksiyete belirtileri de yatarak tedavi gören hastaların %5-20'sinde, ayaktan tedavi gören hastalarında %4-14'ünde görülmektedir ve hastanın yaşam kalitesini ve hastalığa psikososyal uyumunu olumsuz yönde etkilemektedir (Kaçmaz, 1998: 203).

Akın'ın (2003: 45) de değindiği gibi hastanın kronik hastalığa uyumunu etkileyen bir diğer faktör de hastanın sosyo-demografik özellikleridir. Hastanın yaşı, medeni durumu, çocuk sahibi olması, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyi hastalığa psikososyal uyumu etkilemektedir.

2.6.4. Uyum Sürecinde Sosyal Desteğin Etkisi

Bugün yapılan pek çok çalışmada psikolojik iyilik halinin korunmasında sosyal destek faktörünün önemi vurgulanmaktadır. Bunun yanı sıra yine pek çok araştırmacı sosyal destek ölçekleri ile kişilerin yaşam standartlarındaki değişimleri ve/veya gelişimleri kıyaslamaktadırlar. Aşağıda yer alan bazı araştırmalar hem sosyal desteğin günlük yaşamdaki ve kriz durumlarındaki yerini göstermeyi amaçlamıştır, hem de hastalığa ailenin ve kişinin yapmış olduğu psikososyal uyumla ilgili yazında yer alan çalışmalara yer verilmiştir.

Batlaş (2004: 31) sağlık koşullarının giderek bozulmasının, sıkıntıların süreklilik kazanmasına ve hastalıkla ilgili stres yaratan koşulların gittikçe artmasına özellikle kronik hastalığa sahip kişilerin sosyal desteğe daha çok gereksinim duyar hale gelmelerine yol açtığına değinmiştir.

Çetinkaya'ya (2006: 49) göre stres ve uyum arasındaki ilişkiye aracılık eden ana değişken olan sosyal destek, bu yönüyle de araştırmacıların ilgisini çekmektedir.

Ardahan (2006) gibi Lara, Leader ve Klein da (1998) sosyal desteğin bireyin içinde bulunduğu durum, bu durumun anlamı ve gösterilen emosyonel tepkide değişiklik meydana getireceğini ve stresin olumsuz etkisini azaltacağını öngörmüşlerdir.

Takizawa (2006: 66) sosyal desteğin bireyin sağlığını ve psikolojik yaşamını olumlu yönde etkileyen bir ihtiyaç olduğunu söylemiştir. Sosyal desteğin önemli bir etkeni olarak yeterli sosyal desteğin bireyin stres yaşantısını ve buna bağlı patolojik ürünlerin ortaya çıkmasını azaltması gösterilebilir. Yeterli sosyal destek stresli yaşamın patojen etkisini azaltabilir veya stres yaratan durumla ilgili algıyı değiştirebilir.

Sosyal destek uyumun artmasını, belirsizliğin azalmasını, kontrol duygusunun, yaşam kalitesinin artmasını, depresyon, yalnızlık, umutsuzluk duygusunun azalmasını ve kişinin genel durumundan memnuniyetinin artmasını sağlamaktadır (Kaçmaz, 1998; Elal ve Krepsi, 1999; Demaray ve Malecki, 2003; Göz ve ark., 2007).

Sosyal desteğin kanser hastaları için yararlı olduğunu ve aile üyelerinden alınan duygusal destek ile kansere fiziksel ve psikolojik uyum derecesi arasında olumlu bir ilişki olduğunu belirten birçok çalışma vardır. Fadiloğlu (1996: 10) tanı koyma aşamasında verilen sosyal destek ile uzun yaşam arasındaki ilişkiyi gösteren boylamsal araştırmaların, sosyal destek ile psikolojik uyum arasında nedensel bir ilişki bulunduğunu gösterdiğinden bahsetmektedir.

Yüncü ve arkadaşları (2005: 130) fiziksel ve ruhsal sağlıkla ilişkisini araştıran çalışmalarda, sosyal desteğin fiziksel ve psikolojik hastalıklar sırasında bireyin sağlıklılığını sürdürmede önemli bir yeri bulunduğunun ortaya çıktığını belirtmektedir. Sosyal desteğin, sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimleri karşılayarak fizik ve ruhsal sağlığı doğrudan olumlu biçimde etkilediği, yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin önemli yardımcısı olduğu belirtilmektedir.

Barrera, Fleming ve Khan (2004: Gökler, 2008: s. 46'daki alıntı), stresli yaşam olayları karşısında, sosyal destek düzeyleri yüksek olan çocuk ve ergenlerin gösterdikleri kaygı ve depresyon belirtileri ve davranış sorunları, sosyal destek düzeyleri düşük olan akranlarına göre daha az olduğunu bulmuşlardır.

Rak ve Patterson'a (1996: Gökler, 2008: s. 42'deki alıntı) göre yapılan araştırmalar, sosyal desteğin çocuk ve ergenlerin yaşantısında önemli bir rol oynadığını; destekleyici sosyal ağlar ve yakın kişisel ilişkilerin, fiziksel ve psikolojik sağlığı desteklediğini kanıtlamıştır. Bunu destekler biçimde sosyal destek çocuk ve ergenlerin yaşantısında olumlu sağlık algısı ile ilişkili bulunmuştur.

Günay Molu (2008: 15) çalışmasında sosyal desteğin; bireye yakın çevresi tarafından sağlanan her türlü maddi, manevi yardım olarak tanımlandığını aktarmaktadır. Bireyin yaşamında önemli yeri olan, gerektiğinde bireye duygusal maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler bireyin sosyal destek sistemlerini oluşturmaktadır. Sosyal destek, stres ve strese bağlı hastalıklarda sağlığı olumlu yönde etkilemektedir.

Sorias (1990: 806) kendisini seven, değerli bulan ve gerektiğinde yardım etmekten kaçınmayacak kişilerin varlığını bilmenin, kişiye güven ve mutluluk verdiği, sosyal ilişkileri bozuk ya da yetersiz kişilerin ise ruhsal bir hastalık gelişme riskini artıran anksiyete ve değersizlik duyguları yaşayabileceği belirtilmektedir.

Coyne ve Downey (1991: 401), sosyal desteği, sosyal etkileşimin yapısı olarak tanımlamışlardır. Coyne ve Downey (1991: 404)'a göre, sosyal destekte ilişkilerin niteliği önemlidir, sosyal destek karşılıklı destek alma olasılığını veren iki yönlü bir süreçtir. Sosyal destek, gerçek bir destek algısı oluşturan sosyal etkileşim ve bakım veren veya sevilen kişiye bağlanma olarak ifade edilir. En yaygın kullanımını kısaca özetlersek, sosyal destek "bizim için önemli olan diğerlerinden aldığımız yardımcı işlevler" demektir.

Gittikçe daha fazla sayıda uzman toplum içinde ruh sağlığı bakımı (community based mental health care) yaklaşımının bir sonucu olarak, aile, arkadaş ve yakın çevrenin sağladığı doğal destekten yararlanmaya yönelmişlerdir. Doğal destek sistemlerinin psikolojik sorunların çözümlerini kolaylaştırma veya zorlaştırmada önemli rol oynadıkları belirtilmektedir. Ancak, araştırmacılar desteğe ihtiyacı olanlara bakmanın bakan kişiler üzerinde yaratabileceği yük ve strese de dikkat

çekmektedirler. Bazı yazarlar (Kessler ve ark., 1986; Sorias, 1990; King ve ark., 1993; Ell, 1996) uzun süre destek verenin (eş gibi), duygusal açıdan tükenebileceğini belirtmişlerdir. Gerçekten de, Cook ve arkadaşları (1997: 173), akıl hastası aileleri ile ilgili yapılan yeni çalışmaları tartışırken, yalnızca bakımla yakından ilgilenenlerin değil, çok daha geniş ölçekteki kişilerin de etkilendiğini bildirmişlerdir. Hastalar veya desteğe ihtiyacı olanlar kadar, desteği verenlerin kendilerinin de sosyal desteğe ihtiyaç duydukları açıktır ve bu da sosyal destek kavramının önemini artırmaktadır.

Rose (1997: 18) sosyal desteğin, hasta bakımının bütün durumlarında önemli bir yer tuttuğunu vurgulamaktadır. Bakım vericilerin aldığı sosyal desteğin, kişisel kontrol hissini arttırdığı ancak yaşadıkları yalnızlık duygusunu azaltmadığı belirlenmiştir.

Çocukluk dönemi kronik hastalıklarına ilişkin aile çalışmalarını gözden geçiren Kazak ve Nachman (1991: Gökler, 2008: s. 54'deki alıntı), hastalığın getirdiği sınırlamalar nedeniyle sosyal yalıtılmışlık riskiyle karşı karşıya olan çocuklar ve ailelerinin başa çıkma ve uyumu açısından, sosyal destek ağının önemini vurgulamakta, ancak bu alandaki sistematik çalışmaların yetersizliğine dikkati çekmektedirler.

Çocuklarındaki kronik hastalıkla iyi başa çıkabilen ailelerle, yeterince iyi başa çıkamayan aileler arasındaki farkların değerlendirildiği bir çalışmada, sosyal desteğin başa çıkma açısından önemi vurgulanmaktadır. Hastalıkla iyi başa çıkan ailelerin hem resmi hem de resmi olmayan ilişkilerin yer aldığı oldukça geniş bir sosyal destek ağına sahip oldukları; buna karşılık yeterince iyi başa çıkamayan ailelerin oldukça küçük ve çoğunlukla da resmi ilişkilerden oluşan bir ağa sahip oldukları görülmüştür (Taanila, Syrjälä, Kokkonen ve Järvelin, 2002: 86).

Sosyal destek ve kendilik değeri arasında da anlamlı bir ilişki söz konusudur. Antle (2004) ile Wethington ve Kessler (1986), özellikle algılanan sosyal destek, çocuk ve ergenlerde kendilik değerinin güçlü bir yordayıcısı olduğuna değinmişlerdir.

Sorias (1990: 807) sosyal desteğin yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin genel izlenimi "algılanan destek" olarak tanımlanmaktadır. Yapılan araştırmalarda, sosyal aktivitenin kendisinin değil, algılanış ve yorumlanış biçiminin sağlığı koruduğu belirtilmektedir. Herhangi bir aktivitenin destekleyici olması için kişinin benlik saygısını artırması ya da stresle ilgili maddi-manevi ya da bilişsel yardım içermesi gerektiği belirtilmektedir.

Pierce, Sarason ve Sarason'a (1991: 1031) göre, algılanan sosyal destek, kişinin diğer insanlarca değerli olduğu ve ihtiyaç duyunca yardımlarını alabileceğini bilmesi ve buna bağlı olarak da içinde bulunduğu ilişkiden doyum hissetmesi durumudur.

Speechley ve Noh (1992: Gökler, 2008: s. 50'deki alıntı) araştırmalarında, kronik hastalığı olan çocukların anne-babaları için sosyal ağın genişliğinden çok, algılanan sosyal desteğin psikolojik iyilik hali ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Son zamanlarda, strese karşı asıl tampon görevini yapanın da algılanan sosyal destek olduğu üzerinde birleşilmektedir.

Malecki ve Demaray (2002: Gökler, 2008: s. 42'deki alıntı), araştırmalarında yüksek düzeyde algılanan sosyal desteğe sahip olan çocuk ve ergenlerin, daha az uyum sorunu gösterdikleri belirtilmektedirler. Algılanan sosyal desteğin süregelen fiziksel hastalığı olan çocukların psikolojik durumları açısından olumlu sonuçlarla ilişkili olduğu bulunmuştur.

Taanila, Syrjalä, Kokkonen ve Järvelin (2002: 84)'in anne-babalar için, aile içinden gelen en anlamlı desteğin eşten alınan destek olduğunu; aile dışından alınan en anlamlı desteğin ise çocuklarındaki benzer bir hastalıkla baş etmekte olan diğer ailelerden alınan destek olduğuna yönelik araştırma bulguları bulunmaktadır.

Gavin ve Wysocki'in (2006: 482) yalnızca annelerle yapılan çalışmalarında da, eşten alınan desteğin ve babanın çocuğun bakımına katılımının, hem annenin hem de

tüm ailenin yaşadığı stres düzeyi ve annede görülen psikolojik belirtilerle negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır.

Armay' a (2008: 195) göre hastalık deneyimi her kişiye göre farklı yaşanır ve bu farkı yaratan birçok faktör vardır. Hastalar kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri ışığında hastalığı açıklamaya çalışırlar. Kişiler kendilerine somut ve soyut kaynaklardan sunulan bilgilerin ışığında zihinlerinde hastalık ve yaşamı tehdit eden durumlarla ilgili şemalar oluştururlar. Bunlar her hastanın hastalığının belirtileri, süresi ve sonuçları ile ilgili kendi düşünceleridir.

Heijmans ve DeRidder (1998: 489) hastaların oluşturdukları bilişsel modellerin tedavi ve durumun kontrolü ile ilgili inançları da içerdiği göstermişlerdir. Hastaların birey olarak hastalığına ilişkin yorumu, algısı ve değerlendirmeleri, ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkileri, baş etme biçimini, psikososyal zorlanma ve yaşam kalitesini belirleyici bir unsurdur.

Botemmlay'e (2002: 121) göre bir hastalığın ve ona bağlı tedavinin hastada yarattığı işlevsel etkilerin hasta tarafından öznel biçimde algılanışı yaşam kalitesini etkilemektedir.

Gökler'in (2008: 62) çalışmasında belirttiği üzere, son zamanlarda çocukluk dönemi kronik hastalıklarının, tüm diğer travmatik yaşantılarda olduğu gibi, gerçekte varolan özelliklerinden çok algılanan özelliklerinin psikolojik uyum açısından yordayıcı değere sahip olduğu ileri sürülmektedir. Vessey (1999: 214) hem çocuklar hem de anne-babalarının hastalığa ilişkin algılarının psikolojik uyumu yordayan değişkenler olarak araştırılması gerektiği vurgulanmaktadır. Dolayısıyla, hastalığa ve tedavisine ilişkin çocuk ve anne-baba tarafından algılanan özellikler de incelenmelidir.

BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu bölümde araştırma modeli, evren, örneklem, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, verilerin toplanması ve verilerin analizi hakkında bilgi verilmiştir.

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma, amaçlarına göre temel araştırma niteliğinde yapılandırılmıştır. Temel araştırmalar var olan kuramsal bilgilere yenilerini katmayı amaçlamaktadır. Yürütüldüğü çevreye/ortama göre araştırma saha çalışması niteliğinde planlanmıştır. Araştırma yöntemine göre ise betimsel ve ilişkisel tarama çalışması çerçevesinde yürütülmüştür. Araştırma varolan bir durumu varolduğu şekliyle betimlemeyi; iki ve daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişimin varlığını belirlemeyi amaçlayan bir çalışma olduğundan ilişkisel tarama modelinde bir çalışmadır (Karasar, 2002). Böylece varolan durum betimlenmeye çalışılmakta ve buna bağlı olarak değişkenlerin birbirleriyle ne düzeyde ilişkili olduğu incelenmektedir (Büyüköztürk, 2008). Bilindiği gibi tıp, psikoloji vb. alanlarda vak'a tanıma ve geriye dönük (retrospektif) araştırmalar aynı zamanda birer betimsel (tarama) araştırmadır (Karasar, 2002). Bu araştırmada örnekleme dahil olan bireyler üzerinde herhangi bir işlem yapılmamıştır. Ancak elde edilen bulgular ışığında yardıma daha fazla ihtiyaç duyan grubun tespit edilmesi hedeflenmiştir.

3.2. Evren

Araştırmada evren, İzmir İli'nde tedavi ve takipleri yapılan tip-I diyabetli çocuklar ile onlara bakım veren aileleri olacaktır. Ancak bu ideal evrene ulaşmanın

sınırlılıkları nedeniyle İzmir İli'nde çeşitli hastanelere tedavi için başvurmuş çocuklardan en geç son üç yılda diyabet tanısı konmuş olan çocuklar ile bakım veren ebeveynleri alınacaktır. İzmir'de tip-I diyabet teşhisi almış olan çocuk ve ergenleri izleyen çocuk endokrinoloji bölümleri aşağıda listelenmiş olan dört hastanede hizmet vermektedir. Bu hastaneler de araştırmamızın yapılmış olduğu hastanelerdir:

1. Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesi Endokrinoloji Polikliniği
2. Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Endokrin Polikliniği
3. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Endokrinoloji Polikliniği.
4. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Polikliniği'dir.

3.3. Örneklem

Araştırmanın örnekleminde Tip-I Diyabet tanısı ile söz konusu hastanelerin çocuk endokrinoloji birimlerinde izlenmekte olan 8–18 yaş arası 130 çocuk ve ergen ile onlara rutin kontrollerinde eşlik eden 130 “bakım veren” ebeveyn yer almıştır. Eğitim, yaş, hastalığın ortaya çıkışı gibi sosyo-demografik değişkenlerin etkisini araştırabilmek için örneklemin olabildiğince büyük tutulmasına gayret edilmiştir. Balcı (2005)'nin deyiimiyle, araştırmacının kimlerin seçileceği konusunda kendi yargısını kullandığı ve araştırmanın amacına en uygun olanları dahil ettiği bir örnekleme türü olan amaçlı (yargısal) örnekleme yöntemi bu araştırmada kullanılmıştır. Çocuklar/ergenler ile aileleri, araştırmanın uygulandığı hastanelerden bu yolla seçilmiştir. Bu nedenle bazı kapsama ve dışlama ölçütleri araştırmada bulunmaktadır:

3.3.1. Dışlama Ölçütleri:

- a. Araştırmaya 7 yaş altı, okuma yazma bilmeyen diyabetli çocuklar ile; okur-yazarlık düzeyinde akademik beceriye sahip olmayan ebeveynler dahil edilmemiştir.

b. Araştırmaya tanı yaşı olarak 3 yılı aşmış olan tip-I diyabetliler ile onların aileleri dahil edilmemiştir.

c. Araştırmaya çocuk endokrin polikliniklerinde tedavi gören farklı kronik hastalıkları (guatr, büyüme geriliği, obezite vb.) bulunan bireyler veya yakınları dahil edilmemiştir.

3.3.2. Kapsama Ölçütleri:

a. Çocuk ya da ergenin, tip-I diyabet tanısı almış olması;

b. Araştırmaya katılan çocuk ve ergenin üç yıl veya daha az zamandır diyabetli olması;

c. Araştırmaya katılan her bireyin, ölçekleri kendisinin doldurması gerektiği için en az “okur-yazar”lık düzeyinde akademik bilgiye sahip olması (7 yaş ve üzeri).

Diyabetli ve bakım veren bireylerin uygulama yapılan hastanelere göre dağılımı Çizelge-1' de yer almaktadır.

Çizelge-1 : Katılımcı Dağılımı ve Sayısal Bilgileri

HASTANELER	ÖRNEKLEM GRUBU		
	Diyabetli Çocuk	Bakım Verenler	Toplam
Dokuz Eylül Üniversitesi	39	39	78
Ege Üniversitesi	31	31	62
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi	30	30	60
Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	30	30	60
Toplam	130	130	260

Çalışmaya katılan 130 çocuk ve ergenin 68'i kız (%52) 62'si erkek (%48) katılımcıdan oluşmuştur. Bakım verenlerden oluşan 130 kişinin içerisinde diyabetli çocuğa yakınlık açısından kontrollerine eşlik eden ebeveynlerin 100'ü çocuğun

annesi (%77), 25'i çocuğun babasıdır (%19), 5 kişi (%4) ise hasta çocuğa yakınlık derecesi olarak "diğer" seçeneğini işaretlemişlerdir. Diğer seçeneğinde yer alan bireyler çocukların ağabey- ablalarından oluşmuştur.

Çocuklara bakım veren bireylerin büyük kısmı evlidir (%94) ve bekar veya boşanmış olanlar bakım verenlerin örnekleminin %8'ini oluşturmuştur. 130 kişilik örnekleme eşini kaybetmiş olan kimse çıkmamıştır.

Bakım veren bireylerin 2'si okur-yazar düzeyinde eğitime sahipken, çok yüksek oranda (%41) ilkokul mezunu bulunmaktadır. Araştırmaya katılanların %15'i ortaokul, %25'i lise ve %19'u üniversite mezunudur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada tip-I diyabetli çocuk ve ergenlere refakat eden ebeveynlerine, demografik bilgileri elde etmek için araştırmacı tarafından hazırlanan "Kişisel Bilgi Formu" verilmiştir. Ayrıca hastalığa yönelik uyum, algı ve kabul, Gökler (2008)'in oluşturduğu "Hastalığa Yönelik Öznel Algılar Form"ları ile ölçülmüştür. Bu formlar bakım veren kişiye ve hasta çocuklara uygulanmak üzere iki ayrı formattadır. Araştırmaya katılan tüm bireylerin ruhsal belirtilerini taramak amacıyla "Kısa Semptom Envanteri"; çevreden almakta oldukları destek kaynaklarının belirlenmesi ve bireylerin bu desteği nasıl algıladıkları ise "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" uygulanarak ölçülmüştür.

Araştırmada kullanılacak materyal aşağıda listelenmiştir:

Bakım verenler için;

- ✓ "Kişisel Bilgi Formu";
- ✓ "Hastalığa Yönelik Öznel Algılar Anne/Baba Formu";
- ✓ "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği";
- ✓ "KSE" kullanılmıştır.

Çocuklar/ ergenler için ise;

- ✓ "Hastalığa Yönelik Öznel Algılar Çocuk/Ergen Formu";

- ✓ “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”;
- ✓ “KSE” kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçme araçları aşağıda ayrıntılı olarak anlatılmıştır;

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Bu form, araştırmacı tarafından diyabetik bireylerin ve onlara bakım verenlerin hastalığa uyumlarında etkili olduğu düşünülen bir takım etmenler göz önüne alınarak hazırlanmıştır. Form içerisinde, bakım veren ebeveynin kendisine ilişkin yaş, diyabetli çocuğa yakınlık derecesi, medeni durumu, eğitim durumu, ailenin gelir düzeyi, yaşadıkları yer, çocuk sayısı, diğer çocuklarda önemli bir hastalık olup olmaması, yakınlarında diyabetli olan kimsenin olup olmamasının araştırılması, ebeveynin hastalıkla ilgili bilgi düzeyini ölçen 11 soru bulunmaktadır. Ayrıca araştırmacı; diyabetli çocuğun tanıyı aldığı yaşa ilişkin bilgileri, çocuğun eğitim düzeyi ve cinsiyeti gibi demografik bilgilerini de bakım verenden almak üzere yerleştirilen 4 soru da bu formun içerisinde. Bu nedenle çocuk ve ergenlere kişisel bilgilerinin alınacağı ayrı bir form verilmemiştir.

3.4.2. Hastalığa ve Tedaviye Yönelik Öznel Algılar Formları

Bu formlar Ilgın Gökler (2008) tarafından geliştirilmiştir. Yazında diyabetli çocuk ve ergenler ile onların ebeveynlerinin hastalığa yönelik sahip oldukları tutum ve algıyı daha net ifade eden başka bir ölçeğe rastlanmamıştır. Bu nedenle Gökler (2008)'in geliştirmiş olduğu form araştırmada kullanılmıştır. Gökler (2008), hasta olan çocuk ve ergen için hazırlamış olduğu formu, sorular aynı içeriği taşıyacak şekilde hitabın anne-babalara yönelik olduğu bir anne/baba formu da hazırlamıştır.

3.4.3. Hastalığa Yönelik Öznel Algılar Anne/Baba Formu

Hastalık ve hastalığın gerektirdiği tedavinin anne ve baba tarafından ne şekilde algılandığını anlamak üzere hazırlanmış 11 maddelik bir soru formudur. Bu alanda

kullanılmak üzere iyi yapılandırılmış başka bir ölçme aracına rastlanılmadığı için, söz konusu form Ilgın Gökler (2008)'in “Sistem Yaklaşımı Ve Sosyal-Ekolojik Yaklaşım Çerçevesinde Oluşturulan Kavramsal Model Temelinde Kronik Hastalığı Olan Çocuklar Ve Ailelerinde Psikolojik Uyumun Yordanması” konulu doktora tezinden alınmıştır. Form, ilgili yazındaki bilgilerin ve benzer amaçla kullanılmış soru örneklerinin (örneğin, Hobbie, Stuber, Meeske, Wissler, Rourke ve ark., 2000; Gökler, 2008: s. 79'daki alıntı) incelenmesi ve araştırmacının kronik hastalıklarla baş etmekte olan ailelere ilişkin klinik gözlemlerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Soru formunda, hastalığın ağırlık derecesi (“Çocuğunuzun hastalığı sizce ne derece ağır bir hastalıktır?”), yaşamı tehdit etme düzeyi (“Hastalığından dolayı çocuğunuzun başına kötü bir şey geleceğinden korkar mısınız?”), anne-babanın kendisi, çocukları ve tüm aile için ne kadar kaygı verici olduğu (“Çocuğunuzun hastalığı sizi ne derece endişelendirmektedir?”, “Çocuğunuzun hastalığı, sizce çocuğunuz ne derece endişelendirmektedir?”, “Çocuğunuzun hastalığı, sizce tüm ailenizi ne derece endişelendirmektedir?”), anne-babanın, çocuğun ve tüm ailenin gündelik yaşamını ne kadar etkilediği (“Çocuğunuzun hastalığı sizin gündelik yaşamınızı ne kadar etkilemektedir?”, “Çocuğunuzun hastalığı sizce çocuğunuzun gündelik yaşamını ne kadar etkilemektedir?”, “Çocuğunuzun hastalığı sizce tüm ailenizin gündelik yaşamını ne kadar etkilemektedir?”) ve tedavinin anne-babanın kendisi, çocukları ve tüm aile için ne kadar zorlayıcı olduğu (“Çocuğunuzun tedavisi sizin için ne kadar zorlayıcıdır?”, “Çocuğunuzun tedavisi, sizce çocuğunuz için ne kadar zorlayıcıdır?”, “Çocuğunuzun tedavisi, sizce tüm aileniz için ne kadar zorlayıcıdır?”) konusunda anne-babanın öznel algılarını ölçen sorular bulunmaktadır. Her bir soru 3 dereceli ölçek üzerinden yanıtlanmakta ve 0-2 arasında puan almaktadır. Alınabilecek en yüksek puan 22'dir. Ölçekten alınan yüksek puan, hastalığın anne / baba tarafından algılan ağırlığının yüksek olduğuna işaret eder.

Gökler'in (2008) araştırması için geliştirdiği ve toplam 250 anne-babaya (125 anne, 125 baba) uyguladığı Hastalığa İlişkin Öznel Algılar – Anne/Baba Formu'nun psikometrik özelliklerini değerlendirmek amacıyla çeşitli analizler yürütmüştür.

Toplam 11 maddeden oluşan ölçeğin iç tutarlılığını saptamak üzere, güvenilirlik analizi yapılmıştır. Tüm ölçek için Cronbach Alpha değeri .92 olarak belirlenmiştir.

Yapılan analiz sonucunda; ölçeğin faktör yapısı, varimax döndürmenin kullanıldığı temel bileşenler analizi yoluyla incelenmiştir. Herhangi bir faktör sayısı belirlenmeksizin yapılan ilk analiz, varyansın % 58.54'ünü açıklayan tek faktör ile sonuçlanmıştır. Ardından, araştırmacının kuramsal anlayışından yola çıkarak, faktör sayısının üç olarak belirlendiği ikinci bir analiz yürütülmüştür. Bu analiz sonucunda, üç faktör varyansın % 73.28 açıklamıştır. Faktörler altında yer alacak olan maddelerin belirlenmesinde faktör yükünün .35 ya da üzeri olması ölçüt alınmıştır. Analiz sonuçlarına bakıldığında, tüm maddelerin faktör yüklerinin .35'in üzerinde olduğu görülmektedir. Bir madde (7.madde) dışındaki tüm maddeler, en yüksek faktör yükü aldığı faktörün altına alınmıştır. Hem birinci hem de üçüncü faktörün altına giren yedinci madde ise, kuramsal açıklamalara daha uygun düşmesi nedeniyle, birinci faktöre göre daha düşük faktör yükü almasına karşın üçüncü faktörün içine alınmıştır.

Dört maddeden (6,8,9 ve 11'inci maddeler) oluşan birinci faktör, "*hastalığın aile yaşantısı üzerine etkisine ilişkin algılar*" olarak isimlendirilmiştir ve iç-tutarlık katsayısı .89'dur. Dört maddeden (1,2,3 ve 5'inci maddeler) oluşan ve "*yaşamsal tehdit algısı*" olarak isimlendirilen ikinci faktörün iç tutarlık katsayısı .86'dır. Üç maddeden (4,7 ve 10'uncu maddeler) oluşan üçüncü ve son faktör ise, "*hastalığın çocuk üzerine etkisine ilişkin algılar*" olarak isimlendirilmiştir ve iç-tutarlık katsayısı .75'tir.

Çalışmamızda tüm ölçek için Cronbach Alpha değeri .86 olarak bulunmuştur.

3.4.4. Hastalığa Yönelik Öznel Algılar Çocuk/Ergen Formu

Hastalık ve hastalığın gerektirdiği tedavinin anne ve baba tarafından ne şekilde algılandığını anlamak üzere hazırlanmış 11 maddelik bir soru formudur. Bu alanda kullanılmak üzere iyi yapılandırılmış başka bir ölçme aracına rastlanılmadığı için,

söz konusu form Ilgın Gökler (2008)'in “Sistem Yaklaşımı Ve Sosyal-Ekolojik Yaklaşım Çerçevesinde Oluşturulan Kavramsal Model Temelinde Kronik Hastalığı Olan Çocuklar Ve Ailelerinde Psikolojik Uyumun Yordanması” konulu doktora tezinden alınmıştır. Form, ilgili yazındaki bilgilerin ve benzer amaçla kullanılmış soru örneklerinin (örneğin, Hobbie ve ark., 2000; Gökler, 2008: s. 88'deki alıntı) incelenmesi ve araştırmacının kronik hastalıklarla baş etmekte olan ailelere ilişkin klinik gözlemlerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Soru formunda, hastalığın ağırlık derecesi (“Sence diyabet hastalığı ne derece ağır bir hastalıktır?”), yaşamı tehdit etme düzeyi (“Sence diyabet hastalığı olan çocuklar, hastalıkları nedeniyle başlarına kötü bir şey geleceğinden korkarlar mı?”), ergenin kendisi, anne-babası ve tüm aile için ne kadar kaygı verici olduğu (“Sence diyabet hastalığı çocukları ne kadar endişelendirmektedir?”, “Sence diyabet hastalığı, çocukların anne-babalarını ne kadar endişelendirmektedir?”, “Sence diyabet hastalığı, çocukların tüm ailelerini ne kadar endişelendirmektedir?”), ergenin, anne-babasının ve tüm ailenin gündelik yaşamını ne kadar etkilediği (“Sence diyabet hastalığı çocukların genel yaşamlarını ne kadar etkilemektedir?”, “Sence diyabet hastalığı anne-babaların genel yaşamını ne kadar etkilemektedir?”, “Sence diyabet hastalığı çocukların tüm ailelerinin gündelik yaşamını ne kadar etkilemektedir?”) ve tedavinin ergenin kendisi, anne-babası ve tüm aile için ne kadar zorlayıcı olduğu (“Sence diyabet hastalığının tedavisi çocukları ne kadar zorlamaktadır?”, “Sence diyabet hastalığının tedavisi, anne-babaları ne kadar zorlamaktadır?”, “Sence diyabet hastalığının tedavisi, çocukların tüm ailelerini ne kadar zorlamaktadır?”) konusunda çocuk ya da ergenin öznel algılarını ölçen sorular bulunmaktadır.

Hastalığın ağırlığı, yaşamı tehdit etme düzeyi, kaygı vericiliği, gündelik yaşama etkisi ve tedavinin zorluğu ile ilgili doğrudan soruların, tıbbi olarak gerçekten ağır hastalıklara sahip olan ergenler için travmatik etki yaratabileceği; tıbbi olarak görece daha hafif hastalıklara sahip olan ergenler içinse, gereksiz yere kaygı yaşamalarına neden olabileceği düşüncesinden hareketle, bu tür olumsuz etkilere yol açmamak için formdaki sorular üçüncü çoğul şahıs kullanılarak, daha dolaylı biçimde hazırlanmıştır. Hastalığın ağırlığı, örneğin, “Hastalığından dolayı başına kötü bir şey

geleceğinden korkar mısınız?” ifadesi yerine “Sence diyabet hastalığı olan çocuklar, hastalıkları nedeniyle başlarına kötü bir şey geleceğinden korkular mı?” ifadesi kullanılmıştır. Soruların dolaylı sorulmasına karşın, ergenlerin, projektif testlerde olduğu gibi, kendi iç dünyalarını yansıtan yanıtlar verecekleri beklenmektedir. Orijinal olan formda hastalığın ismi “.....” şeklinde boş bırakılmıştır. Ancak bu araştırmada yalnızca tip-I diyabetli çocuklar yer aldığı için bu bölüm araştırmacı tarafından doldurularak çocuklara verilmiştir. Her bir soru 3 dereceli ölçek üzerinden yanıtlanmakta ve 0-2 arasında puan almaktadır. Alınabilecek en yüksek puan 22’dir. Ölçekten alınan yüksek puan, hastalığın ergen tarafından algılan ağırlığının yüksek olduğuna işaret eder.

Gökler’in (2008) araştırması için geliştirdiği ve toplam 125 çocuk ve ergene uyguladığı Hastalığa İlişkin Öznel Algılar - Çocuk/Ergen Formu’nun, iç tutarlılığını saptamak üzere, güvenilirlik analizi yapmıştır. Tüm ölçek için Cronbach Alpha değeri .86 olarak belirlemiştir.

Yapılan analiz sonucunda; ölçeğin faktör yapısı, varimax döndürmenin kullanıldığı temel bileşenler analizi yoluyla incelenmiştir. Herhangi bir faktör sayısı belirlenmeksizin yapılan ilk analiz, varyansın %64.62’sini açıklayan üç faktör ile sonuçlanmıştır. Faktörler altında yer alacak olan maddelerin belirlenmesinde faktör yükünün .35 ya da üzeri olması ölçüt alınmıştır. Analiz sonuçlarına bakıldığında, tüm maddelerin faktör yüklerinin .35’in üzerinde olduğu görülmektedir. Bir madde (7.madde) dışındaki tüm maddeler, en yüksek faktör yükü aldığı faktörün altına alınmıştır. Hem birinci hem de üçüncü faktörün altına giren yedinci madde ise, kuramsal açıklamalara daha uygun düşmesi nedeniyle, birinci faktöre göre daha düşük faktör yükü almasına karşın üçüncü faktörün içine alınmıştır. Üç maddeden (9,10 ve 11’inci maddeler) oluşan birinci faktör, “*hastalığın aile yaşantısı üzerine etkisine ilişkin algılar*” olarak isimlendirilmiştir ve iç-tutarlık katsayısı .79’dur. Dört maddeden (1,2,3 ve 6’ncı maddeler) oluşan ve “*yaşamsal tehdit algısı*” olarak isimlendirilen ikinci faktörün iç tutarlık katsayısı .76’dır.

Dört maddeden (4,5, 7 ve 8'inci maddeler) oluşan üçüncü ve son faktör ise, “*hastalığın diğer aile bireyleri üzerine etkisine ilişkin algılar*” olarak isimlendirilmiştir ve iç-tutarlık katsayısı .77’dir (Gökler, 2008: 107-108).

Çalışmamızda tüm ölçek için Cronbach Alpha değeri .84 olarak bulunmuştur.

3.4.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen bu ölçek, araştırmada yer alan yordayıcı değişkenlerden biri olan sosyal desteğe ilişkin veri toplama amacını gerçekleştirmek için kullanılmıştır. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Amerika Birleşik Devletleri’nde, 1988’de Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemeye yöneliktir.

Ölçeğin Türkçe formunun faktör yapısı, güvenilirliği ve yapı geçerliği, Eker ve Arkar (2001) tarafından sınanmış; ülkemizde kullanımı açısından, genel olarak tatmin edici bulunmuştur. Ancak, “özel bir insan” alt-ölçeğinin yapı geçerliği açısından en zayıf alt-ölçek olduğu ortaya çıkmıştır. İlk uyarlama çalışmasındaki üniversite öğrencileri örneklemini oluşturan öğrencilerin küçük bir kısmıyla yapılan kısa görüşmeler, “özel bir insan” (significant other) alt ölçeğindeki “özel bir insan” (special person) teriminin ülkemizde çok özel bir anlama sahip olduğunu ve öğrencilerin bu ifadeyi çoğunlukla erkek/kız arkadaşları olarak anladıklarını göstermiştir. Kültürel olarak, bu terim yaygın olarak uygulanabilir bulunmamıştır. Aile ve özel bir insanın anlamlarının farklı kültürlerde veya örneklemlerde farklı olduğu açıktır. Zimet, Powell, Farley, Werkman, ve Berkoff (1990) da, aile ve özel bir insan terimlerinin anlamlarının araştırılması gereğini vurgulamışlardır. Eker ve Arkar (2001), buradan yola çıkarak, kültürel olarak daha uygun bir ölçek elde etmek için, ölçeğin maddelerini gözden geçirerek, ikinci bir geçerlik güvenirlik çalışması yürütmüşlerdir. “Aile” ve “özel bir insan” alt-ölçeklerinin tanımını sınırlandırmış ve daha açık olarak tanımlamışlardır. Özgül olarak, “aile”, ebeveynler, eş, çocuk ve kardeşler dahil edilerek tanımlanmıştır. Ülkemizde oldukça özel bir anlama sahip

olan özel bir insan terimi çıkarılmıştır ve özel bir insan dışlama yoluyla tanımlanmıştır ve “ailenin ve arkadaşların dışında olan kişi (örneğin, flört, nişanlı, akraba, komşu, doktor)” ifadesi kullanılmıştır.

Ölçeğin gözden geçirilmiş formunun geçerlik-güvenirlik çalışması için her birinde 50’şer katılımcı bulunan, yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarının oluşturduğu psikiyatri grubu, cerrahi müdahale yapılan hastaların oluşturduğu cerrahi grubu ve rast gele seçilmiş hasta ziyaretçilerinin oluşturduğu normal grup olmak üzere üç gruptan veri toplanmıştır. Yapılan Temel Bileşenler Analizi sonucunda maddeler “aileden alınan sosyal destek”, “özel bir insandan alınan sosyal destek” ve “arkadaştan alınan sosyal destek” olmak üzere varyansın %75’ini açıklayan 3 faktör altında toplanmıştır. İç tutarlılığı ölçmek için Cronbach alfa yöntemi kullanılmış ve değerler üç örneklem için .85 ile .92 arasında değişmiştir (Eker ve Arkar 2001, Çakır ve Palabıykoğlu 2005). Yapı geçerliği açısından da destek sağlayıcı bulgular elde edilmiştir. Tek yönlü ANOVA kullanılarak, çalışmanın üç örneklemini birbirleriyle karşılaştırıldı. Çizelge-2’de Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt gruplarının madde sayısı, en düşük ve en yüksek puan dağılımı ile alt boyutlarının güvenilirlik katsayısı verilmiştir (Eker ve Arkar, 2001).

Çizelge-2: ÇBASDÖ ve Alt Gruplarının Betimsel Analizi

Çok Boyutlu			
Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)	Madde Sayısı	Toplam Puanları (Min.- Max.)	α Değerleri
Aile	4	4 - 28	0.85
Arkadaş	4	4 - 28	0.88
Özel Bir İnsan	4	4 - 28	0.92
MSPSS Toplam	12	12 - 84	0.89

ÇBASDÖ= Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.

Aile (F (2, 147)= 17.31, p<0.001), arkadaş (F (2, 147)= 16.57, p<0.001) alt-ölçeklerinde ve toplam puanda (F (2,147)= 11.99, p<0.001) karşılaştırmalar anlamlı

bulunmuştur. Ancak, özel bir insan alt-ölçeği anlamlı sonuç vermemiştir. Birebir (pairwise) karşılaştırmalar için Duncan yöntemi kullanılmış ($p= 0.05$ seviyesinde); ölçekten alınan toplam puanda ve aile ile arkadaş alt-ölçeklerinde, psikiyatri örnekleme, birbirinden anlamlı olarak farklılık göstermeyen cerrahi ve normal örneklemlerinden, anlamlı olarak daha az düzeyde sosyal destek bildirmiştir. Bu bulgu, ölçeğin yapı geçerliliğine ek bir katkı sağlamaktadır.

Eker ve Arkar (2001) ölçeğin geçerliliğini yukarda sözü edilen örneklem gruplarında ayrı ayrı Beck Depresyon Envanteri ve Durumluk - Sürekli Kaygı ölçekleri ile korelasyonlarına bakarak incelemiş ve ölçeğin bu yolla saptanan geçerliliğinin tatminkar düzeyde olduğunu rapor etmişlerdir. Puanlamada toplam puanın ve alt ölçeklerdeki puanların yüksek olması alt ölçeklerin ölçtüğü sosyal destek türünün sıklıkla kullanıldığını göstermektedir (Akt.: Altunbaş, 2005).

Ölçeğin aile, arkadaş, özel kişi desteğini belirlemek üzere dört maddeden oluşan üç alt ölçeği vardır. Üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, kısa bir ölçektir (Zimet, Dahlem, Zimet ve Farley, 1988). Toplam 12 maddeden oluşan ÇBASDÖ “Kesinlikle Hayır =1”; “Kesinlikle Evet =7” olacak şekilde 7 dereceli olarak düzenlenmiştir (EK-6). Likert tipi bir ölçektir. ÇBASDÖ’nün üç alt grubu bulunmakta, her grup 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan 3,4,8,11 maddeler aile desteğini, 6,7,9,12 maddeler arkadaş desteğini ve 1,2,5,10 maddeler de özel bir kişi (güven duyulan yakın arkadaş, dost) desteğini ölçmektedir. Ölçekte işaretlenen dereceye göre her bir soru 1 ile 7 arasında değer alır. Her bir destek kaynağına ilişkin maddelerden alınan puanlar kendi içlerinde toplanarak üç ayrı sosyal destek puanı, üç ayrı tür sosyal destek puanlarının toplanmasıyla da genel bir sosyal destek puanı elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28'dir. Alt ölçeklerden alınan puanların toplanması ile elde edilen toplam ölçek puanından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Eker ve Arkar, 2001). Faktör analizi bu önerilen yapıyı çeşitli örneklemlerde desteklemiştir. Ölçeğin iç tutarlılığı; 0.80 ile 0.95 arasında bulunmuştur. Ölçeğin ve alt ölçeklerin iç tutarlılığı

(Eker ve Arkar 2001) ve test-tekrar test korelasyonları yeterlidir. Geçerlik açısından, başka bir sosyal destek ölçeği ve bir benlik kavramı ölçeği ile olumlu yönde ve depresyon (Eker ve Arkar 2001) ve anksiyete (Eker ve Arkar 2001) ölçekleriyle olumsuz yönde korelasyon göstermiştir.

Bu çalışmada tüm alt ölçek için Cronbach Alpha değerleri kontrol edilmiştir. Çocukların yanıtladıkları Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Cronbach Alpha değeri .81 olarak bulunurken; bakım verenlerinin sonuçlarına yapılan analiz sonucunda Cronbach Alpha değeri .90 bulunmuştur.

3.4.6. Kısa Semptom Envanteri(KSE)

KSE, çeşitli psikolojik belirtileri taramada kullanılır. Çeşitli tıbbi durumlarda psikiyatrik sorunları yakalamak amacıyla hazırlanmış, orijinal adı Brief Symptom Inventory (BSI) olan 90 maddelik bir “Belirti Tarama Listesinin (SCL-90-R)” maddeleri arasından seçilmiş, 53 maddeden oluşturulan bir ölçektir. SCL-90-R, L. R. Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiştir. Kısa Semptom Envanterinin orijinal formu, Türkçe ve İngilizceyi çok iyi bilen 3 akademisyen tarafından ayrı ayrı çevrilmiş daha sonra ise bir uzman tarafından ters çevirme işlemi yapılmıştır. Sonuçta orijinal maddeleri en iyi temsil ettiği düşünülen ifadeler seçilerek 1994 yılında Nesrin Hisli Şahin ve Ayşegül Durak Batıgün tarafından formun Türkçe uyarlaması yapılmıştır (Şahin ve Durak, 1994). Bu uyarlamanın kullanımlarına ilişkin örnekler çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur (Şahin ve Durak, 1994).

Ayaktan tedavi gören 719 psikiyatrik, 626 hipertansiyon hastası ve 25 hasta olmayan birey ile yapılmış üç farklı araştırmada Kısa Semptom Envanteri'nin 9 alt ölçeğinin Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları .71 ve .85 arasında değişmiştir. 60 normal yetişkine iki hafta ara ile uygulanan envanterin test- tekrar test güvenilirlik katsayıları 9 alt ölçek için .68 ve .91 arasında bulunmuştur (Öner, 2006).

Ölçek ile ilgili olarak çok sayıda geçerlik çalışması yapılmıştır. BSI (Brief Symptom Inventory) ve MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) klinik

ölçekleri ve küme ölçekleri arasındaki korelasyonlar .30'un üzerinde bulunmuştur. Bu korelasyonların SCL-90'dan (Ruhsal Belirti Tarama Envanteri) elde edilen korelasyonlar ile bazı ölçeklerde tümüyle özdeş, diğerlerinde ise çok yakın bulunmuştur (Öner, 2006).

KSE'nin ölçek bağımlı geçerliliğini bulmak için yapılan üç ayrı çalışma sonucunda, envanterin alt ölçeklerinin ve üç global indeks puanlarının Sosyal Karşılaştırma Ölçeği ile -.14 ve -.34 arasında, Boyun eğicilik Ölçeği ile .16 ve .42 arasında, Strese Yatkinlik Ölçeği ile .24 ve .36 arasında, UCLA-Yalnızlık Ölçeği ile .13 ve .36 arasında, Offer Yalnızlık Ölçeği ile -.34 ve -.57 arasında, Beck Depresyon Envanteri ile ise .34 ve .70 arasında değişen korelasyonlar gösterdiği belirlenmiştir (Şahin ve Durak, 1994).

KSE'nin madde geçerliğini belirleyebilmek amacıyla örneklem, Strese Yatkinlik Ölçeği'nden alınan puanlara göre "strese yatkin" ve "strese yatkin olmayan" şeklinde uç gruplara ayrılmış ve 53 maddenin yalnızca 3 maddesinin (4, 8, 26) ayırt etme niteliğinin istatistik anlamlılık düzeyine ulaşamadığı görülmüştür. Ölçeğin toplam puanı üzerinden yapılan analiz sonucunda ise ölçeğin bu iki uç grubu anlamlı düzeyde ayırt edebildiği bulunmuştur (Şahin ve Durak, 1994; Şahin ve Durak, 2002; Öner, 2006).

Kısa Semptom Envanterinin yapılan faktör analizi sonucunda "Anksiyete" (12, 13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47 ve 49. maddeler, $\alpha=0.87$), "Depresyon" (9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37 ve 39. maddeler, $\alpha=0.88$), "Olumsuz benlik" (15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52 ve 53. maddeler, $\alpha=0.87$), "Somatizasyon" (2, 5, 7, 8, 11, 23, 29, 30 ve 33. maddeler, $\alpha=0.75$) ve "Hostilite" (1, 3, 4, 6, 10, 40 ve 41. maddeler, $\alpha=0.76$) olmak üzere 5 faktörden oluştuğu bulunmuştur (Şahin ve Durak, 1994; Şahin ve Durak, 2002).

3 global indeks ise sırayla Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi, Belirti Toplam İndeksi ve Semptom Rahatsızlık indeksi şeklindedir.

Puanlanması: Kısa Semptom Envanteri likert tipi bir ölçektir. Her madde « hiç / biraz var / orta derecede var / epey var / çok fazla var » seçeneklerine göre cevaplanmakta ve sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4 (0 ile 4 arasında; 0: hiç yok, 1: çok az, 2: orta derecede, 3: oldukça fazla, 4: ileri derecede) puan verilerek puanlanmaktadır. Uygulamada zaman sınırlaması yoktur. Ancak 5–10 dakikada uygulanabilen kısa bir ölçektir. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Puan aralığı 0 – 212’dir.

Ölçek ergen ve yetişkinlere uygulanabilmektedir. Ancak adolesan dönem ve çocuk katılımcılar için de pek çok araştırmacı KSE’yi ruhsal belirti taramak amacıyla kullanmıştır (Yıldız, 2007; Karadağ, 2008; Küpeli, 2009; Can Özcan, 2010; Sakızcıoğlu, 2010). Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin semptomlarının sıklığını ve ruhsal belirtilerinin arttığını gösterir (Şahin ve Durak, 2002). Global rahatsızlık belirleyici 3 ölçek ise farklı puanlama yöntemine sahiptir. Bunlar:

- Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (RCI):* Kapsamlı psikolojik stresi ölçer. KSE toplam puanlarının madde sayısına (53) bölünmesi yoluyla elde edilir (Savaşır ve Şahin, 2002).

- Belirti Toplam İndeksi (BT):* Pozitif semptomların sayısıdır. “0” olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin (pozitif olan tüm değerlerin) 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır (Savaşır ve Şahin, 2002).

- Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRI):* Belirtilerin yoğunluğunu ölçer. Alt ölçeklerin toplam puanlarının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir (Savaşır ve Şahin, 2002).

KSE’nin alt ölçeklerinin araştırmamızdaki Cronbach Alpha değerleri çocuk örnekleminde .74 ile .90 arasında çıkarken; bakım veren örnekleminde .76 ile .91 arasında bulunmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmada uygulanacak testler için Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu’ndan gerekli izin alınmıştır. Etik Kurul onayı ve araştırmanın

amacını, niteliğini içerir dosya eklenerek İl Sağlık Müdürlüğü'ne ve üniversite hastanelerine gönderilmiş; bahsi geçen kurumlardan uygulama için izin belgeleri alınmıştır (EK-1).

Uygulama yapılan hastanelerin çocuk endokrinoloji kliniklerindeki kayıtlardan araştırmanın kapsama ölçütlerine uyan ve örneklem içine alınabilecek ailelerin listesine ulaşılmıştır. Araştırma 8 Şubat 2011 ile 27 Mayıs 2011 tarihleri arasında İzmir İli'nde çocuk endokrin polikliniklerinde tedavi gören 165 tip-I diyabetli hasta ve 165 bakım veren ebeveyn ile yapılmıştır.

Ulaşılan ailelerin bir kısmı ölçekleri yanıtlamaya başladıktan sonra çalışmaya katılmak istemediklerini belirtmiştir. Bazıları zaman ayıramayacakları, bazıları sonucun kendilerine fayda sağlayacağına inanmama gerekçeleriyle, bazılarının ise almış oldukları ölçekleri eksik yanıtlamış olmaları nedeniyle araştırmaya dahil edilememiştir. Çeşitli nedenlerle elenen 35 çocuk/ergen ve bakım verenlerin sonrasında geri kalan 130 çocuk ve ergen ile 130 bakım veren ebeveyn araştırma örnekleminde yer almıştır. Bu ailelerin betimsel özelliklerini incelememizi sağlayan demografik özellikleri ve bu özelliklerine göre dağılım Tablo 4'de sunulmaktadır.

Bir diyabetlinin rutin kontrol ve tetkikleri 3 ay ara ile yapılmaktadır. Uygulama için hastanelerde geçirilen süre 3 ay 20 gün olmuştur. Bu şekilde başvuran hastaların randevularına gelmeme ihtimali de bertaraf edilmiştir. Her hastanede diyabet poliklinik günü farklıdır. Hafta içi 4 günde tüm hastaneler her hafta ziyaret edilmiştir. Verilerin toplanması aşamasında ölçekler bireylere tek oturumda daha önceden ölçekleri uygulama konusunda eğitilmiş uygulayıcı tarafından uygulanmıştır. Veri toplama amacı kısaca anlatılarak, cevapların içten ve samimi olmasının önemi üzerinde durulmuştur. Bireylerin cevaplarını samimi olarak doldurmaları gerektiği ve cevapların gizli tutulacağı, karşılığında maddi bir ödeme yapılmayacağı veya talep edilmeyeceği gibi bilgiler içeren "Gönüllü Onam Formu" ebeveynlere imzalatılmıştır. Bu araştırma için kullanılan bilgilendirilmiş onam formunun bir örneği Ek 2' de sunulmaktadır. Bakım verene ve diyabetli çocuğa

iletilen gönüllü bilgilendirme formu bir de sözlü olarak hastaya ve ebeveyne aktarılmış böylece gönüllülük esasında izinleri onanmıştır.

Veriler bakım veren tarafından doldurulan ‘Kişisel Bilgi Formu’, bakım veren birey ve diyabetli çocuğun doldurdukları ‘Kısa Semptom Envanteri’, ‘Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Formu’ ve ‘Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’ne verdikleri cevaplardan oluşmuştur. Uygulama bitene kadar katılımcılara herhangi bir sorun oluşması ihtimaline karşı eşlik edilmiştir. Daha sonra ölçekler, bilgi formu ve onam kağıdı toplanmış ve veriler analiz edilmek üzere bir araya getirilmiştir.

3.6. Veri Çözümleme Teknikleri

Verilerin analizi bilgisayar ortamında SPSS 17.0 paket programı ile yapılmıştır. Öncelikle veri girişinde oluşabilecek kayıp veriler veya yanlış kodlamaların tespit edilmesi amacıyla frekans tabloları incelenmiştir. Verilerin tamamlanmasının ardından betimsel incelemeler yapılmış ve araştırma sorularına cevap aranmıştır. İlk olarak demografik bilgiler formundaki betimsel istatistikler, daha sonra ise Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hastalığa İlişkin Öznel Algılar- Çocuk/Ergen Formu ile Hastalığa İlişkin Öznel Algılar- Anne/Baba Formundan alınan puanlara ilişkin betimsel istatistiklere yer verilmiştir. Tip-I diyabetli çocuklar ile diyabetli çocukların ailelerinin Kısa Semptom Envanteri skorları ile ÇBASDÖ puanlarının karşılaştırmaları için bağımsız örneklem için t-testi ve varyans analizi teknikleri; hastalığa ilişkin öznel algıları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını anlamak üzere tek yönlü tekrar ölçümlü varyans analizi (one-way ANOVA for repeated measures) kullanılmıştır. İlişkisel bir model olduğundan aradaki korelasyonel durum araştırma için önemli sonuçları oluşturmaktadır. Grupların kendi içlerinde KSE puanları ile ÇBASDÖ puanlarının birbirlerinin yordayıcısı olup olmadığını test etmek için basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analizlerin sonucunda değişkenlerin arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı Pearson Korelasyon Katsayısı hesaplama tekniği ile kontrol edilmiştir. Elde edilen tüm çıktılar APA VI yazım kriterlerine göre tablolaştırılmış ve raporlaştırılmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde öncelikle katılımcıların kişisel bilgi formundan edinilmiş olan demografik bilgileri değerlendirilecektir. Ardından tip-1 diyabetli çocukların ve onlara bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri, ruhsal belirti durumları, hastalığa yönelik öznel algıları ile iki grup arasında alınan puanlar açısından benzerlik olup olmadığı karşılaştırılarak incelenecektir.

4.1. Katılımcıların Demografik Yapılarına İlişkin Betimleyici Bulgular ve Yorum

Bu bölümde araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları, sayısal ve/veya yüzde değerleri ile birlikte sunulmaktadır.

Tablo-1: *Örneklemin Cinsiyete Göre Dağılımı*

CİNSİYET	DİYABETLİ ÇOCUK&ERGEN		BAKIM VEREN EBEVEYN		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%
KADIN	68	52	102	78	170	65
ERKEK	62	48	28	22	90	35
TOPLAM	130	100	130	100	260	100

Diyabetli çocukların demografik bilgileri (yaş, tanı yaşı, cinsiyeti ve eğitim durumu) bakım veren ebeveynden alınmıştır. Bu bilgiler ışığında diyabetli çocuklar cinsiyet açısından değerlendirildiğinde dağılımın neredeyse eşit olduğu söylenebilir. Bakım veren ebeveynlerde ise durum daha farklı seyretnmektedir. Anneler yüksek yüzdeyle çocuklara daha fazla eşlik etmiştir. Tabloda belirtilen değerler, bakım veren

ebeveynlerin cinsiyetini baz almaktadır. Çocuklara kontrollerinde eşlik eden abla ve ağabeyleri de araştırmada yer almaktadır. Eşlik eden 2 abla ve 3 ağabey; “*Diyabetliye Yakınlık Derecesi*” kısmına “Diğer” cevabını vermiştir. Bu grup araştırma örnekleminde %3.8’lik kısmı oluşturmaktadır. Cinsiyetlerinde göre Tablo 1’de örneklem grubuna dahil edilmişlerdir.

Örneklem grubumuzda varolan bireylerin hepsi okur-yazar ve üstü akademik alt yapıya sahip olmak şartı içerisinde seçilmiştir. Bu nedenle ebeveyn örnekleminde en düşük eğitim düzeyi okur-yazarlık düzeyidir. İlkokul mezunlarının diğer tüm eğitim düzeylerinden daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan diyabetli çocuklar ilköğretim ve lise öğrencilerinden oluşmuştur. İlkokul ve ortaokul ayrımının bitmesi, 8 yıllık kesintisiz ilköğretimin varlığı nedeniyle ilköğretime devam eden 102 (%78.5) diyabetli çocuk ilkokul-ortaokul ortak başlığı altında kategorize edilmiştir (Tablo 2).

Tablo-2: *Örneklemin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı*

EĞİTİM DURUMU	DİYABETLİ ÇOCUK&ERGEN		BAKIM VEREN EBEVEYN		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%
	OKUR-YAZAR	---	---	2	1.5	2
İLKOKUL	102	78.5	53	40.8	174	66.95
ORTAOKUL			19	14.6		
LİSE	28	21.5	32	24.6	60	23.05
ÜNİVERSİTE	---	---	24	18.5	24	9.25
TOPLAM	130	100	130	100	260	100

Araştırmaya katılan diyabetli çocukların şimdiki yaşları, tanı yaşları ve buna bağlı olarak da hastalık süreleri Tablo 3’de verilmiştir. Ortalama 10.4 yaşında diyabet tanısı almış oldukları tespit edilmiştir. Maksimum üç yıllık tanıya sahip olan diyabetlilerle yürütülen bu çalışmada katılımcıların ortalama hastalık süreleri 1.6 yıl olarak saptanmıştır.

Tablo-3: *Diyabetli Çocukların Yaş-Hastalık Süresi Betimsel Özellikleri*

	Ortalama	SS	Min. - Max.
TANI YAŞI	10.4	2.6	6 - 17
HASTALIK SÜRESİ	1.6	1.08	0- 3
ŞİMDİKİ YAŞ	11.96	2.46	8 - 18

N Çocuk & Ergen=130.

Tablo 4’de bakım veren ebeveynlerin betimsel özellikleri verilmiştir. Medeni duruma bakıldığında bakım veren ebeveynlerden 4 kişinin bekar olduğu tespit edilmiştir. Bu 4 kişiden 3’ü çocukların ağabey ve/veya ablalarından oluşmaktadır. 122 kişi evli, yine 4 kişi eşinden boşanmıştır. Çalışmaya katılan ebeveynlerden hiçbiri eşini kaybetmemiştir.

Araştırmada gelir dağılımına bakıldığında yüksek bir yüzdenin kendilerini orta gelir düzeyinde görmekte olduğu dikkati çekmiştir. Yüksek gelir düzeyinde olduklarını ifade edenlerin sayısı yalnızca 6 kişidir.

Tablo-4: Bakım Veren Ebeveynlerin Betimsel Özellikleri

YAŞ	
Yaş Ortalaması	38.19
Yaş Aralığı (Min. – Max.)	19 - 59
MEDENİ DURUM	
Bekar	% 3.1 (4)
Evli	% 93.8 (122)
Eşini Kaybetmiş	----- (0)
Boşanmış	% 3.1 (4)
GELİR DÜZEYİ	
Düşük	% 16.2 (21)
Orta	% 79.2 (103)
Yüksek	% 4.6 (6)
İKAMET EDİLEN YERLEŞİM YERİ	
Metropol(İzmir)	% 39.2 (51)
İl	% 16.2 (21)
İlçe	% 34.6 (45)
Diğer	% 10 (13)
AİLEDEKİ ÇOCUK SAYISI	
1	% 14.6 (19)
2	% 60 (78)
3	% 17.7 (23)
4+	% 7.7 (10)

N_{Bakım Veren}=130,

Not: Parantez içerisinde verilen değerler kişi sayısını (N) göstermektedir.

Katılımcıların %60'ının ailesindeki çocuk sayısı 2'dir (Tablo 4). Katılımcıların % 47.7 (N=62)'sinin birinci çocukları, % 37.7 (N=49)'sinin ise ikinci çocukları tip-I diyabet tanısı ile izlenmektedir (Tablo 5).

Tablo-5: Aynı Ailedeki Çocuklarda Hastalık Durumu

DİĞER ÇOCUKLARDA HASTALIK VAR MI?	
Yok	% 93.8 (122)
Var	% 6.2 (8)
Diyabet	% 1.5 (2)
Solunum Hastalıkları	% 1.5 (2)
Kan Hastalıkları	% 1.5 (2)
İşitme Engeli	% 0.8 (1)
Kalp-Damar Hastalıkları	% 0.8 (1)
KAÇINCI ÇOCUK DİYABETLİ?	
1.	% 47.7 (62)
2.	% 37.7 (49)
3.	% 12.3 (16)
4.	% 0.8 (1)
5.	% 1.5 (2)

N Bakım Veren=130,

Not: Parantez içerisinde verilen değerler kişi sayısını (N) göstermektedir.

Araştırmaya katılan diyabetli çocukların kardeşlerinde de diyabet gibi kronik hastalık tanısı olup olmadığına dair sorulan soruya göre 8 çocuğun kardeşinde de kronik hastalık bulunduğunu; ancak geri kalan 122 çocuğun kardeşlerinde herhangi bir kronik hastalık bulunmadığı ortaya çıkmıştır. Kronik hastalığı olan diğer kardeşlerin hastalıklarına göre dağılımları Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo-6: Çocuk Sayısı İle Diyabetli Çocuğun Kardeşler İçindeki Sırası

	AİLEDEKİ ÇOCUK SAYISI				Toplam
	1	2	3	4+	
DİYABETLİ ÇOCUĞUN SIRASI					
1.	19	36	4	3	62
2.	0	42	6	1	49
3.	0	0	13	3	16
4.	0	0	0	1	1
5.	0	0	0	2	2
Toplam	19	78	23	10	130

Not: Kişisel bilgi formunda ailedeki çocuk sayısı en fazla "4+" olarak belirtilmiştir. 5 çocuğu olan 2 aile de 4 çocuklu aile grubuna dahil edilmiştir.

Tablo 6'ya göre birinci çocukları diyabetli olan 62 ailenin 43 tanesi ilk çocuklarından sonra çocuk sahibi olmuşlardır. 19 tanesi ise tek çocuğa sahiptir. İkinci çocuğu diyabetli olan 49 aileden 42 aile diyabetli olan çocuktan sonra çocuk sahibi olmamıştır. Üçüncü çocukları diyabet tanısı alan toplam 16 aileden yine çok yüksek bir kısmı (n=13) daha küçük çocuğa sahip değildir. Tablo 6'da verilenlere göre 130 aileden 74'ünün (%57) sahip oldukları son çocuk diyabet tanısı almıştır denilebilir.

Tablo-7: Bakım Veren Ebeveynlerin Diyabete İlişkin Bilgileri

TANIDAN ÖNCE EBEVEYNLERİN DİYABET BİLGİSİ	
Evet, Yeterli Bilgiye Sahiptim.	% 5.4 (7)
Evet, Biraz Bilgim Vardı.	% 25.4 (33)
Sadece Adını Duymuştum.	% 32.3 (42)
Hayır, Hiçbir Bilgim Yoktu.	% 36.9 (48)
AKRABALARDA TİP-I DİYABETLİ VAR MI?	
<i>Yok</i>	% 73.8 (96)
<i>Var</i>	% 26.2 (34)
Annenin Akrabası	% 13.1 (17)
Babanın Akrabası	% 13.1 (17)

N_{Bakım Veren}=130,

Not: Parantez içerisinde verilen değerler kişi sayısını (N) göstermektedir.

Katılımcılara hastalığın genetik alt yapısı nedeniyle kendi akrabalarında Tip-I Diyabeti olan kimsenin olup olmadığı; eğer diyabetli birey varsa yakınlık derecesi sorulmuştur. Örneklem grubunun %26.2'sini oluşturan 34 kişi akrabalarında Tip-I Diyabetli bireylerin bulduklarını ifade etmiştir. Genetik yatkınlığı annenin akrabasından gelenlerin oranı da, babanın akrabasından gelenlerin oranı da %13.1 olarak bulunmuştur. Bu açıdan bakıldığında anne veya babanın akrabalarında diyabet bulunması açısından gruptaki bireyler farklılık göstermemektedir (Tablo 7).

Tablo 7'de akrabalarında Tip-I Diyabeti olan yakınlarının varlığından bahseden 34 ebeveynin, diyabete ilişkin kendi çocukları tanı almadan önce bilgilerinin sorgulandığı bir diğer soruya verdikleri yanıtın dağılımı Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tüm ebeveynlerin 48 tanesi kendi çocukları diyabet tanısı almadan önce diyabete ilişkin bilgi düzeylerini “hayır hiçbir bilğim yoktu” yönünde belirtmişlerdir. “Evet, yeterli bilgiye sahiptim” yanıtı ise en az işaretlenen yanıt olmuştur. Tablo 8’de yer alan bilgilerin anlamlı olup olmadığı yapılan chi-kare testi sonuçlarında ortaya çıkmıştır. Akrabalarında tip-1 diyabet olan ebeveynlerden çoğunluğu (n=19), kendi çocukları diyabet tanısı almadan önce diyabete ilişkin bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir. Buna göre akrabalarında tip-1 diyabetli olan ebeveynler ile akrabalarında tip-1 diyabetli olmayan ebeveynler arasında diyabete ilişkin bilgi düzeyi açısından anlamlı fark bulunmuştur, χ^2 (sd= 1, n=130) = 29.57, $p < .001$.

Tablo-8: Akrabalarında Diyabet Olan Ebeveynlerin Diyabet Bilgisi

Ebeveynlerin Diyabet Bilgisi					
	Evet, Yeterli Bilgiye Sahiptim.	Evet, Biraz Bilğim Vardı.	Sadece Adımı Duymuştum.	Hayır, Hiçbir Bilğim Yoktu.	Toplam (N)
Akrabalarda Tip-I Diyabet (N)	6	13	8	7	34

Tablo 9’da araştırmanın yapıldığı hastanelere göre çalışmaya katılan ebeveynlerin eğitim durumları verilmektedir. Bu bilgilere dayanarak araştırmaya katılan ebeveynlerden üniversite mezunu olan 24 ebeveynin 21’inin üniversite hastanelerini çocuklarının rutin kontrolleri için tercih ettikleri görülmektedir.

Tablo-9: Bakım Veren Ebeveynlerin Eğitim Durumu İle Katıldıkları Hastaneler

	Eğitim Durumu					Toplam (N)
	Okur-Yazar (N)	İlkokul (N)	Ortaokul (N)	Lise (N)	Üniversite (N)	
Hastaneler						
<i>Dokuz Eylül Ünv.</i>	0	12	7	9	11	39
<i>Ege Ünv.</i>	1	6	5	9	10	31
<i>Tepecik Eğitim Araştır.</i>	1	17	3	7	2	30
<i>Behçet Uz Çocuk Hast.</i>	0	18	4	7	1	30
Toplam	2	53	19	32	24	130

N Bakım Veren=130.

Farklı eğitim durumlarına sahip olan aileler yapılan tek yönlü varyans analizine göre ($F(4, 125)= 4.10, p < .005$), rutin kontrollerinde tercih ettikleri hastaneler açısından istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmıştır.

4.2. Araştırmanın Problemine ve Alt Problemlerine İlişkin Betimsel İstatistikler

Bu bölümde araştırma problemini incelemek amacıyla kaynaklık eden ölçeklerin betimsel analizlerine yer verilmiştir. KSE ve ÇBASDÖ her iki gruba da uygulandığı için aynı tabloda bakım veren ebeveynler ile çocuk-ergenlerin betimsel analizi birlikte verilmektedir. Ancak Hastalığı Öznel Algılar Form’ları her iki grup için

farklılaşmaktadır. Bu nedenle bu formların betimsel analizleri korelasyon tablolarında ayrıca verilmiştir.

Katılımcıların Algıladıkları Sosyal Destek Ölçeği ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum alabilecekleri puanlar ile kendilerinin almış oldukları değerler Tip-I Diyabetli Grup ve Bakım Veren Ebeveynleri için Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo-10: ÇBASDÖ'nün Çocuklar ve Ebeveynler İçin Betimsel Değerleri

	Ortalama		SS		Ranj	Alınan Min.-Max.
	Çocuk	Ebeveyn	Çocuk	Ebeveyn	Çocuk ve Ebeveyn	Çocuk - Ebeveyn
Aile	25.07	23.55	5.07	5.79	4-28	4 - 28
Arkadaş	24.35	21.31	5.06	7.31	4-28	4 - 28
Özel Bir İnsan	20.32	19.14	7.09	7.63	4-28	4 - 28
Toplam						
ÇBASDÖ	69.73	64.00	12.38	17.39	12-84	12 - 84

$N_{\text{Çocuk}}=130$; $N_{\text{Ebeveyn}}=130$; ÇBASDÖ=Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ; SS= Standart Sapma; Ranj= Minimum Maksimum Puan Aralığı.

Araştırmaya katılan tip-I diyabetli grup ve bakım veren ebeveynlerinin Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları, standart sapma, minimum ve maksimum alabilecekleri puanlar ile kendilerinin almış oldukları minimum maksimum değerler Tablo 11’de sunulmaktadır.

Çocuklar ile ebeveynlerinin ortalamalarına bakıldığında; KSE toplam puanlarına göre çocuklar 41.82; ebeveynler ise 55.28 ortalama puan almışlardır (Tablo 11).

Rahatsızlık belirleyici 3 indeksten alınan ortalama puanlar ise şöyledir:

- Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (RCI)*: Psikolojik stresi ölçen bu indekste diyabetli çocuk grubunun .79; ebeveyn grubunun ise 1.04 ortalama puanı vardır.

- Belirti Toplam İndeksi (BT)*: Toplam belirti sayısı veren bu indekste çocuk örnekleminin ortalaması 20.12 iken ebeveyn örnekleminin ortalaması 26.46 olarak tespit edilmiştir.

- Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRI)*: Belirtilerin yoğunluğunu ölçen bu indeks ise çocuklarda 1.86; ebeveynlerde 1.90 ortalama vermiştir (Tablo 11).

Alınan minimum- maksimum değerlere bakıldığında ise ebeveyn grubunun maksimum değerlerinin hemen her alt ölçek ve indekste daha yüksek değerlere sahip olduğunu söylemek mümkündür (Tablo 11).

Tablo-11: KSE'nin Çocuklar ve Ebeveynler İçin Betimsel Değerleri

	Ortalama		SS		Ranj		Alınan Min.- Max. Puanlar	
	Çocuk	Ebeveyn	Çocuk	Ebeveyn	Çocuk	Ebeveyn	Çocuk	Ebeveyn
KSE	41.82	55.28	37.47	40.42	0-212		2-157	0-172
Anksiyete	9.50	13.32	9.72	11.18	0-52		0-37	0-47
Depresyon	10.13	15.02	10.36	10.99	0-48		0-41	0-45
Olumsuz Benlik	8.08	11.02	9.35	9.32	0-48		0-44	0-43
Somatizasyon	6.22	7.72	5.84	7.47	0-36		0-27	0-31
Hostilite	7.89	8.20	5.48	5.51	0-28		0-26	0-26
RCİ	.79	1.04	.71	.76	0-4		.57-1.04	0-3.25
BT	20.12	26.46	12.92	13.23	0-53		17-28	0-53
SRİ	1.86	1.90	.70	.77	0-4		1.67-2.23	1-3.97

$N_{\text{Çocuk}}=130$; $N_{\text{Ebeveyn}}=130$; KSE= Kısa Semptom Envanteri ; RCİ= Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi; BT= Belirti Toplam İndeksi; SRİ= Semptom Rahatsızlık İndeksi.

4.3. Araştırmanın Problemine ve Alt Problemlerine İlişkin Bulgular ve Yorum

Bu bölümde araştırmanın problemini ve alt problemlerini incelemek amacıyla yapılan istatistiksel analizlere yer verilmiştir. Öncelikle araştırma problemine ilişkin bulgular daha sonra da alt problemlere ilişkin bulgular sunulmaktadır.

4.3.1. En geç 3 yıl önce Tip-I diyabet tanısı almış çocuk ve ergenler ile bakım verenlerinin, algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve kısa semptom envanteri puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

Araştırmaya katılan diyabetli çocuk ve ergenler ile onlara bakım veren ebeveynlerinin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve kısa semptom envanteri puanları arasındaki ilişki bağımsız örneklem T-Testi (independent samples T-Test) sonuçları incelenerek Tablo 12’de ortaya konmuştur.

Tablo-12: *Bakım Veren ve Çocuk Toplam Sosyal Destek ve KSE*

	Bakım veren	Çocuk	
	Ort. (SD)	Ort. (SD)	<i>t</i>
Sosyal destek	64.00 (17.39)	69.73 (12.38)	-3.06*
Kısa semptom envanteri	55.28 (40.42)	41.82 (37.47)	2.78*

* $p < .01$

$N_{\text{Bakım Veren}} = 130$, $N_{\text{Çocuk}} = 130$

Bu iki bağımsız grup için yapılmış olan T-Testi analizi sonucunda uygulanmış olan KSE ve ÇBASDÖ ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin çocuk örneklemini ve ebeveyn örneklemini için alınan puan ortalamaları ($t(232.98) = -3.06$, $p < .01$) ile Kısa Semptom Envanterinin çocuk örneklemini ve ebeveyn örneklemini için alınan puan ortalamaları ($t(258) = 2.78$, $p < .01$) anlamlı olarak birbirlerinden farklılaşmıştır. Buna göre çocuklar ebeveynlerine göre daha fazla sosyal destek algılamakta; ancak KSE’ye göre daha az ruhsal belirti göstermektedirler (Tablo 12).

Yapılan korelasyon analizine göre, KSE alt ölçekleri ile toplam puanları ve ÇBASDÖ ile alt ölçeklerinin diyabetli çocuk ve ergenler ile bakım veren ebeveynleri

Tablo-13: KSE ile ÇBASDÖ Korelasyonu

	Toplam KSE- Ebeveyn	BT	SRI	Toplam ÇBASDÖ- Ebeveyn	Aile	Arkadaş	Özel Bir İnsan
Toplam KSE-Çocuk	.42**	.38**	.34**	-.19*	-.18*	-.19*	-.11
BT	.36**	.35**	.27**	-.21*	-.19*	-.19*	-.14
SRI	.33**	.29**	.29**	-.09	-.09	-.12	-.03
Toplam ÇBASDÖ- Çocuk	-.13	-.22*	-.01	.32**	.30**	.22*	.30**
Aile	-.10	-.17	-.02	.31**	.35**	.20*	.25*
Arkadaş	-.18*	-.19*	-.14	.13	.15	.10	.08
Özel Bir İnsan	-.03	-.12	.09	.25*	.16	.16	.28**

* $p < .05$, ** $p < .001$

$N_{\text{Çocuk}}=130$; $N_{\text{Ebeveyn}}=130$; KSE= Kısa Semptom Envanteri ;BT= Belirti Toplam İndeksi; SRI= Semptom Rahatsızlık İndeksi; ÇBASDÖ= Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.

arasında karşılaştırılarak Tablo 13'de sunulmuştur. Tabloda görüldüğü üzere KSE toplamının ve alt ölçeklerinin korelasyon katsayıları .27 ile .42 arasındayken; ÇBASDÖ toplamının ve alt ölçeklerinin korelasyon katsayıları (tablonun sağ alt köşesi) .08 ile .35 arasında değişmektedir.

KSE korelasyon değerlerinin tümü $p < .001$ düzeyinde anlamlıdır. Toplam KSE-Çocuk ve Toplam KSE-Ebeveyn puanlarının birbiriyle korelasyonu olumlu yönde ve orta düzeyde ilişkilidir. Buna göre ruhsal belirtileri mevcut olan ebeveynlerin çocuklarında da ruhsal belirti görülme olasılığının yükselmesinden bahsedilebilir. Benzer şekilde Çocuk BT ile Ebeveyn BT puanlarının birbiriyle korelasyonu olumlu yönde ilişkilidir. Korelasyon katsayısı orta düzeye yakın bir ilişkiyi işaret etmektedir; $r = .36$, $p < .001$.

ÇBASDÖ toplam puanlarının korelasyon katsayısı .32'dir. Değer $p < .001$ düzeyinde anlamlı, pozitif yönde fakat düşük düzeyde bir ilişkiyi işaret etmektedir. ÇBASDÖ alt ölçek puanlarının birbiriyle korelasyonuna bakılacak olursa; sosyal destek puanları korelasyonları içerisinde en yüksek düzeyde, pozitif ve anlamlı ilişkinin *Aile* alt ölçeğinde olduğunu söylemek mümkündür (Tablo 13).

Ebeveynlerin Belirti Toplam İndeksi ile çocukların ÇBASDÖ toplam puanları karşılaştırıldığında negatif yönde, anlamlı ve düşük düzeyde bir ilişkinin varlığından söz edebiliriz, $r = -.22$, $p < .05$.

Çocukların KSE toplam puanları ile BT indeksi puanları göz önüne alındığında ebeveyn sosyal destek ölçeği korelasyonlarında dikkat çeken bazı noktalar mevcuttur (Tablo 13). Çocuk KSE-toplamı ile sırasıyla Toplam ÇBASDÖ-Ebeveyn puanlarının korelasyon katsayısı -.19; aile desteği alt ölçeği puanının korelasyon katsayısı -.18; arkadaş desteği alt ölçeği puanının korelasyon katsayısı -.19'dur. Bu katsayılar için negatif yönde, anlamlı ancak düşük düzeyde ilişkili yorumu yapılabilir. Ebeveyn grubuna benzer şekilde çocuk Belirti Toplam İndeksi ile Ebeveyn Toplam ÇBASDÖ puanları arasındaki korelasyon da düşük düzeyde, negatif ve anlamlı bir ilişkinin varlığını ortaya koymuştur, $r = -.21$, $p < .05$. Buna göre ebeveyn tarafından algılanan

sosyal destek düzeyi arttıkça çocuktaki ruhsal belirti sıklığı azalacaktır; veya çocuktaki ruhsal belirti sıklığı azaldıkça ebeveynin algıladığı sosyal destek düzeyi artacaktır.

4.3.2. Tip-I diyabet tanısı almış çocukların ruhsal belirti skorları ile hastalığa ilişkin öznel algıları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Tablo 14’de diyabetli çocuk-ergenlerin hastalığa yönelik öznel algılar toplam puanı ve alt ölçeklerinin KSE toplam puanları ile korelasyonu yer almaktadır. Bunlara ek olarak öznel algılar formunun betimsel değerleri de tablonun alt bölümünde sunulmuştur.

Betimsel değerlere göre maksimum değeri 22 olan hastalığa yönelik öznel algı formunda çocukların aldıkları ortalama değer 11.06 olarak belirlenmiştir. Değer arttıkça hastalık daha ağır ve yaşamsal açıdan tehditkar görülmektedir.

Çocukların KSE toplam puanları ile hastalığı öznel algı puanları arasındaki korelasyon katsayıları .18 ile .84 arasında değişmektedir. Tüm korelasyon değerleri $p < .001$ düzeyinde anlamlıdır. Yalnızca hastalığın diğer aile bireyelerine etkisi alt ölçeği ile KSE toplam puanı arasındaki korelasyon olumlu yönde ve düşük düzeydedir. Ancak aradaki ilişki ($r = .18, p < .05$) $p < .05$ düzeyinde anlamlıdır.

Hastalığa yönelik öznel algılar toplam puanı ile tüm alt ölçekleri arasında yüksek düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Ayrıca KSE toplam puanı ile de öznel algılar puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. En yüksek düzeyde ilişkiyi .41 korelasyon katsayısı ile yaşamsal tehdit algısı alt ölçeği ile KSE toplam puanı arasındaki ilişki vermektedir, $r = .41, p < .001$. Buna göre yaşamsal tehdit algısı arttıkça ruhsal belirtinin de arttığı söylenebilir (Tablo 14).

Tablo-14: Özel Algılar-Çocuk Formunun KSE ile Korelasyonu ve Betimsel Değerler

	1	2	3	4	5
1. KSE Toplam	1				
2. Hastalığa Yönelik Özel Algı Toplam	.36**	1			
3. Hastalığın Aile Yaşantısına Etkisi	.31**	.80**	1		
4. Yaşamsal Tehdit Algısı	.41**	.84**	.54**	1	
5. Hastalığın Diğer Aile Bireyelerine Etkisi	.18*	.84**	.53**	.53**	1
Betimsel Değerler					
Ortalama	41.82	11.06	2.83	3.51	4.72
SS	37.47	4.64	1.6	1.96	2.02
Ranj	2-157	0-22	0-6	0-8	0-8

* $p < .05$, ** $p < .001$ N_{Çocuk}=130 ; KSE= Kısa Semptom Envanteri ; Özel Algılar Çocuk Formu= Hastalığa Yönelik Özel Algılar Çocuk/Ergen Formu.

4.3.3. Tip-I diyabet tanısı almış çocuklara bakım verenlerin ruhsal belirti skorları ile hastalığa ilişkin öznel algıları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Tablo 15’de diyabetli çocuklara bakım veren ebeveynlerin hastalığa yönelik öznel algılar toplam puanı ve alt ölçeklerinin, KSE toplam puanları ile korelasyonu yer almaktadır. Bunlara ek olarak öznel algılar ebeveyn formunun betimsel değerleri de tablonun alt bölümünde sunulmuştur.

Betimsel değerlere göre hastalığa yönelik öznel algı formunda ebeveynlerin aldıkları ortalama değer 15.41 olarak belirlenmiştir. Değer arttıkça hastalık daha ağır ve yaşamsal açıdan tehditkar görülmektedir. Bu açıdan düşünüldüğünde ebeveynlerin ortalamasının çocukların ortalamasından daha yüksek olduğu görülmektedir ($Ort_{Çocuk\&Ebeveyn} = 11.06$, Tablo 14). Ayrıca hastalığa yönelik öznel algı formunun alt ölçeklerinin de hemen hepsinin ortalamalarının ebeveynlerde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Ebeveynlerin KSE toplam puanları ile hastalığı öznel algı puanları arasındaki korelasyon katsayıları .35 ile .47 arasında değişmektedir. Tüm korelasyon değerleri $p < .001$ düzeyinde anlamlıdır. Öznel algı- ebeveyn formu ile KSE arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu ilk bakışta söylenebilir. En yüksek korelasyonu öznel algı toplam puanı ile KSE toplam puanı vermiştir, $r = .47$, $p < .001$. Buna göre ebeveynlerin çocuklarının hastalığına ilişkin algıladıkları ağırlık arttıkça ruhsal belirtilerinin de arttığı söylenebilir. KSE ile en az ilişkili bulunan alt ölçek *yaşamsal tehdit algısı* alt ölçeği olmuştur (Tablo 15). Ancak bu alt ölçek de diğer alt ölçekler gibi $p < .001$ düzeyinde, pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı korelasyon göstermektedir, $r = .35$, $p < .001$.

Hastalığa yönelik öznel algılar ebeveyn toplam puanı ile tüm alt ölçekleri arasında korelasyon katsayısı açısından .75 ile .91 arasında yüksek düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 15).

Tablo-15: Öznel Algılar-Ebeveyn Formunun KSE ile Korelasyonu ve Betimsel Değerler

	1	2	3	4	5
1. KSE Toplam	1				
2. Hastalığa Yönelik Öznel Algı Toplam	.47*	1			
3. Hastalığın Aile Yaşantısına Etkisi	.44*	.91*	1		
4. Yaşamsal Tehdit Algısı	.35*	.75*	.50*	1	
5. Hastalığın Çocuk Üzerine Etkisine İlişkin Algı	.36*	.84*	.70*	.42*	1
Betimsel Değerler					
Ortalama	55.28	15.41	5.22	6.25	3.93
SS	40.42	4.42	2.11	1.62	1.54
Ranj	0-172	4-22	0-8	3-8	0-6

* $p < .001$ N_{Ebeveyn}=130 ; KSE= Kısa Semptom Envanteri ; Öznel Algılar Ebeveyn Formu= Hastalığa Yönelik Öznel Algılar Anne/Baba Formu.

4.3.4. Tip-I diyabet tanısı almış çocukların çok boyutlu algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile hastalığa yönelik öznel alguları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Tablo 16’da diyabetli çocuk-ergenlerin hastalığa yönelik öznel algılar toplam puanı ve alt ölçeklerinin, ÇBASDÖ toplam puanları ve alt ölçekleri ile korelasyonu yer almaktadır.

Çocukların ÇBASDÖ toplam puanlarının kendi alt ölçekleri ile $p < .001$ anlamlılık düzeyindeki korelasyon katsayıları .38 ile .83 arasındadır. Aileden alınan sosyal destek ile arkadaş ($r = .12$) alt ölçeği arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki yokken; aileden alınan destek ile özel bir insan ($r = .25$, $p < .05$) alt ölçekleri arasında pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo-16: Öznel Algılar-Çocuk Formu ile ÇBASDÖ Korelasyonu

	1	2	3	4	5	6	7
1. Hastalığa Yönelik Öznel Algı Toplam	1						
2. Hastalığın Aile Yaşantısına Etkisi	.80**	1					
3. Yaşamsal Tehdit Algısı	.84**	.54**	1				
4. Hastalığın Diğer Aile Üyelerine Etkisine İlişkin Algı	.84**	.53**	.53**	1			
5. Toplam ÇBASDÖ	-.19*	-.15	-.24*	-.09	1		
6. Aile	-.08	-.05	-.20*	.05	.60**	1	
7. Arkadaş	-.23*	-.25*	-.21*	-.12	.68**	.12	1
8. Özel Bir İnsan	-.11	-.04	-.12	-.11	.83**	.25*	.38**

* $p < .05$, ** $p < .001$

$N_{\text{Çocuk}}=130$.

Hastalığa yönelik özel algı çocuk-ergen formu da yine kendi içinde alt ölçekleriyle güçlü korelasyon göstermektedir (Tablo 16). Tüm korelasyon değerleri

$p < .001$ düzeyinde anlamlıdır. Örneğin; hastalığın aile yaşantısına etkisi alt ölçeği ile yaşamsal tehdit algısı alt ölçeği arasındaki korelasyon katsayısı .54'tür. Bu değer olumlu yönde, $p < .001$ düzeyinde, güçlü bir korelasyonu işaret etmektedir. Buna göre hastalığın yaşamı tehdit ettiğine yönelik algı arttıkça, aile yaşantısına etki ettiği yönündeki algı da artmaktadır.

ÇBASDÖ ve alt ölçekleri ile Hastalığa Yönelik Algı Formu ve alt ölçekleri arasındaki korelasyona baktığımızda ise; çocuk örnekleminde anlamlılık düzeyinin ancak $p < .05$ 'e ulaşabildiğini görüyoruz. Bu düzeyde anlamlılık arz eden korelasyon değerleri -.25 ile -.19 arasında değişmektedir. Bu iki ölçeğin korelasyonlarının tümü negatif yönde ve düşük düzeydedir.

ÇBASDÖ ve alt ölçeklerinin en sık olarak korelasyonel ilişki gösterdiği alt ölçek *yaşamsal tehdit algısı* alt ölçeği olmuştur. ÇBASDÖ toplam puanı ile çocukların algıladıkları yaşamsal tehdit algısı arasındaki korelasyon -.24'tür, $r = -.24$, $p < .05$. Buna göre toplam algılanan sosyal destek arttıkça, yaşamsal tehdit algısının azalmakta olduğu söylenebilir (Tablo 16).

4.3.5. Tip-I diyabet tanısı almış çocuklara bakım verenlerin çok boyutlu algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile hastalığa yönelik algıları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Tablo 17'de bakım veren ebeveynlerin hastalığa yönelik öznel algılar toplam puanlarının ve alt ölçeklerinin, ÇBASDÖ toplam puanları ve alt ölçekleri ile korelasyonu yer almaktadır.

Ebeveynlerin ÇBASDÖ toplam puanlarının kendi alt ölçekleri ile $p < .001$ anlamlılık düzeyindeki korelasyon katsayıları .49 ile .87 arasında değişmektedir. Özel bir insan desteği ile arkadaş desteği alt ölçekleri arasındaki korelasyon .60 ile alt ölçeklerin kendi içindeki en yüksek korelasyonu vermektedir.

Hastalığa yönelik özel algı anne-baba formu da kendi içinde alt ölçekleriyle güçlü korelasyon göstermektedir (Tablo 17). Tüm korelasyon değerleri $p < .001$ düzeyinde anlamlıdır. Yüksek düzeyde ilişki tespit edilen iki alt ölçek *hastalığın aile yaşantısına etkisi alt ölçeği* ile *hastalığın çocuk üzerine etkisine ilişkin algı* alt ölçekleri olmuştur, $r = .70$, $p < .001$. Buna göre hastalığın çocuk üzerine etkisi daha ağır olarak algılandıkça aile yaşantısına etki ettiği yönündeki algı da artmaktadır denilebilir.

Tablo-17: Öznel Algılar-Ebeveyn Formu ile ÇBASDÖ Korelasyonu

	1	2	3	4	5	6	7
1. Hastalığa Yönelik Öznel Algı Toplam	1						
2. Hastalığın Aile Yaşantısına Etkisi	.91**	1					
3. Yaşamsal Tehdit Algısı	.75**	.50**	1				
4. Hastalığın Çocuk Üzerine Etkisine İlişkin Algı	.84**	.70**	.42**	1			
5. Toplam ÇBASDÖ	-.17	-.20*	-.04	-.18*	1		
6. Aile	-.07	-.09	.05	-.11	.79**	1	
7. Arkadaş	-.19*	-.22*	-.09	-.16	.87**	.57**	1
8. Özel Bir İnsan	-.15	-.17	-.03	-.17	.85**	.49**	.60**

* $p < .05$, ** $p < .001$
 $N_{\text{Ebeveyn}} = 130$.

ÇBASDÖ ve alt ölçekleri ile Hastalığa Yönelik Algı Formu ve alt ölçekleri arasındaki korelasyona baktığımızda ise; ebeveyn örnekleminde de çocuk örnekleminde benzer şekilde anlamlılık düzeyinin ancak $p < .05$ 'e ulaşabildiğini görüyoruz. Bu düzeyde anlamlılık arz eden korelasyon değerleri -.22 ile -.19 arasında değişmektedir. Bu iki ölçeğin korelasyonlarının tümü yine negatif yönde ve düşük düzeydedir.

ÇBASDÖ ve alt ölçeklerinin en sık olarak korelasyonel ilişki gösterdiği alt ölçek *hastalığın aile yaşantısı üzerine etkisine ilişkin algılar* alt ölçeği olmuştur. ÇBASDÖ alt ölçeklerinden olan arkadaş desteği alt ölçeği ile hastalığın aile yaşantısı üzerine etkisine ilişkin algılar arasındaki korelasyon -0.22 'dir, $r = -0.22$, $p < .05$. Buna göre arkadaş desteği algısı arttıkça, hastalığın aile yaşantısına etkisine ilişkin olumsuz yöndeki algıların da azaldığı söylenebilir (Tablo 17).

4.3.6. Tip-I diyabet tanısı almış çocukların ruhsal belirti skorları ile çok boyutlu algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Tablo 18'de diyabetli çocuk-ergenlerin ÇBASDÖ toplam puanları ile KSE toplam puanlarının korelasyonu yer almaktadır.

Tablo-18: *Çocuk KSE ile ÇBASDÖ Korelasyonu*

	Toplam-ÇBASDÖ
Toplam-Kısa Semptom Envanteri	-.16

$N_{\text{Çocuk\&Ergen}} = 130$, $p < .05$.

Tabloya göre çocuk-ergen örnekleminin toplam ÇBASDÖ puanı ve toplam KSE puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Her iki ölçeğin alt ölçeklerine bakıldığında da benzer bir sonuç karşımıza çıkmaktadır. Grubun kendi içindeki KSE ile ÇBASDÖ arasındaki korelasyon katsayısı -0.16 olarak bulunmuştur.

Yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonucunda çocukların algıladıkları sosyal destek düzeyleri, çocukların ruhsal semptom sıklıkları üzerinde anlamlı bir yordayıcı olmamıştır, $R = 0.158$, $R^2 = .025$, $F(1, 128) = 3.295$, $p < .05$.

4.3.7. Tip-I diyabet tanısı almış çocuklara bakım verenlerin ruhsal belirti skorları ile çok boyutlu algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Tablo 19’da diyabetli çocuk-ergenlere bakım veren ebeveynlerinin ÇBASDÖ toplam puanları ile KSE toplam puanlarının korelasyonu yer almaktadır.

Tablo-19: Ebeveyn KSE ile ÇBASDÖ Korelasyonu

	Toplam-ÇBASDÖ
Toplam-Kısa Semptom Envanteri	-.31*

$N_{\text{Ebeveyn}} = 130, *p < .001$

Ebeveyn Kısa Semptom Envanteri toplam puanı ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanı arasındaki korelasyon katsayısı -.31 olarak tespit edilmiştir. Bu iki ölçek arasındaki korelasyonel ilişki negatif yönlü, anlamlı ve düşük düzeyde bir ilişkidir, $r = -.31, p < .001$. Buna göre ebeveynlerin algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça ruhsal belirtilerinin azaldığı söylenebilir.

Ayrıca KSE’nin alt ölçekleri olan Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik ve Hostilite alt ölçekleri ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı negatif yönde anlamlı korelasyon göstermiştir. En yüksek düzeyde korelasyon gösterdiği iki alt ölçek hostilite ($r = -.36, p < .001$) ve olumsuz benlik ($r = -.32, p < .001$) alt ölçekleri olmuştur. Bu değerler her ne kadar düşük düzeyde korelasyonu belirtse de bunlara bakılarak algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça hostilite ve olumsuz benlik semptomlarının azaldığı söylenebilir (Tablo 19).

Yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonucunda ebeveynlerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri, ruhsal semptom sıklıklarının üzerinde anlamlı bir yordayıcı olmuştur, $R = 0.306, R^2 = .094, F(1, 128) = 13.212, p < .01$.

4.3.8. Tip-I diyabet tanısı almış çocuklar ile onlara bakım verenlerin hastalığa yönelik öznel algılar puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık var mıdır?

Tablo 20, ebeveyn ile çocukların öznel algı formları puanlarının anlamlı ir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin tekrarlı ölçümler için ANOVA sonuçlarını içermektedir.

Tablo-20: Ebeveyn ve Çocuk Öznel Algılarının Karşılaştırılması

		Ebeveyn	Çocuk	Kareler Ortalaması	F	sd
Hastalığa İlişkin Öznel Algılar	<i>Ortalama</i>	15.41	11.06	1227.78	83.37*	1
	<i>S.S.</i>	4.42	4.64			

* $p < .001$

Çocuklar ile ebeveynlerinin hastalığı öznel algılamaları arasında anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir ($F [1, 129] = 83.37, p < .001$). Çocuk ortalama puanı 11.06; ebeveyn ortalama puanı ise 15.41'dir. Buna göre ebeveyn ortalama puanı çocuk puanından anlamlı düzeyde daha fazladır (Tablo 20). Buna göre anlamlı farklılığa dayanarak ebeveynlerin hastalığı daha ağır olarak algıladığı ifade edilebilir.

4.3.9. Tip-I diyabet tanısı almış çocukların ruhsal belirti skorlarında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık var mıdır?

Tablo-21: Çocukların KSE Değerlerinin Cinsiyete Göre Farklılıkları

Ölçek	Cinsiyet	Ortalama	SS	t
KSE	Kız	48.76	40.63	2.25*
	Erkek	34.21	32.30	
Anksiyete	Kız	11.56	10.63	2.62*
	Erkek	7.24	8.10	
Depresyon	Kız	11.79	11.41	1.96
	Erkek	8.31	8.80	
Olumsuz Benlik	Kız	9.93	10.54	2.44*
	Erkek	6.05	7.38	
Somatizasyon	Kız	6.81	5.93	1.20
	Erkek	5.58	5.71	
Hostilite	Kız	8.68	5.57	1.72
	Erkek	7.03	5.28	
BTİ	Kız	22.35	13.04	2.10*
	Erkek	17.66	12.43	
SRİ	Kız	1.96	.73	1.77
	Erkek	1.75	.64	

* $p < .05$

$N_{kız} = 68$, $N_{erkek} = 62$

Not: KSE = Kısa Semptom Envanteri; BTİ = Belirti Toplam İndeksi; SRİ = Semptom Rahatsızlık İndeksi.

Tablo 21'e göre kız çocuklar ile erkek çocuklar arasında toplam KSE puanları ile KSE'nin alt ölçekleri olan anksiyete ve olumsuz benlik alt ölçeklerinde anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Buna göre diyabetli kızların; diyabetli erkeklere göre daha fazla anksiyete semptomlarının bulunduğunu ve daha fazla olumsuz benlik algısına sahip olduklarını söylenebilir. Ayrıca bunlara ek olarak kız çocuklarının erkek çocuklarına göre daha fazla ruhsal belirti bildirdiği ve kız-erkek diyabetli çocuklar arasında belirti toplamlarına ilişkin anlamlı farklılık bulunduğu tabloda gösterilmektedir.

4.3.10. Tip-I diyabet tanısı almış çocuklara bakım verenlerin ruhsal belirti skorlarında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık var mıdır?

Tablo-22: Ebeveynlerin KSE Değerlerinin Cinsiyete Göre Farklılıkları

Ölçek	Cinsiyet	Ortalama	SS	t
KSE	Anne	61.35	40.83	3.17**
	Baba	33.32	34.05	
Anksiyete	Anne	14.81	11.46	2.87**
	Baba	7.72	9.19	
Depresyon	Anne	16.76	10.92	4.10***
	Baba	8.2	8.92	
Olumsuz Benlik	Anne	11.99	9.46	1.99*
	Baba	7.84	8.64	
Somatizasyon	Anne	8.89	7.84	4.58***
	Baba	3.52	4.35	
Hostilite	Anne	8.90	5.41	2.34*
	Baba	6.04	5.64	
BTİ	Anne	28.66	12.14	3.49***
	Baba	18.72	15.00	
SRİ	Anne	1.94	.77	1.89
	Baba	1.63	.65	

* $p < .05$; ** $p < .005$; *** $p < .001$

$N_{\text{Anne}} = 100$, $N_{\text{Baba}} = 25$

Not: KSE = Kısa Semptom Envanteri; BTİ = Belirti Toplam İndeksi; SRİ = Semptom Rahatsızlık İndeksi.

Ebeveynlerin KSE değerleri, cinsiyete göre incelendiğinde depresyon ve somatizasyon alt ölçeklerinde anne ile baba arasında $p < .001$ düzeyinde anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Buna göre annelerin babalara göre depresyon ve somatizasyon belirtilerini daha fazla gösterdikleri ortaya çıkmıştır. Toplam belirtileri açısından da yine anneler babalara göre daha fazla ruhsal belirti yaşadıklarını belirtmişlerdir. Benzer şekilde KSE toplam puanı da anksiyete alt ölçeği puanı da annelerde daha fazla çıkmıştır ve anne-baba arasındaki bu ortalama puan farkı $p < .005$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

4.3.11. Tip-I diyabet tanısı almış çocuklara bakım verenlerin hastalığa yönelik öznel algılar puanlarında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık var mıdır?

Tablo-23: Ebeveynlerin Öznel Algı Değerlerinin Cinsiyete Göre Farklılıkları

Ölçek	Cinsiyet	Ortalama	SS	t
Toplam Öznel Algı	Anne	15.74	4.54	2.15*
	Baba	13.64	3.49	
Hastalığın Aile Yaşantısına Etkisine İlişkin Algı	Anne	5.36	2.13	1.95*
	Baba	4.44	1.98	
Yaşamsal Tehdit Algısı	Anne	6.41	1.57	2.29*
	Baba	5.6	1.63	
Hastalığın Çocuk Üzerine Etkisine İlişkin Algı	Anne	3.97	1.66	1.50
	Baba	3.60	.91	

* $p < .05$

$N_{\text{Anne}} = 100, N_{\text{Baba}} = 25$

Ebeveynlerin hastalığa yönelik öznel algıları açısından cinsiyetlerine göre anlamlı farklılık olup olmadığına dair yapılan t-testi analizi sonucunda; toplam öznel algıları ile formun iki alt ölçeğinde anne-baba ortalamaları anlamlı farklılık göstermiştir. Buna göre anneler babalara göre diyabet hastalığının çocuklarının yaşamını daha fazla tehdit ettiğine ve hastalığın aile yaşantısını da daha çok etkilediğine ilişkin algıları mevcuttur. Diyabet söz konusu olduğunda anneler çocukları için babalardan daha fazla tehdit algılıyor denilebilir.

4.3.12. Tip-I diyabet tanısı almış çocuklara bakım verenlerin KSE değerlerinde maddi gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılık var mıdır?

Tablo-24: Ebeveynlerin KSE Değerlerinin Maddi Gelire Göre Farklılıkları

Ölçek	Maddi Gelir Düzeyi	Ortalama	S.S.	F
KSE	Düşük	78,67	46,22	5,09*
	Orta	51,79	37,99	
	Yüksek	33,33	32,27	

* $p < .01$

Ebeveynlerin maddi durumuna göre KSE skorları arasında anlamlı farklılık olup olmadığına dair yapılan analiz sonucu Tablo-24'te verilmiştir. Buna göre düşük-orta-yüksek düzeyde geliri olması ebeveynlerin ruhsal belirtilerinin olmasında anlamlı bir etkidir. Bu analiz sonucuna göre düşük gelirli aileler en fazla ruhsal belirti semptomu iletirken; orta gelir düzeyine sahip aileler daha az semptom bildirmiş; yüksek gelirli aileler ise en az ruhsal belirti bildirmişlerdir. Yapılan korelasyon analizine göre arada negatif yönlü ve $p < .005$ düzeyinde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = -.27$; $p < .005$). Buna göre gelir düzeyi arttıkça ruhsal belirti sıklığı azalmaktadır yorumu yapılabilmektedir.

BÖLÜM V

SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırma sonucunda alt problemlere ilişkin elde edilen bulgular, literatürdeki benzer ve farklı araştırma bulgularına dayanarak tartışma, sonuç ve öneriler sunulmaktadır.

5.1. Sonuçlar ve Tartışma

Araştırmamda 130 bakım veren ebeveyn ve bu ebeveynlerin eşlik ettiği 130 tip-I diyabetli çocuk ile birlikte toplam 260 kişi yer almıştır. Bunların 170'i kadın (%65), 90'ı (%35) erkektir. Diyabetli çocuk ve ergenlerin cinsiyetlerine göre dağılımlarına baktığımızda ise %52'ye (N=68); %48 (N=62) gibi birbirlerine çok yakın iki oran olduğunu görüyoruz. Taşkın ve arkadaşlarının (2007: 75) yapmış oldukları çalışmada erkek ve kızların tip 1 diyabet teşhisi konusunda eşit oranda bulduklarından cinsiyet yönünden farklılık görülmemektedir. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde cinsiyet diyabetliler için ayrı bir özellik olmamıştır. Vessey'e (1999) göre cinsiyet de çocuğun uyumuyla ilişkili bir başka aracı değişkendir. Kızlarda depresyon gibi içe yöneltilmiş belirtiler daha fazla gözlenirken, erkekler daha çok davranım sorunları gibi dışa yöneltilmiş davranışlar sergilemektedirler. Ancak bu çalışmada kız-erkek çocuk arasındaki sayısal oran anlamlı değildir. Bu nedenle iki farklı grup olarak değil yalnızca diyabetli çocuk-ergenler olarak diyabetli çocukları tek bir grupta toplanması uygun bulunmuştur.

Gökler (2008), ailelerle yapılan çeşitli araştırmalarda, kronik hastalığı olan çocukların gündelik bakımının genellikle anneler tarafından sağlandığına dair bilgi vermektedir. Bu çalışmada da bakım veren ebeveyn grubuna bakıldığında %78'i,

yani 130 kişinin 102 kişininin kadın olduğunu; bunların 100'ünün de çocukların anneleri olduğu tespit edilmiştir bu bilgi literatür verilerini de desteklemektedir (Çetinkaya, 2006; Kılıç, 2009; Gökler, 2008; Muslu, 2010).

Yapmış olduğum çalışmada diyabetli çocukların yaş ortalaması 11.96 olarak tespit edilmiştir. Tanı yaşlarının ortalaması ise en küçük tanı yaşı 6; en büyük tanı yaşı 17 olmak üzere 10.4 olarak bulunmuştur. Yılmaz (2006: 59), vakaların dörtte üçünde çocuk 15 yaşına gelmeden tanı konulmaktadır, demiştir. Çalışmamda yer alan 130 vakanın yalnızca 11 tanesi 15 yaş ve sonrasında tanı almıştır.

Literatürde yer alan bilgiye göre; diyabetin en sık görüldüğü yaş 5-7 yaş ve puberte dönemi (10-15 yaş grubunda görülme oranı daha yüksek) olmakla birlikte görülme sıklığı 5 yaşın altındaki çocuklarda da giderek artmaktadır (Selçukbiricik & Velibeyoğlu & Öztarhan & Palabıyık, 2005: 706). Ayrıca Dedik (2008), adolesan döneminde diyabetle ilişkili güçlükler orta adolesan döneminde başladığını ve uyumsuzluğun başlama yaşının ortalama olarak 14.8 olduğunu bildirmiştir. Bizim çalışmamızın içerisindeki grup ise yukarıdaki iki örneklemden de farklı özelliklere sahiptir. Örnekleme katılan çocukların hiç biri 5 yaş ve öncesi tanıya sahip değildi. Bunun nedeni çalışmaya katılan çocukların tanı yaşının ilköğretim çağına yakın olması ve bu çalışmada *yeni tanı* diyabetli olma şartının varlığı olabilir. Ayrıca çocukların ölçekleri kendi başlarına yanıtlamaları gerekliliği nedeniyle en az ilkokul mezunu çocuklar örnekleme oluşturmuştur.

Bu şartın başka bir sonucu olarak araştırmaya katılan hiçbir çocuğun üniversite öğrencisi veya okur-yazar kategorisinde yer almamış olmasını sunulabilir ($N_{\text{ilköğretim}}=102$; $N_{\text{Lise}}=28$; $N_{\text{Toplam}}=130$). En az ilkokul birinci sınıf düzeyinde eğitim şartı olması ve yeni tanı diyabetli şartı olması nedeniyle örneklem, ilköğretim ve lise düzeyi arasında kalmıştır. Yine bu sebeple literatürde geçen “çocuğun tanının koyulduğu sıradaki kronolojik yaşı ve gelişimsel düzeyi, psikolojik sorunların ortaya çıkması ve gelişmesinde rol oynamaktadır. Doğumdan başlayarak bir kronik hastalıkla yaşayan çocuğun durumuyla, daha sonradan bir hastalık tanısı alan çocuğun durumunda

farklılıklar söz konusudur (Vessey, 1994)” bilgileri bu araştırmada kanıtlanamamıştır.

Bu çalışmada çocukların hastalığa uyumları ile cinsiyeti arasında fark olup olmadığına dair yapılan analizler sonucunda algıladıkları sosyal destek ile hastalığa yönelik öznel algılarının cinsiyete göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Yalnızca KSE ve KSE'nin bazı alt ölçeklerinin sonuçları kız ve erkek çocuklarda anlamlı farklılık göstermiştir. Taşkın'ın (2006) çalışmasında ise kadın hastaların tedaviye uyumunun daha iyi olduğu görülmüştür. Tedavi için önce hastalığın varlığının kabul edilmesi gerektiği açıktır. Bu nedenle araştırmamda yeni tanı diyabetliler için kız çocuklarının, uyum süreci içinde karşılaşmayı beklediğimiz yönde tepkiler gösterdiklerini söylemek mümkündür. Bilindiği gibi tanının açıklanmasını izleyen dönemde hastalar hastalığı inkar etme, isyan etme, hastalıkla uzlaşma, üzüntü ve kendini geri çekme, kabullenme, adaptasyon ya da anormal adaptasyon gibi duygu ve durumları yaşayabilirler. Pınarlıgil'in (2008) 69'u kadın, 72'si erkek 141 diyaliz hastasıyla gerçekleştirilen çalışmasında erkek katılımcılar ile kıyaslandığında kadın katılımcıların depresyon puanlarının daha yüksek olduğu, algıladıkları sosyal destek puanları ve öz yeterlik puanlarının ise daha düşük olduğu saptanmıştır.

Kronik hastalığı olan çocukların annelerinin, bu çocukların babalarına ve sağlıklı çocukların annelerine kıyasla psikolojik sorunlar açısından daha fazla risk altında olduklarına dikkat çekilmektedir (Midence, 1994). Bu çalışmada da diyabetik çocukların anneleri babalarına kıyasla daha fazla ruhsal belirti bildirmiştir. Aynı şekilde anneler babalara göre hastalığın daha ağır bir hastalık olduğuna ilişkin güçlü algılara sahiptirler. Ancak sosyal destek algıları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemiştir. Korkmaz'ın (2008) 50 kadın, 76 erkek KOAH'lı ile yaptığı çalışmada kadın hastalardaki arkadaş desteğinin erkek hastalardaki arkadaş desteğinden yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < .05$).

Genç yaşta anne-baba olma, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyin düşük olması gibi anne-babaya ilişkin bazı sosyodemografik özelliklerin risk etkeni oluşturduğu ileri sürülse de, bu konudaki araştırma bulguları çelişkilidir (Gökler,

2008). Araştırmamda ebeveynlerin yaş ortalaması 38.19 iken; eğitim durumları ise üniversite mezunu 24 kişi; lise mezunu 32 kişi; orta okul, ilkokul ve okur-yazar olanların sayısı ise 74 kişidir. 103 kişi gelir durumunu orta düzeyde olduğunu ifade etmiştir. Ancak bu noktada kişilerin çoğunluğunun (%79.2) gelir durumu için *orta düzeyde* deme eğilimi içinde oldukları izlenmiştir. Üniversite mezunları içerisinde 6 kişi haricinde diğer bakım veren ebeveynler orta yada düşük gelir durumu kategorisine dahil olmuştur. Kişisel bilgi formunda ailenin gelir düzeyi bilgisini almak üzere “düşük-orta-yüksek” gibi öznel ifadeler yerine; “asgari ücretten başlanarak artan” nesnel seçenekler konulmuş olsaydı; bireylerin algıları yerine elle tutulur net bilgiyi edinme imkanı olabilirdi.

Çocukların yaşı ile hastalığa uyumları arasında bu çalışmada anlamlı bir fark bulunamamıştır. Boekaerts’in (1999) sosyal uyumu araştıran çalışmalarında kronik hastalığı olan çocukların yaşıt ilişkilerinin sağlıklı çocuklardan daha kötü olmadığı belirtilmiştir. Ancak hastalığa bağlı faktörlerin bu ilişkileri etkileyebileceği kabul edilmektedir. Araştırmamda diyabeti bulunmayan bir kontrol grubu ele alınmış olsaydı bu alanla ilgili fikirlere sahip olunabilirdi.

Bu araştırmada diyabetli çocukların %47.7 ‘si (n= 62) ailenin ilk çocuğudur. Toparlak’ın 1989 yılında yapmış olduğu çalışmasında da diyabetli çocuklardan oluşan örneklemin %47.2 ‘si (n=17) ailenin ilk çocuğudur.

Analiz sırasında dikkat çeken bulgulardan bir tanesi bakım veren bireylerin diyabete ilişkin bilgilerindeki sınırlılıktı. Bakım veren ebeveynlere kendi çocukları diyabet tanısı almadan önce tip-I diyabetle ilgili bilgi sahibi olup olmadıkları sorulmuştu. Bu soruda ebeveynlerin %69’a yakını hastalıkla ilgili hiç bilgisi olmadığını yada sadece adını duyduklarını ifade etmişlerdir. Oysa günümüzde obezite, diyabet gibi hastalıklarla karşılaşma olasılığımız giderek artmaktadır. Güncel olarak bu tür haberlerle sıklıkla karşılaşmaktayız. Fakat buna rağmen ebeveynlerin büyük çoğunluğu hastalıkla ilgili net bilgilere sahip değiller.

Bunun yanı sıra hastalıkla ilgili geçmiş tecrübeler; örneğin akrabalarda diyabet olması gibi; kişilerin bu konuda bilgili olacağına dair bir kanı oluşturmuştur. Ancak akrabalarında diyabet tanısı ile izlenen 34 ebeveynden 15'inin hastalıkla ilgili bilgisinin hiç olmaması veya az olması ebeveynlerde öngördüğümüz sonuçlardan değildir.

Eğitim durumunun çocuklarının rutin kontrolleri için tercih edilen hastanelere göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Üniversite mezunu 24 ebeveynden 21 tanesinin, üniversite hastanelerini çocuklarının takibi için tercih ettiği ortaya çıkmıştır.

Kılıç (2009), fiziksel engelli çocuk aileleriyle yaptığı çalışmada bakım vericilerin ruhsal belirti ölçeği toplam puanı ve alt grup puanları ailenin gelir düzeyinden etkilenmediğini bulurken bu çalışmada ailelerin gelir düzeyi ile KSE toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

En geç 3 yıl önce diyabet tanısı almış çocuk ve ergenler ile bakım verenlerinin, algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve kısa semptom envanteri puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

Aile bireylerinin tümünün; özellikle de annenin çocuklarının hastalığı ile ilgili daha fazla bilgi sahibi olmaları, çocuklarının hastalığa uyum sağlamaları ve psikolojik sağlıkları açısından önemlidir. ÇBASDÖ alt ölçek puanlarının birbiriyle korelasyonuna bakılacak olursa; sosyal destek puanları korelasyonları içerisinde en yüksek düzeyde, pozitif ve anlamlı ilişkinin *Aile* alt ölçeğinde olduğunu söylemek mümkündür, $r=.32$, $p<.001$. Aile işleyişinden etkilenen çocuk, ebeveynlerin ailesinden almış olduğu sosyal destek düzeyi ile ilişkili biçimde kendisi de aile kaynaklı sosyal destek algıladığını ifade etmiştir. Çocukların KSE toplam puanları ile BT indeksi puanları göz önüne alındığında ebeveyn sosyal destek ölçeği korelasyonlarında dikkat çeken bazı noktalar mevcuttur. Buna göre ebeveyn tarafından algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça çocuktaki ruhsal belirti sıklığı azalacaktır; veya çocuktaki ruhsal belirti sıklığı azaldıkça ebeveynin algıladığı sosyal

destek düzeyi artacaktır. Ölçeklerin ikisi de, iki grup açısından ters yönde korelasyon göstermiştir. Buna göre çocukların algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça ebeveyndeki ruhsal belirtilerin sıklığı ve yoğunluğu da azalacaktır.

Bu çalışmada hastalığı uyum kriteri olarak alınan nokta; KSE, ÇBASDÖ ve Hastalığı Öznel Algılar Formu ölçekleri ile bunların arasındaki istatistiksel ilişkidir. Muslu (2010), sosyal destek, aile ve arkadaş desteğinin tedaviye uyumla tutarlı bir şekilde uyumlu olduğunu iletmiştir. Bu nedenle uyum Demirtaş'ın (2005) Tip-2 Diyabetiklerle yapmış olduğu çalışmada uyumu ölçebilmek için kullanılan noktalar hastalık yılı ile kişilerin insülin kullanım sıklıkları olmuştur. Buna göre hastalık yılı arttıkça Tip-2 diyabetli bireyler daha sık insülin kullanıyor; yani hastalıklarına daha iyi uyum sağlıyorlardır. Ancak bu çalışma yeni tanı diyabetliler ile yapıldığı için bu tarz bir kriter irdelenememiştir.

Bayramova (2004), 132 kronik hastalığı olan bireyle yaptıkları araştırma sonucunda kişilerin, %86.4'ünün hastalığının aile içi rollerini, %87.1'i sosyal yaşantısını etkilediğini bildirmiştir.

Hastalık algısı kişinin psikolojik uyumundan hastalığın seyrine kadar bir çok alanı etkileyen önemli bir değişkendir (Armay, 2006). Bu nedenle öznel algılara ilişkin bulgular ile bu bulguların diğer etmenlerle ilişkisi bizim araştırmamızda da ayrıntılı incelenmiştir.

Alacacioğlu'nun (2007) 330 kanser hastası ve 330 hasta yakını ile İzmir'de yapmış olduğu çalışmada hastaların Beck depresyon ölçeğine göre 96'sında (%29,1) orta derecede, 60'ında (%18,2) ciddi olmak üzere toplam 156'sında (%47,3) depresyon mevcut olduğu, hasta yakınlarının ise 71'inde (%21,5) orta derecede 24'ünde (%7,3) ciddi derecede olmak üzere toplam 95'inde (% 28,8) depresyon bulunduğu saptanmıştır.

Tip-I diyabet tanısı almış çocukların ruhsal belirti skorları ile hastalığa ilişkin öznel algıları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Bu çalışmaya göre çocukların algıladıkları yaşamsal tehdit algısı arttıkça ruhsal belirtinin veya semptom sıklığının da arttığı söylenebilir, $r = .41$, $p < .001$. Aynı şekilde hastalığa yönelik öznel algı ölçeği ve alt ölçeklerinde artış söz konusu olduğunda semptom sıklığı veya ruhsal semptomların niceliksel anlamda artış gösterdiği söylenebilir. Bunun nedeni çocukların hastalıklarını, yaşamlarını tehdit eden bir unsur gibi algılamaları olabileceği gibi ruhsal semptomların varlığı da hastalığı *ağır* algılamalarında etkili olmuş olabilir.

Ak (2009), sağlıklı ergenler ve Tip-I DM'li ergenlerle yapmış olduğu ölüm kaygısı araştırmasında; sağlıklı ergenlerin diyabetlilere göre ölüm kaygısı puanlarının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Ayrıca kız çocukların (hem sağlıklı grupta hem de diyabetik grupta) ölüm kaygısı puanları erkeklere göre daha yüksek çıkmıştır. Bunun bir nedeni de sosyo-kültürel yapının kızlar ile erkeklere biçmiş olduğu roller olabilir. Aynı araştırmaya göre diyabetik ergenlerin hastalık süreleri ile ölüm kaygıları değişmektedir. Ancak araştırmada yapmış olduğum analizler sonucunda hastalık süresi (max.3 yıl) diyabetiklerde herhangi bir alt ölçekle ilişkili bulunmamıştır.

Karabel (2006) 85 diyabetli adölesanla yapmış olduğu çalışmasının sonucunda çocukların yarıdan fazlasının benlik saygısının yüksek olduğunu bulmuştur. Tedaviye uyum sağlayan diyabetli çocukların sosyal çevreleri ve diyetlerine de uyum sağladıkları görülmüştür.

Kumcağız (2007) erkeklere göre kadınların diyabetin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini daha derinden yaşadıklarını ve özellikle komplikasyonlar ve hipoglisemi hakkında daha fazla kaygı duyduklarını belirtmektedir.

Tip-I diyabet tanısı almış çocuklara bakım verenlerin ruhsal belirti skorları ile hastalığa ilişkin öznel algıları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Buna göre ebeveynlerin çocuklarının hastalığına ilişkin algıladıkları ağırlık arttıkça ruhsal belirtilerinin de arttığı söylenebilir. KSE ile Hastalığa Yönelik Öznel

Algılar Formunun tüm alt ölçekleri arasında en yükseği .47 ile ölçek toplam puanı olmak üzere olumlu yönde ilişkili bulunmuştur. Ebeveynler hastalığın aile yaşantısı üzerinde ne kadar yüksek düzeyde etki algılsa ruhsal belirtileri de o denli fazla olmaktadır. Ebeveynler hastalığın aile yaşantılarını olumsuz yönde etkilediğinde, çocuklarının da hastalıklarını daha ağır algıladıklarını düşünmektedirler.

Akman (2006) çalışmasında 75 epileptik nöbet geçiren çocuk annesinin tükenmişlik düzeyini 75 sağlıklı çocuk annesiyle benzer yaşantılar yaşadıkları şeklinde yorumlamıştır. Buna ek olarak sağlıklı çocuğu olan annelere kıyasla epileptik nöbet geçiren çocuklara sahip annelerin kişisel başarı alt ölçeği puanları daha yüksek çıkmıştır. Kronik hastalıkla mücadelenin sürekli oluşu ve/veya bu çocukların genel sağlık durumlarıyla kişisel başarılarını eşleme sonucunda anneler bu tür duygular hissediyor olabilir.

Alacacioğlu (2007) 660 kişilik örneklem grubunda depresyon ve anksiyete düzeylerini etkileyen faktörler açısından baktığında, kadınlarda, düşük ekonomik ve düşük eğitim düzeyine sahip olanlarda, anlamlı düzeyde yüksek bulmuştur. Ayrıca kanser hakkında bilgi sahibi olmanın hastalarda depresyon düzeylerini düşürdüğünü gözlemiştir.

Gürbüz'ün (2009) Erciyes Üniversitesi'nde Çocuk Nefroloji Klinik ve Polikliniği'nde izlenen 46 çocuğun ebeveynleri ile yürüttüğü çalışmada, annelerin depresyon puan ortalamaları 21.53 ± 13.82 , babaların 18.83 ± 13.41 olarak bulmuştur ($p>0.05$). Araştırmada, annelerin depresyon puan ortalamalarının babalardan daha yüksek olduğu, ancak aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı saptanmıştır. Gürbüz bu sonucu annenin, uzun süre çocuğun bakımındaki rutinlerin dışına çıkamaması ve aile içinde yeterli fonksiyon görememesine bağlamaktadır.

Tip-I diyabet tanısı almış çocukların çok boyutlu algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile hastalığa yönelik öznel algıları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Çocukların hastalığın yaşamı tehdit ettiğine yönelik algıları arttıkça, aile yaşantısına etki ettiği yönündeki algıları da artmaktadır. Bunun yanı sıra toplam algılanan sosyal destek arttıkça, yaşamsal tehdit algısının azalmakta olduğu söylenebilir. Özellikle arkadaş ve aile sosyal desteğinin artıyor olması çocukların yaşamsal tehdit algılarının düşmesine imkan sağladığı yönünde sonuçlar edinilmiştir. Sosyal desteğin önemi bu noktada da vurgulanmalıdır. Taşkın (2006) da, aileden ve arkadaşlardan tedaviye uyulması için gelen desteğin son derece önemli olduğunu belirtmiştir.

Yapılan bazı çalışmalarda ise; “diyabetli çocuklar, kendileriyle ilgilenmek zorunda olmaktan dolayı, başkalarına ilgi gösterememekte, yaşlılarına açılmamaktadırlar. Bu nedenle, sosyal açıdan önemli güçlükler yaşayabilmektedirler (Croake ve Myers, 1984). Kronik hastalık, çocukların olumlu bir benlik algısı oluşturmalarını da engellemektedir (Yan, Kantawang ve Yinghua, 1999)” denmektedir.

Kronik hastalığa uyumda, yaşın da önemli bir değişken olduğu üzerinde durulmaktadır. Okul dönemi çocukları daha çok okul başarısı konusunda zorluk çekerken; ergenlikte, sosyal uyumla ilgili sorunlar ağır basmaktadır (Eiser, 1999). Çocukluk dönemi kronik hastalıklarına uyum ile yaş arasındaki ilişkiden söz ederken, ergenlik dönemine daha ayrıntılı değinmekte yarar vardır. Çocukların yaşı ile hastalığa uyumları arasında bu çalışmada anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Yapılan çalışmalarda sosyal desteğin, hastalığa psikososyal uyumun belirleyicisi olduğu ve sosyal destek varlığının hastalığa uyumu olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (Öyke, 2008). Ayrıca empatik ve maddi sosyal destek alan kronik hastaların benlik saygısının da fazla olduğu sonucu araştırma sonuçlarında yer almaktadır (Mutlu, 2007).

Uyumu yordamak adına bu araştırmada kullanılan hastalığa yönelik öznel algılar formu ile sosyal destek ölçeği sonuçlarına göre yaşamsal tehdit algısını özellikle arkadaş ve aile desteğinin azaltmakta anlamlı olarak etkili olduğu saptanmıştır.

Tip-I diyabet tanısı almış çocuklara bakım verenlerin çok boyutlu algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile hastalığa yönelik algıları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Yapılan korelasyon analizi sonuçlarına bakıldığında ebeveynler için arkadaş desteği algısı arttıkça, hastalığın aile yaşantısına etkisine ilişkin olumsuz yöndeki algıların da azaldığı söylenebilir, $r = -.22$, $p < .05$. Sosyal desteğin önemi bu sonuçla da doğrulanmaktadır. Bunun sebebi ailenin sosyal çevreden yani arkadaşlarından çocuklarının hastalığı sonrasında gördüğü destek, hastalığın aile yaşantısı üzerine fazla etki etmeyeceğine dair bir algı doğurmaktadır. Arkadaş desteği görememek ise hastalık sonrası aile yaşantısının ağır koşullar nedeniyle etkileneceğine dair bir algı yaratabilmektedir.

Cinsiyete göre sosyal destek algısında farklılaşma bu çalışma için görülmemiştir. Günay Molu (2008) da çalışmasında hasta yakınlarının ÇBASDÖ düzeylerinin cinsiyetlerine göre farklılaşmadığını ifade etmiştir. Gelir düzeyi ile ÇBASDÖ arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Fakat Molu (2008), asgari ücret altı geliri olan hasta yakınlarının aile desteği, arkadaş desteği ve toplam sosyal destek puanlarının düşük, asgari ücret düzeyinde geliri olanların aile desteği ve toplam sosyal destek puanlarının yüksek olduğunu saptamıştır.

Uyuma ilişkin Altıparmak'ın (2009) huzurevinde yapmış olduğu çalışmada da sosyal destek ile yaşam doyum arasında pozitif yönlü bir korelasyon bulunmuştur. Ayrıca arkadaş desteği bu çalışmaya katılan ortalama 73 yaşındaki bireyler için de önem arz etmektedir.

Çetinkaya (2006) bakım verenlerle yaptığı çalışması sonucu; bakım vermenin bireylerin rol değişimi, sosyal izolasyonu gibi ihtimaller içerdiği için, bireylerin diğer aktivitelerini ve planlarını gerçekleştirmelerini engelleyebileceğini ifade etmiştir.

Tip-I diyabet tanısı almış çocukların ruhsal belirti skorları ile çok boyutlu algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Yapılan korelasyon analizi sonucu çocukların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile ruhsal belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Verilere bakıldığında negatif yönlü bir ilişkiden bahsetmek mümkündür. Ancak bu ilişki istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

Öz'ün (2009) yapmış olduğu araştırmaya göre, diyabetli çocuklarda benlik saygısı sağlıklı çocuklara göre daha düşükken, hastalık yaşı 0 ile 3 arasında olan diyabetli çocukların benlik saygısı görece daha yüksektir. Bu araştırmada kız ve erkek çocuklar arasında KSE alt ölçeklerinden *olumsuz benlik* alt ölçeği puanları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Bulgulara göre kız çocuklar erkek çocuklara göre daha fazla olumsuz benlik semptomu bildirmiştir.

Gültekin ve Baran'ın (2005) kronik ve akut hastalığı olan 154 çocukla yaptıkları çalışmaya göre kronik hastalığı olan çocukların diğerlerine göre daha dıştan denetimli olduklarını söylemek mümkündür. Kronik hastalığı olan çocukların, akut hastalığı olanlara göre daha dıştan denetimli olmaları; uzun ve zor bir tedavi süreci geçirmekte oldukları için bu problemlerin kaynağını dışarıda arıyor olduklarını düşündürmektedir. Akranlarından bu denli farklılık gösteren, zorluklarla dolu bir dönem geçiriyor olmaları, zaman zaman ailelerinden ve ev ortamından, arkadaşlarından ayrı bir yaşam sürmelerini kendilerine verilmiş bir ceza olarak algılayabilmektedirler. Araştırmaya dahil edilen çocukların anne öğrenim düzeyinin düşük olmasının çocuklarda daha fazla sorun oluşmasına zemin hazırladığı görülmektedir. Fakat araştırmamda anne-baba eğitim düzeyiyle çocukların sosyal destek algıları ya da ruhsal belirti skorları arasında ilişki bulunamamıştır.

Taşkın (2006) çalışmasında, diyabet tedavisine uymamanın nelere mal olabileceğinin doğru algılanamamasının (yetersiz risk algısı), tedaviye uyumu olumsuz yönde etkilediğini belirtmektedir. Taşkın'ın (2006) çalışmasında hastaların

risk algısı oldukça yüksek olarak dile getirilmiştir. Çalışmasında risk algısının artmasını diyabet komplikasyonunun gelişmesi ile ilişkilendirmiştir.

Tip-I diyabet tanısı almış çocuklara bakım verenlerin ruhsal belirti skorları ile çok boyutlu algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Ebeveynlerin algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça ruhsal belirtilerinin azaldığını aradaki negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunan korelasyona bakarak söyleyebiliriz, $r = -.31, p < .001$.

Taşkın'a (2006) göre, tedaviye uyum ile ilgili araştırmalar, sağlıkla ilgili inançların uyum ile ilgili önemli bir belirleyici olduğunu göstermektedir. Çeşitli hasta gruplarında ve farklı bakış açıları ile yapılan pek çok çalışma, özellikle bir "sağlık inancı" olarak algılanan "tehdit"e, tedaviye uyum açısından büyük önem vermektedir.

Gökler (2008) zamanla akut stres durumu yatıştıkça, belirtilerin azaldığını, anne-babaların uyuma yönelik başa çıkma düzenekleri geliştirebildiklerini ifade etmektedir. Oysa bu araştırmada tanı yaşı ile anne babaların uyumu arasında anlamlı bir ilişki çıkmamıştır. Bunun nedeni muhtemelen diyabet tanısının üzerinden fazla zaman geçmemiş olması (maksimum tanı yaşı 3'tür) olabilir.

Toros, Tot ve Düzovalı 2002 yılında 61 çocuk-ergen ve onların anne-babalarıyla bir çalışma gerçekleştirmiştir. 3 gruba ayırdıkları örneklemin 1. grubu kanser hastası çocuklar ve ebeveynleri; 2. grup diyabet gibi kronik hastalığı olan çocuklar ve ebeveynleri; 3. grup ise sağlıklı çocuklar ile ebeveynlerinden oluşmuştur. Bu çalışmaya sonucunda yine annelerin depresyon bulguları babalardan daha fazla çıkmıştır. Ancak 2. ve 3. gruptaki anne-babalar ruhsal bozukluk tanısı almazken; 1.gruptaki ebeveynlerin bir kısmının depresyon bulguları olduğu ortaya çıkmıştır.

Kılıç'ın (2009) çalışmasında yine sosyal destek vurgulanmaktadır. Engelli çocuğa bakım veren aile üyelerinin KSE puanları eğer farklı bir üyeden destek alıyorsa; almayan ebeveynlere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

Sonuç olarak, kronik hastalığın çocuk ve aile için ruhsal açıdan bir risk faktörü olduğunu pek çok çalışma göstermektedir

Tip-I diyabet tanısı almış çocuklar ile onlara bakım verenlerin hastalığa yönelik öznel algılar puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık var mıdır?

Gökler (2008) tarafından geliştirilmiş olan bu formda çocuklar ile ebeveynlerinin hastalığı öznel algılamaları arasında anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir ($F [1, 129] = 83.37, p < .001$). Çocuk ortalama puanı 11.06; ebeveyn ortalama puanı ise 15.41'dir. Ebeveyn ortalama puanı çocuk puanından anlamlı düzeyde daha fazladır. Buna göre anlamlı farklılığa dayanarak ebeveynlerin hastalığı daha ağır olarak algıladığı ifade edilebilir. Verilere dayanarak bakım veren ebeveynlerin hastalığı, diyabetli çocuklarından daha ağır gördükleri söylenebilir.

Gökler' in (2008) yapmış olduğu çalışma sonucu gruplar arası karşılaştırmalarda, anne ve babaların hastalığa ilişkin öznel algılarının, çocuklarıninkinden daha olumsuz olduğu ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte anneler ve babaların algıları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çocuğa birincil bakım veren kişiler olarak hastalığın ele alınışı ve tedavinin uygun biçimde yürütülmesinde temel sorumluluk anne ve babanın üzerindedir. Gökler'e (2008) göre anne ve baba hastalığın ağırlığı, seyri, tedavinin zorlukları konusundaki her türlü bilgiye doğrudan maruz kalmaktadırlar. Hastalıkla ilgili olarak çocuklara aktarılan bilgiler ise, onları korumak adına korku, kaygı ya da yoğun üzüntüye yol açacak öğeler elenerek çok daha yumuşatılmış, elekten geçirilmiş biçimde sunulmaktadır.

Bu araştırmanın dayandığı hipotez, bakım veren bireylerin diyabetli çocuklardan çok daha fazla hastalıktan ve onun yüklerinden etkilendikleri yönündeydi. Bu

anlamda araştırma bulgularının hipotezi doğruladığını söylemek mümkündür. Ailenin algıladığı sosyal desteğin düşük olması, bilgilerinin çocuktan daha fazla olması, yaşamsal tehdit algılarının fazla olması, hastalığa yönelik daha olumsuz bir algının bulunması gibi özellikler de bakım veren bireylerin ruhsal belirtilerinin artması ile sonuçlanan bir sürece aileleri götürmektedir. Bununla birlikte, özellikle ergenlik dönemindeki çocuklar, benlik imgesini koruyabilmek ve geleceğe ilişkin kaygılarını bastırabilmek için savunma mekanizması nedeniyle hastalığa ilişkin gerçek algılarını yansıtmıyor olabilirler. Bunlara ek olarak, çocuklar ailedeki rollerin değişiminden duydukları rahatsızlık nedeniyle de *kötü değilim* imajını aileye kabul ettirmeye çalışıyor olabilir. Bu tutuma itilmesi çocuğun paylaşamadığı veya yarım bırakacağı bir yasin sebebi haline de gelebilir. Tüm bu yadsıma çabaları sonucunda ise sağlıklı aile işleyişini engelleyebilecek problemler ortaya çıkacaktır.

5.2. Öneriler

Araştırmanın bulguları ışığında;

Uyum süreci sağlık davranışlarında etkilidir. Bu araştırmada çocuklar ile ailelerinin uyum sürecini etkileyen ve geliştiren etmenlerin araştırılmasının, bulguların çocuklarda veya ailelerinde kullanılarak onların sağlık bakım davranışlarının geliştirilmesi ve tedavi sürecinde hastalıkla yaşamalarında önemli bir değişken olduğu kesinlikle unutulmamalıdır. Sosyal desteğin yokluğu ise çocuk ve ergenlerde fiziksel ve duygusal sorunlar açısından bir risk etkenidir (Gökler, 2008). Aynı zamanda araştırmamda verilerden elde ettiğim bulgulara göre aileler için de sosyal destek ruhsal belirtilerin azalması ve sosyal izolasyon algısının hissedilmemesi için önem arz etmektedir. Sosyal olarak desteklenmediğini hissetmek hastalığı kabul sürecinin uzamasına ve uyum sorunlarıyla beraber sosyal izolasyona varan bir sürece aileleri sürükleyebilmektedir.

Diyabetik bireyin kişilik yapısını anlayarak farkındalık kazanması ve geleceğe ilişkin umutsuzluğunun azaltılması için yapılacak psikolojik danışmanlık ve rehberlik hizmetleri diyabetin kontrolünün sağlanmasında bireyin önemli bir

destekleyicisi durumundadır. Ancak çalışma sonucunda görülmüştür ki yalnızca Tip-I diyabetli bireyin değil, aynı zamanda bu bireye bakım veren ebeveynlerin de rehberlik ve hatta psikolojik desteğe gereksinimi vardır. Hatta bakım veren ebeveynler tanı sonrası kendilerini çocuklarından daha yalnız hissetmişler ve daha fazla ruhsal belirti göstermişlerdir.

Kişinin sağlık durumu ile davranışları arasındaki güçlü bağlantı konusunda giderek artan kanıtlar, diyabet gibi kronik hastalıkların davranışsal bozukluklar olarak ele alınabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle diyabet için tıbbi çözümler kadar davranışsal müdahaleler de gereklidir (Güner, 2002). Meme kanserli kadınlar ile ailelerinin izlemesi gereken adımlardan ilkinin, aile ortamında bu konunun tartışılması ve bu hastalıkla beraber değişecek olan aile yaşamına adapte olmak adına ortak sonuçlara varılmasının gerekli olduğu vurgulanmıştır. Aile bireylerinin sağlıklı iletişim kurması çok önemlidir. Aksi takdirde gelişecek travma, aileyi çıkmaza sokabilir (Güner, 2002). Bu sebeple aile işleyişi üzerine yapılacak programlı eğitim faaliyetleri hem diyabetli çocuk için hem de aile dinamikleri için güçlendirici rol oynayabileceği düşünülmüştür.

Diyabette bireysel yönetimin sağlanabilmesi için diyabet merkezlerinde planlı eğitim programlarının ve izlemlerin uygulanması, diyabet bakım ve tedavisinde aksamalara neden olabilecek yetersiz savunma noktalarının belirlenmesi ve doğru stratejilerin hastaya verilmesi ve rutin bir program halinde bu bilgilerin diyabetli kişi ve ailesine verilmesi gerekmektedir. Diyabet geniş bir bilgi birikimi gerektiren ve bu bilgilerin sürekli yenilendiği bir alan olması nedeniyle burada çalışan sağlık ekibinin yeterliliklerinin periyodik olarak izlenmesi önerilebilir. Literatür bilgileri kronik hastalıklarda verilen eğitimin hasta kişi ile onunla birlikte yaşayan diğer bireyler için semptom azaltma ve yaşam kalitesini artırma gibi olumlu geri bildirimleri olduğunu iletmektedir (Besler, 2006; Erem, 2005; Karaca Sivrikaya, 2006; Kartal, 2006).

Araştırmanın sunduğu bilgiler ışığında diyabete uyum için hazırlanması düşünülen eğitim programının çocuğa bakım verenler içerisinde özellikle “anne grubuna” yönelik oluşturulabilir.

KAYNAKÇA

Adaylar, M. (1995). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığıdaki Tutum, Adaptasyon, Algı Ve Öz-Bakım Yönelimleri. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Akduman, S., (2003), Farklı Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Öz Bakım Güçlerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Akın, S. (2003). Kalp Yetmezliği Hastalarının Psikososyal Uyumunun Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Akman, S. (2006). Epileptik Nöbet Geçiren – Sağlıklı Çocuğu Olan Annelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Farklı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Alacacıoğlu, A. (2007). Kanser Hastaları Ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk Ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Altıparmak, S. (2009). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu, Sosyal Destek Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler. **Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi**. 23 (3): 159-164.

Altunbaş, F. (2005). Astım Hastalarında, Hastalığa Uyum İle Algılanan Sosyal Destek, Stresle Başa Çıkma Tarzı, İyimserlik Ve Açıklama Biçimi Arasındaki İlişkiler. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Altuntaş, Y. ve Yenigün, M. (Ed.). (2001). **Diabetes Mellitus'un Tanımı, Tanısı Ve Sınıflaması. "Her Yönüyle Diabetes Mellitus"**. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. S.51-62.

American Academy Of Pediatrics. (1993). **Psychosocial Risk Of Chronic Health Conditions In Childhood And Adolescence**. Illinois. 92:876-877.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2001). **Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı**. (4. Basım). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik. **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**. 9(2):67-73.

Arıncı, H. (1991). **İstatistik Yöntemler ve Uygulamalar**. Ankara: Meteksan Yayınları.

Armay, Z. (2006). Hastalık Algısı Ölçeğinin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Balcı, A. (2005). **Sosyal Bilimlerde Araştırma**. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

Batlaş, A., ve Batlaş Z., (2004). **Stres Ve Başa Çıkma Yolları**. İstanbul: Remzi Kitabevi. 30-80.

Bayramova, N., ve Karadakovan, A. (2004). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Umutsuzluk Durumlarının İncelenmesi. **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**. Cilt: 7, Sayı: 2, 2004.

Besler, D. (2006). Prediyabetik Bireylerde Tip 2 Diyabet Gelişiminin Engellenmesi İçin Verilen Yaşam Tarzı Değişikliklerine Hasta Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Saptanması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.

Boekaerts, M., Roder, I. (1999). **Stress, Coping And Adjustment İn Children With A Chronic Disease: A Review Of The Literature**. **Disabil Rehabil.** 21(7):P.31-37.

Boling, W. (2005). The Health Of Chronically İll Children: Lessons Learned From Assessing Family Caregiver Quality Of Life. **Family Community Health.** 28 (2), 176-183.

Botemmmley, A. (2002). The Cancer Patient And Quality Of Life. **The Oncologist** 7. 120–125.

Buzlu, S. ve Erdoğan, S. (Ed.). (2002). **Diyabetin Psikososyal Boyutu. Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler**. İstanbul: Yüce Reklam/Yayım/Dağıtım A.Ş. S.195-203.

Büyüköztürk, Ş. (2002). **Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı**; İstatistik, Araştırma Deseni, Spss Uygulamaları Ve Yorum. Ankara: Pegem- Akademi Yayınları.

Büyüköztürk, Ş. (2008). **Bilimsel Araştırma Yöntemleri**. Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

Can Özcan, M. (2010). İstismar Ve İhmalin Çocuklar Üzerindeki Fiziksel Ve Psikolojik Etkilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Canam, C. (1993). Common Adaptive Tasks Facing Parents Of Children With Chronic Conditions. **Journal Of Advanced Nursing.** 18, 46-53.

Cin, S. (2009). Oral Kemoterapi Tedavisi Alan Hastalara Verilecek Planlı Eğitimin Tedaviye Uyuma Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Cook, Ja., Picett, Sa., Cohler, Bj. & Et Al. (1997). Families Of Adults With Severe Mental İllness. The Next Generation Of Research: Introduction. **Am J Orthopsychiatry**, 67:172-176.

Coyne, J.C. Ve Downey, G. (1991). Social Factors İn Psychopathology: Stres, Social Support And Coping Processes. **Annual Rewiew Of Psychology.** 43. 401-425.

Çakır, Y., ve Palabıyıkoglu, R. (2005). Gençlerde Sosyal Destek-Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirlik Ve Geçerlik Çalışması. **“Kriz Dergisi”**. (5):1 15-24

Çavuşlu, E. (2003). Tip 1 Diyabetli Çocukların Aile Etkileşimi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Çavuşlu, E. ve Pek, H. (2005). Tip 1 Diyabetli Çocuk Ve Aile Etkileşimi. **Diyabet Forumu.** 1:67-69.

Çetinkalp, S. ve Yılmaz, C. (Ed.). (2002). **Diyabetes Mellitüs İçin Genel Güncel Bilgiler.** Diyabet Hemşiresi El Kitabı. İzmir: Asya Tıp Yayıncılık Ltd. Şti. S.13-42.

Çetinkaya, Y. (2006). Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Stres , Stres Yaratan Durumlar Ve Etkilerinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Dalak, H. (2010). Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Dalmaz, A. (2009). Süreğen Hastalığı Olan Çocukların Ailelerinin Algıladığı Sosyal Destek Düzeyleri Ve Baş Etme Biçimlerinin; Çocukların Travma Sonrası Stres Ve Depresyon Ve Öğrenilmiş Çaresizlik Belirtileri Geliştirmelerine Etkisi Açısından İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü.

Darcan, Ş. & Gökşen, D. (2003). **Diyabetimi Öğreniyorum, Diyabetlilere Yönelik Ev Eğitimi Kitapçığı.** İzmir: Ege Üniversitesi Çocuk Endokrinoloji Ana Bilim Dalı.

Dedik, T. (2008). Tip 1 Diyabetli Adölesanların Zaman Yönetimi Becerileri Ve Metabolik Kontrol Üzerine Etkisi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Demirtaş, A. (2005). Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarını Kabullenme ve Uyum Kriterlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Derogatis, L.R. (1992). **The Brief Symptom Inventory (Bsi):** Administration, Scoring, And Procedures Manual I. Clinical Psychometric Research Inc.

Diagnosis And Classification Of Diabetes Mellitus. (2011). **Diabetes Care**, 34 (Supp.1): 62-69.

Diyabetiz: Tip 1 Diyabetlilerin Buluşma Noktası, "HbA1c Nedir? (HemoglobinA1c), <http://www.diyabetiz.com/forum/viewtopic.php?t=685> (5 Haziran 2011).

Doğan, B. E. (2010). Koroner Kalp Hastalarında Sağlık Ve Kalp Hastalığı Algısı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Drexler, Aj., Robertson, C. (2005). Tip 1 Diabetes Mellitus'un Tedavisi. **Diyabet Forumu.** 1:21-31.

Drory, Y., Kravetz, S., Florian, V. (1999). **Psychosocial Adjustment In Patients After A First Acute Myocardial Infarction:** The Contribution Of Salutogenic And Pathogenic Variables. Arch Phys Med Rehabil; 80: 811-818.

Eiser, C. Et Al. (1992). Adjustment To Chronic Disease In Relation To Age And Gender: Mothers' And Fathers' Reports Of Their Childrens' Behavior. **J Pediatric Psychology.**17(3):P.61-70.

Eiser, C. (1999). Psychological Effects Of Chronic Disease. **Journal Of Child Psychology And Psychiatry.** 31 (1), 85-98.

Eker, D.& Arkar, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik Ve Güvenirliği. **Türk Psikiyatri Dergisi**. 2001; 12(1):17-25.

Ekşi, A., (1994), Fiziksel Hastalığı Olan Çocuk Ve Ergenlerde Ve Hastanede Hasta Çocuklarıyla Kalan Annelerle Grup Çalışması. **Türk Psikiyatri Derneği**. 5(2), S:91-93.

Elal, G., Krepsi, M. (1999). Life Events, Social Support And Depresson İn Hemodialysis Patients. **Journal Of Community And Applied Social Psychology**; 9:23-33.

Ell, K. (1996). Social Networks, Social Support And Coping With Serious İllness: The Family Connection. **Soc Sci Med**, 42:173-183.

Er, M. (2006). Çocuk, Hastalık, Anne-Babalar Ve Kardeşler. **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**. 49:155-168.

Ercan, G. (2005). Puberte Fizyolojisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri- **Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi**. (Mart 2005). İstanbul: 43 s. 9-16.

Erel, O., Burman, B. (1995). İnterrelatedness Of Marital Relations And Parent- Child Relations: A Meta- Analytic Review. **Psychological Bulletin**, 118(1), 108-132.

Erem, Ö. (2005). Diyabet Eğitim Yaklaşımlarının Hasta Bilgi Düzeyine Etkisi ve Psikososyal Sorunlarla Etkileşimi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Fadıloğlu, Ç. (1996). Kanserli Hastaya Bakım Veren Aile Üyelerinin Hastalıkla Başa Çıkma Davranışlarının İncelenmesi. **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**. 12(1).

Ferrannini, E., Gastaldelli, A., Matsuda, M. & Et Al. (2003). Influence Of Ethnicity And Familial Diabetes On Glucose Tolerance And İnsulin Action: A Physiological Analysis. **J Clin Endocrinol Metab**; 88: 3251–3257.

Fournier, A. (2000). Diagnosing Diabetes; A Practitioner's Plea: Keep It Simple. The Society Of General Internal Medicine. 15 (8). (Ağustos 2000). 603-604.

Frank, A.W. (2004). Commentary – Finding The Fitting Story: Commentary On Candib (2004). **Families, Systems And Health**, 22 (2), 158-161.

Furth, H. G. & Wachs, H. (1975). **Thinking Goes To School : Piaget's Theory İn Practice**. Nc: Oxford University Pres. Pg: 290-315.

Gavin, L., & Wysocki, T. (2006). Associations Of Paternal İnvolvevement İn Disease Management With Maternal And Family Outcomes İn Families With Children With Chronic İllness. **Journal Of Pediatric Psychology**, 31, 481–489.

Gortmaker, SL., Sappenfield, W. (1984). **Chronic Childhood Disorders: Prevalance And İmpact** Pediatr Clin North Am 1984;31:3-18.

Gökler, I. (2008). Sistem Yaklaşımı Ve Sosyal-Ekolojik Yaklaşım Çerçevesinde Oluşturulan Kavramsal Model Temelinde Kronik Hastalığı Olan Çocuklar Ve Ailelerinde Psikolojik Uyumun Yordanması. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Gül, N. A. (2006). Tip 1 Diabetes Mellituslu Çocuk Ve Adolesan Hastaların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul Bakırköy Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Gültekin, G., Baran, G. (2005). Hastalık Ve Çocuk. **Aile Ve Toplum/Eğitim Ve Araştırma Dergisi**. 8(2):61-68.

Gültekin, G., Baran, G. (2005). 9-14 Yaş Grubu Akut Ve Kronik Hastalığı Olan Çocukların Denetim Odağı Düzeylerinin İncelenmesi. **Türk Pediatri Arşivi**; 40: 211- 20.

Günay Molu, N. (2008). Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisinde Duygulanım Bozukluğu Tanısı İle Yatan Hastaların Yakınlarının Sosyal Destek Ve Stresle Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Güner, İ. C. (2002). Mastektomi Ameliyatı Olmuş Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı İle Öz-Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Günöz, H. (2004). Çocukluk Çağı Diyabeti. **Çağdaş Anne Babanın Dergisi Anne Bebek**. 10(47): 88-93.

Gürbüz, D. (2009). Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Çocukların Ebeveynlerinin Depresyon Düzeyleri Ve Stresle Basa Çıkma Tarzları. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Hanas, R. (2001). **Çocuklarda, Adolesanlarda Ve Genç Erişkinlerde Tip 1 Diyabet: Nasıl Kendi Diyabetinizin Uzmanı Olursunuz?** (Çev: R. Bundak, Y. Dünder). (2. Basım). İstanbul: Türkiye Diyabet Vakfı Yayınları. 88-102.

Hannah, J.B., Alberts, J. (2005). Motivators And Barriers To Attending A Diabetes Education Class And Its Impact On Beliefs, Behaviors, And Control Over Diabetes. **Geriatric Nursing** Vol: 26 (1) , 50-58.

Hatun, Ş. (2002). Çocukluk Çağında Diyabet. **Diyabet Forumu**. 7(6):56-68.

Heijmans, M., Deridder, D. (1998). Assessing İllness Representations Of Chronic İllness: Explorations Of Their Disease-Specific Nature. **Journal Of Behavioral Medicine**, 21:485-503.

Işıl, Ö. (2002). **Liyezon Psikiyatri Hemşireliği** I.Uludağ Cerrahi Hemşireliği Sempozyumu Kitabı, (17-19 Nisan). 108-110.

Kabataş Saral, E. (2008). Meme Kanseri Hastalarının Kansere Uyumlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kaçmaz, N. (1998). **Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Hemşireliği Ve Biyopsikososyal Uyum**. V. Ulusal Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kongresi. (21-23 Ekim 1998). İstanbul: 198-208.

Kahn, CR., King, GL., Jacobson, AM., Moses, AC., Smith, RJ. (2005). **Joslin's Diabetes Mellitus**. Lippincott Williams Wilkins, Philadelphia, P.711-736.

Kara, B. (2007). Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum: Çok Yönlü Bir Yaklaşım. **Gülhane Tıp Dergisi**, 49:132-136.

Karabel, Z. (2006). Tip 1 Diyabetli Adölesanlarda Benlik Saygısının Diyete Uyumla İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Karaca Sivrikaya, S. (2006). Tip 2 Diyabetes Mellitus Hastalarına Verilen Planlı Eğitimin Hastaların Tutumlarına, İyilik Hallerine Ve Metabolik Kontrol Değişkenlerine Etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Karadağ, Ö. (2008). Ankara'da Bulunan Yetiştirme Yurtlarında Yaşayan Adölesanlarda Sosyodemografik Özelliklerin Ve Fiziksel Aktivite Düzeyinin Ruhsal Belirtiler Ve Yaşam Kalitesi Açısından Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Karakavak, G. ve Çırak, Y. (2006). Kronik Hastalıklı Çocuğu Olan Annelerin Yaşadığı Duygular. Malatya. **Eğitim Fakültesi Dergisi** Cilt: 7 Sayı:12 Güz 2006 S. 95- 112.

Karasar, N. (2002). **Bilimsel Araştırma Yöntemleri**. (11.Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Karayurt, Ö. (1997). Ameliyat Öncesi Uygulanan Farklı Eğitim Programlarının Hastaların Anksiyete Ve Ağrı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kartal, A. (2006). Diyabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İncancına Ve Diyabet Yönetimine Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kılıç, S. (2009). Fiziksel Engelli Çocuğun Evde Bakım Gereksiniminin Aileye Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

King, KB., Reis, HT., Porter, LA & et al. (1993). Social Support And Long-Term Recovery From Coronary Artery Surgery: Effects On Patients And Spouses. **Health Psychol**, 12:56-63.

Koptagel-İlal, G. (1996). **Uyum Duyusu Sağlık Ve Hastalıktaki Rolü**. IV. Ulusal Konsültasyon-Liyazon Psikiyatri Kongresi. 128-136.

Korkmaz, T. (2008). Konya Numune Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisinde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanısı (Koah) İle Yatan Hastaların Anksiyete, Depresyon Ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kumcağız, H. (2007). Grupla Psikolojik Danışmanın Diyabet Hastalarının Umutsuzluk Düzeyine Etkisi. Doktora Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kübler Ross, E. (2010). **Ölüm Ve Ölmek Üzerine**. (Çev. E. Uşşaklı). Ankara: APRIL Yayıncılık; 47-143.

Küpeli, G. B. (2009). Kanserli Çocuklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Lara, M.E., Leader, J., Klien, D.L. & Kendler, K.S. (1998). **What Is Social Support?** Harvard Mental Health Letter, 14, 6-8.

Livneh, H. & Wilson, L. (2003). Coping Strategies As Predictors And Mediators Of Disability-Related Variables And Psychosocial Adaptation. **Rehabilitation Counseling Bulletin**. 46,4:194-206.

Midence, K. (1994). **The Effects Of Chronic İllness On Children And Their Families: An Overview**. Genetic, Social, And General Psychology Monographs, 120 (3), 311-327.

Mrazek, DA. (2002). **Chronic Pediatric İllness And Multipl Hospitalizasyon**. M. Lewis (Ed.). A Comprehensive Textbook Child And Adolescent Psychiatry. Pp.1230-1238, Philedelphia: Williams&Wilkins.

Muslu, S. (2010). Şizofrenide Sosyal Desteğin ve Aile Tutumunun Hastanın Tedaviye Uyumu Üzerindeki Etkisinin Araştırılması. Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Mutlu, E. (2007). Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü.

Nazlı, S. (2009). **Aile Danışmanlığı**. (5. Basım). Ankara: Anı Yayıncılık. Syf: 29.

Neyzi, O. ve Ertuğrul, T. (Ed.). (1993). **Endokrin Sistem Ve Hastalıkları**. Pediatri 2. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. Cilt.2, S.624-638.

Ölçer, S. (2008). Astımlı Çocuk ve Ergenlerde Psikopatoloji ve Benlik Saygısı İle Anne Duygu İfadesinin İlişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Öner, N. (2006). **Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler**; Bir Başvuru Kaynağı. (2.Baskı). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi ; 644-646.

Öyke, N. (2008). Behçet Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyumu. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Öz, R. (2009). Tip 1 Diyabetli Çocuklarda Benlik Saygısını Etkileyen Faktörler. **Ege Üniversitesi Hemşirelik Meslek.Y.O.** Sayı:1.

Özalp, İ., Yurdakök, M. ve Coşkun T. (Ed.). (1999). **Puberte Ve İnsüline Bağımlı Diabetes Mellitus’un Tedavisi. Pediatriye Gelişmeler**. Ankara: Sinem Ofset. S.909-918.

Özçelik, EM. (2001). Tip 1 Diyabetes Mellitusu Olan Adolesanlara Verilen Eğitimin Metabolik Kontrolleri Ve Öz Bakımları Üzerine Etkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Özkan, S. (1998). **Hastalıklara Psikolojik Tepkiler**. V. Ulusal Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kongresi. (21-23 Ekim 1998) İstanbul: 27-30.

Öztürk, ÖM. (1997). Tip 1 Diabetik Çocuklarda Davranış Sorunları Ve Diabet Kontrolü İle İlişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları A.B.D.

Pınarlıgil, N. B. (2008). Dezavantajlı Gruplarda Sosyal Karşılaştırma: Diyaliz Hastalarının Sosyal Karşılaştırma Süreç Ve Eğilimlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Pierce, G.R., Sarason, I.G., Sarason, B.R. (1991). General And Relationship-Based Perceptions Of Social Support: Are Two Constructs Better Than One? **Journal Of Personality And Social Psychology**. 61, 1028-1039.

Roemer, J. B. (2011). American Diabetes Association Guide To Raising A Child With Diabetes. **American Diabetes Association**. 2nd Ed. 221.

Rose, L. E. (1997). Caring For Caregives: Perceptions Of Social Support. **Journal Of Psychosocial Nursing And Mental Health Services**. 35(2):17-24.

Sakızcıoğlu, S. (2010). Seviye Belirleme Sınavı'na Hazırlanan İlköğretim 6., 7. Ve 8. Sınıf Öğrenci Velilerinin Psikolojik Belirtileri Ve Stresle Başa Çıkma Tutumları. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Savaşır, I., Şahin, N. H. (1997). **Bireysel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler**. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 9: S.115-122

Selçukbiricik, F., Velibeyoğlu, FM., Öztarhan, K., Palabıyık, M. (2005). **Pediyatri**. 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. S.706-716.

Shah, S. (2001). Effect Of Peer Led Programme For Asthma Education In Adolescents: Cluster Randomised Controlled Trial. Vol. 322. (10 Mart 2001). Nsw: Bmj. Pg: 5-15.

Silverstein, J., Klingensmith, G., Copeland, K., Plotnick, L., Kaufman, F., Laffel, L., Deeb, L., Grey, M., Anderson, B., Holzmeister, LA., Clark, N. (2005). Care Of Children And Adolescents With Type 1 Diabetes. **Diabetes Care**, 28(1):186-212.

Silverstein, JH., Rosenbloom, AL. (2007). Insulin Analogs In The Intensive Treatment Of Diabetes In Children. **Touchbriefings**, S.20-23.

Sorias, O. (1990). Yaşam Stresine Karşı Koruyucu Olarak Sosyal Destekler. **Edebiyat Fakültesi Yayınları Seminer Psikoloji Dergisi** (Özel Sayı); 805-811.

Sönmez, S. (1998). Kronik Hastalığın Çocuklar Ve Annelerinin Depresyon Düzeylerine Ve Anne-Çocuk İlişkilerine Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Sperling, M. A., Behrman, R. E., Kliegman, R. M. (2004). Diabetes Mellitus In Children. Jenson Hb. **Nelson Textbook Of Pediatrics**. 17th Ed, Philadelphia. Wb Saunders Company,; 1947-1972.

Spirito, A., Stark, J.L., Gil, K.M., & Vida, L. (1995). Coping With Everyday And Disease-Related Stressors By Chronically Ill Children And Adolescents. **Journal Of American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry**, 34 (3), 283-290.

Steiner, H. (1997). Chronic Illness And Physical Disabilities.Ed: Noshpitz Jd, **Handbook Of Child And Adolescent Psychiatry**. Pp. 251-273, John Wiley&Sons: New York.

Şahin, N. H. ve Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory- Bsı): Türk Gençleri İçin Uyarlanması. **Türk Psikoloji Dergisi**, 9(31),44-56.

Şahin N. H. ve Durak A. B. (2002). Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlilik, Güvenirlilik Ve Faktör Yapısı. **Türk Psikiyatri Dergisi**; 13(2):21-32.

Taanila, A., Syrjala, L., Kokkonen, J., & Jarvelin, M.R. (2002). **Coping Of Parents With Physically And/Or Intellectually Disabled Children**. Child: Care, Health And Development, 28 (1), 73-86.

Takizawa, T., Kondo, T., Sakihara, S., Ariizumi, M., Watanabe, N., Oyama, H., (2006). Stress Buffering Effects Of Social Support On Depressive Symptoms In Middle Age. **Reciprocity And Community Mental Health "Psychiatry Clin Neurosci"**. (2006 Dec). 60(6): 61- 90.

Talaz, A. (2007). Diyabetik Ayak Gelişen ve Gelişmeyen Hastalarda Kan Şekeri Kontrolünün ve Psikososyal Uyumun Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Taşkın, E., Yılmaz, E., Kılıç, M., Ertuğrul, S. (2007). İnsüline Bağımlı Diyabetes Mellitusun Epidemiyolojik Özellikleri. **Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**. 21(2):74-79.

Taşkın, M. Y. (2006). Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyumunu Etkileyen Faktörler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

TC. Sağlık Bakanlığı, T. C. Milli Eğitim Bakanlığı ve Çocuk Endokrinoloji ve Diyabet Derneği. (2010). **Okullarda Diyabet Programı, "Öğrencim ve Diyabet" El Kitabı**. Ankara: 1-12.

Tezer, E., Fadıloğlu, Ç. ve Doğan, F. (Ed.). (2006). **Diyabetli Hastanın Evde Bakımı**. Evde Bakım. İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri. S.177-95.

Toparlak, D. (1989). Jüvenil Diyabetli Çocuk Ve Adolesanlarda Psikososyal Değerlendirme. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü.

Toparlak, D. ve Ekşi, A (Ed.). (1999). Diyabetik Çocuk Ve Adölesanlarla Uygulanan Ekip Çalışmasının Özellikleri Ve Örnek Çalışmalar. **Ben Hasta Değilim**. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. S.631-634.

Toros, F., Tot, Ş. ve Düzovalı, Ö. (2002). Kronik Hastalığı Olan Çocuklar, Anne Ve Babalarındaki Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri. **Mersin Klinik Psikiyatri**; 5:240-247.

Türk Dil Kurumu, “Büyük Türkçe Sözlük- Uyum”, <http://tdkterim.gov.tr/bts/> (5 Haziran 2011).

Türk Dil Kurumu, “Aile”
<http://www.tdk.gov.tr/tr/genel/sozbul.aspx?F6e10f8892433cfaaf6aa849816b2ef4376734bed947cde&Kelime=Aileca> (3 Nisan 2011).

Uslu, A. B, (2008), Yeni Tanı Konmuş Tip I Diyabetli Çocuklarda Plazma Glucagon-Like Peptid 1 Düzeylerinin İncelenmesi. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları A.B.D. S:3.

Üstün, T. B. (Çev.). (1984). **İnsanın Sekiz Çağı**. Ankara: Birey Ve Toplum Yayıncılık.

Vessey, J.A. (1999). Psychological comorbidity in children with chronic conditions. *Pediatric Nursing*, 25 (2), 211-215.

Wassermann, D. (2008). Worldwide Child And Adolescent Mental Health Begins With Awareness: A Preliminary Assessment In Nine Countries. 20(3): 261–275. **International Review Of Psychiatry**. (June 2008).

World Health Organization, “A Full And Healty Life İs Possible With Diabetes”, www.who.int/diabetes/actionnow/healthylife/en/print.html (28 Ağustos 2010).

World Health Organization, “Diabetes Mellitus”, http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/en/ (17 Mayıs 2011).

World Health Organization, “Global Infobase”, <https://apps.who.int/infobase/mortality.aspx> (1 Kasım 2010).

World Health Statistics – 2010. (2010). “**Noncommunicable diseases and injuries**”. France: World Health Organization. 1-177.

Yavuzer, H. (2001). **Çocuk Psikolojisi**. (20. Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi. S.162-279.

Yavuzer, H. (2005). **Gençleri Anlamak, Ana-Babaların En Çok Sorduğu Sorular Ve Cevaplarıyla**. (2. Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi. S.20-26, 39.

Yıldız, S. (2007). İlköğretim II. Kademesindeki Çocuklara Yönelik İstismarın Ve İhmalin Çeşitli Değişkenler Yönünden İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yılmaz, C., Yılmaz, M. T. ve İmamoğlu, S. (Ed.). (2000). **Diabetes Mellitus 2000**. İstanbul: Gri Tasarım.

Yılmaz, C. (Ed.). (2002). **Giriş. Diyabet Hemşiresi El Kitabı**. İzmir: Asya Tıp Yayıncılık. S.1-12.

Yılmaz, MT., Bahçeci, M. ve Büyükbeşe A. (Ed.). (2003). Diabetes Mellitus'un Tanı Kriterleri Ve Sınıflaması: **Diabetes Mellitus'un Modern Tedavisi**. İstanbul: Özlem Grafik Matbaacılık. S.1-9.

Yılmaz, MT. (2005). **Dünyada Ve Türkiye'de Diyabetin Durumu, Tanılaması Ve Sınıflaması**. Sertifikalı Diyabet Hemşiresi Yetiştirme Programı Kitabı. Marmara Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi, Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.

Yılmaz, MT. ve İmamaoğlu, S. (Ed.). (2006). Tip 1 Diabetes Mellitus: **Diabetes Mellitus 2006**. İstanbul: Deomed Medikal Yayıncılık. S. 55-66.

Yurdakök, M. (Ed.). (2007). **Adolesanda Kronik Hastalık**. Cilt:2, Ankara: Güneş Kitabevi. S.1435- 1438.

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.

EKLER

Ek- 1



**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI**

Birim/Bölüm : İnsan Kaynakları Birimi

Sayı : B.30.2.DEÜ.0.20.91.00/ 1832
Konu :

27 OCAK 2011

Dokuz Eylül Üniversitesi
Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

İlgi: 10 Ocak 2011 tarih ve B.30.2.DEÜ.0.46.72.00-500/52 sayılı yazınız.

Enstitünüz Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Yüksek Lisans Programı 2009950195 numaralı öğrencisi Sinem ÜSTÜN'ün "Tip-I Diyabet Tanısı Almış Çocuklar ile Ailelerinin, Hastalığa Uyum Süreci ve Hastalığı Kabul Düzeylerinin Karşılaştırılması" konulu tez çalışmasını Fakültemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalında uygulaması Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bililerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Tülay CANDA
Dekan

GELEN EVRAK	
Tarihi :	31 OCAK 2011
Kayıt No :	292
Dosya No :	

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

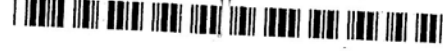
T.C.
İzmir Valiliği
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
(Gönderilen Evrak)

17.02.2011 16:47:00 / 17811

EĞİTİM

SAYI: Eğt.Şb.B.104.İSM.4350009
KONU: Araştırma.

Kayıt yapan : FİGEN TUĞAN



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına

İLGİ: 20.01.2011 tarih ve 116 sayılı yazımız.

Üniversiteniz Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Anabilim Dalı Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Sinem ÜSTÜN'ün "Tip-1 Diyabet Tanısı Almış Çocuklar ile Ailelerinin, Hastalığa Uyum Süreci ve Hastalığı Kabul Düzeylerinin Karşılaştırılması" konulu tezini İlimiz Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Şenol SARIACI
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

Dağıtım: Dr.Behçet Uz Çocuk EAH., Tepecik EAH.

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Hürriyet Bulv. No.1 Alsancak/İZMİR
Tel: 0232 441 81 11 Fax: 0232 483 36 39 www.ism.gov.tr.

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Sayı: B.30.2.EGE.0.20.11.01 -2667
Konu: Tez çalışması -Sinem Üstün hk.

Bornova/ İZMİR
16.06.2011

HASTANE BAŞHEKİMLİĞİ
(Yönetim Bürosuna)

İLGİ: 06.04.2011 tarih ve 391-3491 sayılı yazınız,

İlgi sayılı yazınızda adı geçen Psk. Sinem Üstün' Anabilim Dalımıza bağlı Endokrinoloji Bilim Dalında "Tip I Diyabet Tanısı Almış Çocuklar ve Ailelerinin Hastalığa Uyum Süreci ve Hastalığı Kabul Düzeylerinin Karşılaştırılması" konulu tez çalışmasını 01.04.2001-30.04.2011 tarihleri arasında yapmıştır.

Gereğini bilgilerinize saygularıyla arz ederim.

E.Ü. TIP FAKÜLTESİ
HASTANESİ
16 Haziran 2011
NO: 16075
Yönetim
16.06.2011
Kaleci

Prof.Dr.Savaş KANSOY
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Başkanı

Ek- 2**GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU**

Bu tez çalışmasının amacı, kronik hastalıklı çocuk ve ailelerinin duyguları, hastalığa uyumları ve hastalığı kabul sürecinde yaşadıkları güçlüklerin neler olduğunu ve bunların ne kadar sürdüğünü belirlemektir. Araştırmanın tıbbi ve psikiyatrik yan etki yapması beklenmemektedir.

Bu araştırmada kullanılacak ölçekler Tip-I diyabetli çocuk ve ona eşlik etmekte olan bireylere uygulanacaktır. Bu çalışma gönüllülerin dolduracağı çeşitli form ve ölçekler ile gerçekleştirilecektir. Araştırmaya sizinle beraber 120 Tip-I diyabetli çocuk ve 120 bakım veren birey katılacaktır.

Bu tez çalışmasına katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, isminiz saklı tutulacaktır; fakat sizden alınan bilgiler, isim ve kimlik açığa vurulmayacak şekilde tez çalışmasında yer alacaktır.

Araştırma amacıyla yapılacak olan, yukarıda belirtilen form ve ölçek uygulamaları için sizden bir ücret talep edilmeyecek; aynı zamanda araştırmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Bu tez çalışmasına katılmaya yazılı onay vermeyi kabul etseniz dahi, araştırmanın herhangi bir döneminde araştırmadan çıkmakta özgür olduğunuzu bilmelisiniz. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyebilir ya da önce kabul edip ileride vazgeçebilirsiniz. Bunun yanı sıra araştırmacılar tarafından gerek görüldüğünde araştırmanın dışında bırakılabilirsiniz.

Bu çalışmayla ilgili sorularınızı araştırmacılara yöneltebilirsiniz.

Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Yüksek Lisans Öğrencisi Psikolog Sinem Üstün'ün tez çalışmasıyla ilgili yapacağı araştırma bana aktarılarak; bu araştırmayla ilgili bana sözlü açıklamalar yapıldı. İlk sayfadaki, gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni de okudum. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün adı, soyadı, imzası, adresi ve telefon numarası

.....

Ek- 3

KİŞİSEL BİLGİ FORMU**(Kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.)**

Sayın Katılımcı,
Diyabetli çocuklar ile ailelerinin hastalıkla ilgili algılarını ölçmek istediğim bir çalışma yürütmekteyim. Aşağıda kişisel bilgilerinize yönelik bazı sorular sorulmuştur. Bu soruları eksiksiz olarak ve dikkatle yanıtlamanız sürdürülmekte olan çalışma açısından oldukça önemlidir. Çalışmada vermiş olduğunuz bilgiler gizli tutulacaktır. Yardımlarınız için teşekkür ederim.

Psikolog Sinem ÜSTÜN**1. Yaşınız:****2. Diyabetli Çocuğa Yakınlık Derecesi:**

- Annesiyim
 Babasıyım
 Diğer.....

3. Medeni Durumunuz:

- Bekar Evli Eşini Kaybetmiş Boşanmış

4. Eğitim Durumunuz:

- Okur – Yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

5. Ailenizin gelir düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?

- () Düşük
() Orta
() Yüksek

6. En uzun süre yaşadığınız yerleşim birimi hangisidir?

- () Metropol (Ankara, İzmir, İstanbul)
() İl
() İlçe
() Diğer.....

7. Çocuk Sayınız: 1 2 3 4+

8. Bu çalışmaya katılan çocuğunuz dışındaki çocuklarınızda önemli hastalığı olan kimse var mı? (Yanıtınız evet ise hastalığını yazınız!)

() Hayır () Evet

9. Sizin veya eşinizin yakınlarında başka TİP-I DİYABETLİ olan kimse var mı?

() Yok () Var

Varsa Yakınlık Derecesini Belirtiniz:.....

10. Çocuğunuz diyabet tanısı almadan önce bu hastalık hakkında bilgi sahibi miydiniz?

- Evet, yeterli bilgiye sahiptim. Evet, biraz bilgim vardı.
 Sadece adını duymuştum. Hayır, hiçbir bilgim yoktu.

11. Kaçınıcı çocuğunuz diyabet tanısı aldı?

12. Çocuğunuz tanı aldığı anda kaç yaşındaydı?

13. Diyabetli olan çocuğunuz şu anda kaç yaşında?

14. Diyabetli olan çocuğunuzun cinsiyeti nedir?

- Kadın Erkek

15. Diyabetli olan çocuğunuzun eğitim durumu nedir?.....

Ek-4

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

Lütfen her bir cümleyi cevaplayınız.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

Ek-5**HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZNEL ALGILAR – ANNE/BABA FORMU**

Aşağıda çocuğunuzun hastalığına (diyabet) yönelik bazı sorular yer almaktadır. Lütfen, bu soruları sizin için en uygun seçeneği işaretleyerek yanıtlayınız. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur, önemli olan sizin ne düşündüğünüzdür.

1. Çocuğunuzun hastalığı sizce ne derece ağır bir hastalıktır?

- Pek ağır değildir
 Biraz ağırdır
 Oldukça ağırdır

2. Hastalığından dolayı çocuğunuzun basına kötü bir şey geleceğinden korkar mısınız?

- Pek korkmam
 Biraz korkarım
 Oldukça korkarım

3. Çocuğunuzun hastalığı sizi ne derece endişelendirmektedir?

- Pek endişelendirmemektedir
 Biraz endişelendirmektedir
 Oldukça endişelendirmektedir

4. Çocuğunuzun hastalığı, sizce çocuğunuz ne derece endişelendirmektedir?

- Pek endişelendirmemektedir
 Biraz endişelendirmektedir
 Oldukça endişelendirmektedir

5. Çocuğunuzun hastalığı sizce tüm ailenizi ne derece endişelendirmektedir?

- Pek endişelendirmemektedir
 Biraz endişelendirmektedir
 Oldukça endişelendirmektedir

6. Çocuğunuzun tedavisi sizin için ne kadar zorlayıcıdır?

- Pek zorlayıcı değildir
- Biraz zorlayıcıdır
- Oldukça zorlayıcıdır

7. Çocuğunuzun tedavisi sizce çocuğunuz için ne kadar zorlayıcıdır?

- Pek zorlayıcı değildir
- Biraz zorlayıcıdır
- Oldukça zorlayıcıdır

8. Çocuğunuzun tedavisi sizce tüm aileniz için ne kadar zorlayıcıdır?

- Pek zorlayıcı değildir
- Biraz zorlayıcıdır
- Oldukça zorlayıcıdır

9. Çocuğunuzun hastalığı sizin gündelik yaşamınızı ne kadar etkilemektedir?

- Pek etkilememektedir
- Biraz etkilemektedir
- Oldukça etkilemektedir

10. Sizce, hastalığı çocuğunuzun gündelik yaşamını ne kadar etkilemektedir?

- Pek etkilememektedir
- Biraz etkilemektedir
- Oldukça etkilemektedir

11. Sizce, çocuğunuzun hastalığı tüm ailenizin gündelik yaşamını ne kadar etkilemektedir?

- Pek etkilememektedir
- Biraz etkilemektedir
- Oldukça etkilemektedir

Ek-6

HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZNEL ALGILAR – ÇOCUK/ERGEN FORMU

Aşağıdadiyabet..... hastalığına yönelik bazı sorular bulunmaktadır. Her bir cümleyi okuduktan sonra, seçeneklerden hangisi sizin için daha uygunsa onu işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur, önemli olan bu konuda sizin ne düşündüğünüzdür. Bu nedenle lütfen, size en uygun görünen seçeneği işaretleyiniz.

1. Sence,diyabet..... ne kadar ağır, zor bir hastalıktır?

- Pek ağır değildir
- Biraz ağırdır
- Çok ağırdır

2.Sence,...diyabet.....olan çocuklar, hastalıkları nedeniyle baslarına kötü bir şey geleceğinden korkarlar mı?

- Hiç korkmazlar
- Biraz korkarlar
- Çok korkarlar

3. Sence,.....diyabet..... çocukları ne kadar endişelendirmektedir?

- Pek endişelendirmez
- Biraz endişelendirir
- Çok endişelendirir

4.Sence,.....diyabet.....çocukların anne ve babalarını ne kadar endişelendirmektedir?

- Pek endişelendirmez
- Biraz endişelendirir
- Çok endişelendirir

5.Sence,.....diyabet..... çocukların tüm ailelerini (kardeşlerin, ablalar, ağabeyler, büyükanne, büyükbaba gibi) ne kadar endişelendirmektedir?

- Pek endişelendirmez
- Biraz endişelendirir
- Çok endişelendirir

6. Sence,diyabet..... tedavisi çocukları ne kadar zorlamaktadır?

- Pek zorlamaz
- Biraz zorlar
- Çok zorlar

7.Sence,.....diyabet..... tedavisi anne babaları ne kadar zorlamaktadır?

- Pek zorlamaz
- Biraz zorlar
- Çok zorlar

8.Sence,diyabet..... tedavisi çocukların tüm ailelerini (kardeşlerin, ablalar, ağabeyler, büyükanne, büyükbaba gibi) ne kadar zorlamaktadır?

- Pek zorlamaz
- Biraz zorlar
- Çok zorlar

9.Sence,.....diyabet.....çocukların genel yaşamını ne kadar etkilemektedir?

- Pek etkilemez
- Biraz etkiler
- Çok etkiler

10.Sence,.....diyabet...anne babaların genel yaşamını ne kadar etkilemektedir?

- Pek etkilemez
- Biraz etkiler
- Çok etkiler

11. Sence,diyabet.....çocukların tüm ailelerinin (kardeşlerin, ablalar, ağabeyler, büyükanne, büyükbaba gibi) genel yaşamını ne kadar etkilemektedir?

- Pek etkilemez
- Biraz etkiler
- Çok etkiler

Ek-7

KSE

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listed her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZDE, BUGÜN DAHİL, SON B HAFTADIR NE KADAR VAR OLDUĞUNU yandaki bölmede, uygun olan yerde işaretleyin. F belirtili için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlammaya özen gösterin. Yanıtların kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölççeğe göre değerlendirin:

- ① Hiç yok ① Biraz var ② Orta derecede var
 ③ Epeyce var ④ Çok fazla var

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

	Hiç				Çok fazla
1. İçinizdeki sınırlılık ve titreme hali	①	②	③	④	
2. Baygınlık, baş dönmesi	①	②	③	④	
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	①	②	③	④	
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	①	②	③	④	
5. Olayları hatırlamada güçlük	①	②	③	④	
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme	①	②	③	④	
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	①	②	③	④	
8. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	①	②	③	④	
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri	①	②	③	④	
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	①	②	③	④	
11. İştahta bozukluklar	①	②	③	④	
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	①	②	③	④	
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	①	②	③	④	
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnız hissetmek	①	②	③	④	
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	①	②	③	④	
16. Yalnızlık hissetmek	①	②	③	④	
17. Hüzünlü, kederli hissetmek	①	②	③	④	
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak	①	②	③	④	
19. Ağlamaklı hissetmek	①	②	③	④	
20. Kolayca incinebilme, kırılmak	①	②	③	④	
21. İnsanların sizi sevmeyişine, kötü davrandığına inanmak	①	②	③	④	
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	①	②	③	④	
23. Mide bozukluğu, bulantı	①	②	③	④	
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	①	②	③	④	
25. Uykuya dalmada güçlük	①	②	③	④	
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	①	②	③	④	
27. Karar vermede güçlükler	①	②	③	④	
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	①	②	③	④	
29. Nefes darlığı, nefessiz kalmak	①	②	③	④	
30. Sıcak soğuk basmaları	①	②	③	④	

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

	Hiç				Çok fazla
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32. Kafanızın bomboş kalması	0	1	2	3	4
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35. Gelecekte ilgili umutsuzluk duygusu	0	1	2	3	4
36. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak	0	1	2	3	4
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41. Bir şeyleri kırma/dökme isteği	0	1	2	3	4
42. Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45. Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46. Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sınırlılık hissetmek	0	1	2	3	4
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50. Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları	0	1	2	3	4
51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52. Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4