



**BEZM ALEM VAKIF ÜN VERS TES TIP FAKÜLTES**

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SA LI I VE HASTALIKLARI ANAB L M DALI**

**TIP 1 DIYABETES MELL TUS TANISI OLAN ERGENLERDE YATI I  
OLAN VE OLMAYAN HASTALARIN BENL K SAYGISI VE A LE  
TUTUMLARININ KAR ILA TIRLMASI**

**TIP UZMANLIK TEZ**

**Dr. Telli Zadehgan Afshord**

**Tez Danı manı: Doç. Dr. Ali Güven KILIÇO LU**

**ARALIK 2020**

**BEZM ALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**TIP 1 DİYABETES MELLİTUS TANISI OLAN ERGENLERDE**  
**YATILI OLAN VE OLMAYAN HASTALARIN BENLİK SAYGISI VE**  
**AĞRI TUTUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Telli Zadehgan Afshord**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ali Güven KILIÇOĞLU**

**ARALIK 2020**

## ÖNSÖZ

*Çalı mamın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlandırılması a amalarında bilimsel katkıları, deste i, ho göriü ve sabrından dolayı de erli tez danı manım Bezmî Alem Üniversitesi çocuk ve Ergen Ruh Sa lı ı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Ba kanı sayın hocam Doç. Dr. Ali Güven Kılıço lu'ya,*

*Uzmanlık e itim sürecinde bana güç veren, her türlü bilimsel ve manevi deste i esirgemeyen sayın hocam Doç. Dr. Abdurrahman Cahid Örengül'e*

*Akademik hayatımın ba lamasında ve her a amasında deste ini ve sevgisini her zaman hissetti im sayın hocam Doç. Dr. Vahdettin Görmez'e,*

*Kıymetli göriü ve desteklerini hiç bir zaman esirgemeyen, de erli katkılarıyla rehberlik eden, mesleki hayatımda her zaman örnek almaya çalı aca ım çok de erli hocam Prof. Dr. Nahit Motavallı Mukaddes'e*

*Psikiyatri, Çocuk Nöroloji ve Adli Tıp rotasyonlarında bilgi ve deneyimlerinden faydalandı ım Prof. Dr. smet Kırpınar, Prof. Dr. Akın can, Prof. Dr. Dilara Füsün ça asio lu, Doç. Dr. Erdem Deveci, Prof. Dr. Murat Co kun, Doç. Dr. Nusret Soylu, Dr. Ö r. Üyesi lyas Kaya ve Uzm. Dr. Ali Karaya murlu'ya*

*Birlikte çalı maktan her zaman mutluluk duydu ım de erli bölüm hocam Uzm.Dr. Songül Deren'e*

*Çalı ma hayatımın her döneminde beni destekleyen, yüreklendiren ve her anımı payla tı ım sevgili yol arkada larım Uzm. Dr. Yavuz Meral, Uzm. Dr. Tuba Bilbay Kaynar, Uzm.Dr. Selenge Baljinnyam, Uzm.Dr. Erdem Ertay, Asist.Dr. Nigar Aliyeva, Asist.Dr. Pinar Co kun, Uzm.Klinik Psikolog Aslı Tankurt Yalçınkaya, Uzm.Klinik Psikolog Sümeyye Akkoyun Uyan ve Uzm.Klinik Psikolog Meri Toparlak Kasar'a*

*Her konuda yardımlarını esirgemeyen bölüm sekreterimiz Tu çe Yelkenci'ye,*

*Tez sürecimin acı tatlı her anında yanımda olan sabrı ve sevgisi hiç tükenmeyen e im Kambiz Behnam Rad ve sevgili o lum Soorena'ya,*

*Sonsuz sevgisi, deste iyle yanımda olan annem ve çok sevdi im aileme,*

*Akademik katkıları ve yardımları için Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Çocuk Sa lı ı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı ö retim üyesi Prof. Dr. Iker Tolga Özgen'e ve çalı mama katkıda bulunan tüm Tip 1 diyabet hastaları ve ailelerine,*

*En içten duygularıyla sonsuz te ekkür ederim...*

## Ç NDEK LER

ÖNSÖZ .....	i
Ç NDEK LER.....	ii
TABLOLAR L STES .....	vii
EK LLER L STES .....	viii
KISALTMALAR ve S MGELER L STES .....	9
ÖZET.....	10
SUMMARY.....	12
1. G R ve AMAÇ.....	14
1.1. Temel Hipotezler ve Amaç.....	16
1.2. Ara tırmanın önemi ve amacı.....	16
2. GENEL B LG LER.....	17
2.1. Ergenlik Dönemi.....	17
2.1.1. Ergenli in Tanısı .....	17
2.1.2. Ergenlik Evreleri.....	17
2.2. Kronik Hastahklar.....	18
2.3. Diyabetes Mellitus.....	19
2.3.1. Diyabetes Mellitus'un Tanımı.....	19
2.3.2. Tip 1 Diyabetes Mellitus.....	19
2.3.2.1. Epidemiyolojisi .....	20
2.3.2.2. Etiyoloji ve Patogenez.....	21

2.3.2.3.	Tip 1 diyabette klinik belirtiler ve bulgular.....	23
2.3.2.3.1.	Akut Ba langıç.....	23
2.3.2.3.2.	Remisyon Dönemi.....	23
2.3.2.3.3.	iddetlenme ve Total Diyabet.....	23
2.3.2.4.	Tedavi.....	23
2.3.2.5.	Tip 1 Diyabetin Ergenler Üzerinde Etkisi.....	24
2.3.2.6.	Okul ve Arkada lilerinde Ya anan Sorunlar.....	24
2.3.2.7.	Ebeveyn-Çocuk lilerinde Ya anan Sorunlar.....	25
2.3.2.8.	Psikiyatrik Sorunlar.....	25
2.3.2.9.	Tip 1 Diyabetli Ergenlerde Psikososyal Bakım.....	26
<b>2.4.</b>	<b>Benlik Saygısı.....</b>	<b>27</b>
2.4.1.	Benlik Kavramı.....	27
2.4.2.	Benlik Saygısı.....	28
2.4.3.	Dü ük ve Yüksek Benlik Saygısı.....	28
2.4.4.	Benlik Saygısını Etkileyen Faktörler .....	29
<b>2.5.</b>	<b>Anne-Baba Tutumları.....</b>	<b>31</b>
2.5.1.	Tanı.....	31
2.5.2.	Anne-Baba Tutumları ile lili Öne Sürülen Yakla ımlar.....	32
2.5.3.	Anne Babanın Çocuk Yeti tirme Tutumları.....	32
2.5.3.1.	Demokratik anne baba tutumu.....	33
2.5.3.2.	Otoriter anne baba tutumun.....	34

2.5.3.3.	A ır ı Koruyucu anne baba tutumu.....	35
2.5.3.4.	zin Verici Anne Baba Tutumu.....	35
<b>3.</b>	<b>YÖNTEM VE ARAÇLAR.....</b>	<b>37</b>
3.1.	<b>Ara tırmanın Etik Kurul Onayı.....</b>	<b>37</b>
3.2.	<b>Ara tırmanın Türü .....</b>	<b>37</b>
3.3.	<b>Örnekleme.....</b>	<b>37</b>
3.3.1.	Hasta Grubu .....	37
3.3.1.1.	Hastaların Çalı maya Dâhil Edilme Kriterleri.....	38
3.3.1.2.	Hastaların Çalı madan Dı lanma Kriterler.....	38
3.3.2.	Kontrol Grubu.....	38
3.3.2.1.	Kontrollerin Çalı maya Dahil Edilme Kriterleri.....	38
3.3.2.2.	Kontrollerin Çalı maya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	39
<b>3.4.</b>	<b>Yöntem.....</b>	<b>39</b>
<b>3.5.</b>	<b>Veri Toplama Araçları.....</b>	<b>40</b>
3.5.1.	Ara tırmacı Tarafından Uygulanan De erlendirme Araçları.....	40
3.5.1.1.	Aydınlatılmı Bilgilendirme ve Onam Formu.....	40
3.5.1.2.	Sosyodemografik Bilgi Formu.....	40
3.5.1.3.	Okul Ça ı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve izofreni Görü me Çizelgesi- imdi ve Ya am Boyu Versiyonu (ÇD G- Y) (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Kiddie-SADS-lifetime Version (K- SADS-PL) .....	40
3.5.2.	Katılımcı Tarafından Uygulanan De erlendirme Araçları.....	41

3.5.2.1.	Coopersmith Benlik Saygısı Ölçe i (CBSÖ).....	41
3.5.2.2.	Anne-Baba Tutumu Ölçe i (ABTÖ).....	42
3.5.2.3.	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçe i (ÇBASDÖ), (Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)).....	43
<b>3.6.</b>	<b>statistiksel Analiz</b> .....	<b>43</b>
<b>4.</b>	<b>BULGULAR</b> .....	<b>44</b>
4.1.	Katılımcıların Sosyodemografik Da ılımına li kin Veriler.....	44
4.2.	Katılımcıların Ebeveynlerinin Sosyodemografik Da ılım Verileri.....	49
4.3.	Katılımcıların Metabolik Kontrol Da ılımına li kin Veriler.....	55
4.4.	Katılımcıların Psikiyatrik Bozukluklar De erlendirme Verileri.....	58
4.5.	Katılımcıların Anne-Baba Tutumu ile li kin Bulgular.....	60
4.6.	Katılımcıların Öz Saygıları ile li kin Bulgular.....	60
<b>5.</b>	<b>TARTI MA</b> .....	<b>62</b>
5.1.	T1DM’li Ergenlrin Sosyo-demografik Özelliklerine ili kin Bilgilerin ncelenmesi.....	62
5.2.	Anne Babaların Sosyo-demografik Özelliklerine ili kin Bilgilerin ncelenmesi.....	65
5.3.	T1DM’li Ergenlerin Metabolik Kontrol Sonuçlarına ili kin Bilgilerin ncelenmesi.....	66
5.4.	T1DM’li Ergenlrin Psikiyatrik De erlendirmeye ili kin Bilgilerin ncelenmesi.....	68
5.5.	T1DM’li Ergenlerin Anne Baba Tutumu ile Tip 1 Diyabet Yönetimi Arasındaki li kinin ncelenmesi.....	70

5.6.	T1DM'li Ergenlerin Benlik Saygısı ile Tip 1 Diyabet Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	71
<b>6.</b>	<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>73</b>
6.1.	Sonuçlar.....	73
6.2.	Öneriler.....	74
<b>7.</b>	<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>75</b>
<b>8.</b>	<b>EKLER.....</b>	<b>82</b>
8.1. EK-1.	ETİK KURUL ONAYI.....	82
8.1. EK-2.	BELGELENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU.....	85
8.1. EK-3.	SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU.....	88
8.1. EK-4.	COOPERSMITH BENLİK SAYGISI ENVANTER .....	90
8.1. EK-5.	ANNE BABA TUTUM ÖLÇEĞİ .....	92
8.1. EK-6.	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	94
<b>9.</b>	<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>95</b>



## TABLolar L STES

- Tablo 3.1 Diyabetes mellitusun tanı ölçütleri
- Tablo 3.2 Tip 1 DM etiyojisinde yer alan genetik etmenler
- Tablo 3.3 Tip 1 DM etiyojisinde yer alan çevresel etmenler
- Tablo 4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Da ılımına li kin Veriler
- Tablo 4.2 Katılımcıların Sosyodemografik Da ılımına li kin Veriler
- Tablo 4.3 Katılımcıların Sosyodemografik Da ılımına li kin Veriler
- Tablo 4.4 Katılımcıların Sosyodemografik Da ılımına li kin Veriler
- Tablo 4.5 Katılımcıların Ebeveynlerinin Sosyodemografik Da ılımına li kin Veriler
- Tablo 4.6 Katılımcıların Ebeveynlerinin Sosyodemografik Da ılımına li kin Veriler
- Tablo 4.7 Katılımcıların Ebeveynlerinin Sosyodemografik Da ılımına li kin Veriler
- Tablo 4.8 Katılımcıların Ebeveynlerinin Sosyodemografik Da ılımına li kin Veriler
- Tablo 4.9 Katılımcıların Ebeveynlerinin Sosyodemografik Da ılımına li kin Veriler
- Tablo 4.10 Katılımcıların Hastalı ın Metabolik Kontrol Da ılımına li kin Veriler
- Tablo 4.11 Katılımcıların DSM-5 psikiyatrik tanı sıklı ının kar ıla tırılması
- Tablo 4.12 Katılımcıların Anne Baba Tutum Ölçe i Alt Boyutlarının Da ılımına li kin Veriler
- Tablo 4.13 Katılımcıların Coopersmith Benlik Saygı Envanterinin Alt Boyutlarının Da ılımına li kin Veriler

## **EK LER L STES**

ekil 4.1. Katılımcıların Ders Ba arı Da ılımına li kin Veriler

ekil 4.2. Katılımcıların Okul Devamsızlık Da ılımına li kin Veriler

ekil 4.3. Katılımcıların Son Hb A1c Da ılımına li kin Veriler

ekil 4.4. Katılımcıların Psikiyatrik Bozukluk Da ılımına li kin Veriler



## **KISALTMA ve S İMGELER**

WHO	Dünya Sa lık Örgütü
UN	Birle mi Milletler
UNESCO	Birle mi Milletler E itim, Bilim ve Kültür Örgütünü
UNICEF	Birle mi Milletler Çocuklara Yardım Fonu
ADA	American Diabetes Association
DM	Diabetes Mellitus
HbA1c	Glikozillenmi Hemoglobin A1c
IDF	International Diabetes Federation
T1DM	Tip 1 Diabetes Mellitus
DEHB	Dikkat eksikli i ve hiperaktivite bozuklu u
DKA	Diyabetik Keto Asidozis
ÖÖB	Özgül Ö renme Bozuklu u
KOKGB	Kar ı Koyma Kar ı Gelme Bozuklu u
SF	Sosyal Fobi
YAB	Yaygın Anksiyete Bozuklu u

## ÖZET

### TIP 1 DIYABETES MELLITUS TANISI OLAN ERGENLERDE YATILI OLAN VE OLMAYAN HASTALARIN BENLİK SAYGISI VE ANNE BABA TUTUMLARININ KARŞIYLAŞTIRILMASI

**Giriş:** Tip 1 Diyabetes Mellitus (DM) hastalığı çocuk ve ergenlerde bilinen en yaygın kronik hastalıklar arasında tanımlanmaktadır ve bu nedenle bu popülasyonda önemli sağlık problemlerini temsil etmektedir. T1DM tanısı olan çocuk ve ergenlerde hastalık bütüncül olarak ele alınmalıdır, fiziksel boyutunun yanında tedavi uyumunu önemli derece etkileyen hasta ve bakım verenlerinin psikolojik durumları, uyum güçlükleri ve hastalığa yaklaşımları da değerlendirilmelidir. Bu çalışmada yatılı gerekli olan ve olmayan hastaların arasında hastanın benlik saygı düzeyi ve anne baba tutumunun tedavi uyumunda ön görücü olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmanın etik kurul onayından sonra Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Çocuk Endokrinoloji servisinde tip 1 diyabet tanısıyla yatılı olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 12-18 yaş arası 40 çocuk ve ergen vaka grubu olarak ve yaş ve cinsiyet açısından benzer özellikler gösteren, çocuk endokrinoloji polikliniğinde yatışları olmadan T1DM tanısıyla takip edilen ve çalışmaya dahil olmayı kabul eden 38 çocuk ve ergen kontrol grubu olarak alınmıştır. Her iki grupta aydınlatılmış onay formu alındıktan sonra araştırmacı tarafından sosyodemografik özelliklerinin yer aldığı bir veri toplama formu doldurulmuştur. Psikiyatrik bozukluklar tanılarını yarı yapılandırılmış Okul Çağında Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve İzofreni Görülme Çizelgesi- İmami ve Yaşam Boyu Versiyonuyla (ÇD G- Y) araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir ayrıca katılımcılardan Anne Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ) ve Coopersmith Benlik Saygı Envanterinin doldurulması istenmiştir.

**Bulgular:** Çalışmamızın vaka ve kontrol grubunda hastaların yaşları ve cinsiyetleri anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p > 0.05$ ). Vaka grubunda tanıya ortalama  $8.5 \pm 4.1$  ve kontrol grubunda  $10.6 \pm 3.1$  olarak saptanmıştır ve sonuç olarak vaka grubunda tanıya, kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük tespit edilmiştir ( $p = 0.023$ ). Çalışmamızda vaka grubunun ortalama son HbA1c düzeyleri  $9.4 \pm 2.1$  ve kontrol grubunun ortalama son HbA1c değeri  $7.6 \pm 1.2$  olarak belirlenmiştir, vaka grubunda bu değer istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ( $p < 0.001$ ). ÇD G- Y-DSM-5 yarı yapılandırılmış psikiyatrik

de erlendirme sonuçları vaka grubunda daha fazla Depresyon tanısı, Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Sosyal Fobi tanısı olarak belirlenmiştir (depresyon  $p < 0.001$ ), (yaygın anksiyete  $p < 0.001$ ), (sosyal fobi  $p = 0.011$ ). Vaka grubunda %76.2 annelerin demokrat tutumu ve %23.8 otoriter tutumu gösterdikleri belirlenmiştir. Bu grupta babaları tutumu %69.0 demokrat ve %31.0 otoriter olarak görülmüştür. Kontrol grubunda annelerin %92'si demokrat ve %7.9'u otoriter tutum sergilerken babaların %84.2'si demokrat tutum ve %15.8'i otoriter tutum göstermişlerdir. Gruplar arası karşılaştırılarda anlamlı olarak vaka grubunda otoriter anne baba tutumu daha fazla görülmüştür (Anne Demokrat  $p=0.006$ ), (Baba Demokrat  $p= 0.023$ ). Coopersmith Benlik Saygı Envanterinin alt boyut puan ortalamalarının da ıllımına bakıldığında vaka grubu katılımcıların benlik saygı tam ve genel puanı kontrol grubundan anlamlı olarak düşük bulunmuştur ve benzer şekilde ev aile öz saygı puanı anlamlı farklılık göstermiştir (tam puan  $p=0.007$ ), (genel puan  $p= 0.048$ ), (aile ev puan  $p=0.002$ ).

**Sonuç:** Çalı mamızda, kronik bir hastalık olan T1DM'in kötü metabolik kontrol ve uygun düzeyde olmayan tedavi uyumu ile çocuk ve ergenlerin düşük benlik saygısı ve ya adını ailede otoriter anne baba tutumuyla ilişkisi gösterilmiştir. Ayrıca bu çalışmada metabolik kontrolü kötü giden vaka grubunda elde ettiğimiz yüksek ruhsal hastalık oranları, T1DM'in sadece fiziksel bir hastalık olmadığını, bireyin psikolojik, sosyal, emosyonel seviyesini de olumsuz etkilediğini düşünölmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** T1DM, benlik saygısı, otoriter anne baba tutumu, psikiyatrik tanı

## SUMMARY

### **Self-esteem and family attitudes in Type 1 DM adolescent patients with and without treatment compliance**

**Introduction:** Type 1 Diabetes Mellitus (T1 DM) disease as one of the most common chronic diseases known in children and adolescents and therefore represents important health problems in this population. Children and adolescents who was diagnosed with T1DM, the disease should be approached as a whole, and the psychological status, adaptation difficulties and attitudes of the patients and their caregivers, which significantly affect the treatment compliance, should be evaluated as well as the physical dimension. We aimed to assess self-esteem and parenting attitudes in Type 1 DM children and adolescent patients with and without treatment compliance.

**Subjects and Methods:** The ethics committee approval of the study is obtained, then the study was carried out descriptively in pediatric endocrinology clinics of Bezmialem Vakif University hospital, 40 T1DM diagnosed children and adolescents aged 12-18 years, who has hospitalization for DM compliance problems accepted to participate in the study were chosen as study groups and 38 children and adolescents who were followed up with a diagnosis of T1DM without hospitalization in pediatric endocrinology outpatient clinic and accepted to be included in the study were selected as the control group. After obtaining the informed consent form for both groups, a data collection form including sociodemographic information was filled by the researcher. In the psychiatric evaluation, the diagnoses were made by the researcher in the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Kiddie-SADS-lifetime Version (K-SADS-PL) semi-structured interview, and the participants were also asked to fill in the Parental Attitude Scale and the Coopersmith Self-Esteem Inventory.

**Results:** The age and gender of the patients in the case and control groups of our study did not differ significantly ( $p > 0.05$ ). The mean age at diagnosis was found to be  $8.5 \pm 4.1$  in the case group and  $10.6 \pm 3.1$  in the control group, and as a result, the age of diagnosis in the case group was found to be significantly lower than the control group ( $p = 0.023$ ). In this study, the mean last HbA1c levels of the case group were  $9.4 \pm 2.1$  and the mean last HbA1c value of the control group was  $7.6 \pm 1.2$ , and this value was found to be statistically significantly higher in the case

group ( $p < 0.001$ ). K-SADS-PL-DSM-5 semi-structured psychiatric evaluation results were determined as more depression diagnosis, Generalized Anxiety Disorder and Social Phobia diagnosis in the case group (depression  $p < 0.001$ ), (generalized anxiety  $p < 0.001$ ), (social phobia  $p = 0.011$ ). It was determined that 76.2% of the mothers in the case group showed democratic attitude and 23.8% authoritarian attitude. In this group, the attitude of fathers is 69.0% democrat and 31.0% authoritarian. In the control group, 92% of the mothers were democratic and 7.9% were authoritarian, 84.2% of the fathers were democratic and 15.8% were authoritarian. Comparison of groups showed that authoritarian parental attitude was significantly higher in the case group (Mother Democrat  $p = 0.006$ ), (Father Democrat  $p = 0.023$ ). Looking at the mean scores distribution of the sub-dimension of the Coopersmith Self-Esteem Inventory, the self-esteem and general scores of the case group participants were found to be significantly lower than the control group, and similarly, the home-family self-esteem score showed a significant difference (full score  $p = 0.007$ ), (overall score  $p = 0.048$ ), (family home score  $p = 0.002$ ).

### **Conclusion:**

In our study, the relationship between poor metabolic control and inappropriate treatment compliance of T1DM in child and adolescents with their low self-esteem and authoritarian attitude of their parents has been determined. In addition, the high rates of psychiatric disorders which determined in the study group with poor metabolic control show that T1DM is not only a physical disease, but also negatively affects the psychological, social and emotional functionality of the individuals.

**Keywords:** Type 1 diabetes mellitus, self esteem, authoritarian parenting style, psychiatric disorders

## 1. G R ve AMAÇ

Tip 1 Diyabetes Mellitus (T1DM) insülin hormonu salgılanmaması veya yetersiz salgısı ile karakterize, özel HLA tiplerini taşıyan bireylerde viral enfeksiyon, kimyasal veya toksik maddelerin maruziyetinin ardından ortaya çıkan, pankreas beta hücrelerinin yıkımı ile seyreden otoimmün bir hastalık olup, çocukluk çaının en sık görülen kronik endokrinolojik hastalıklardan biridir (1).

Çocukluk çaında tanımlanan diyabet olgularının %80-95'i tip 1 DM olmaktadır. Görülme sıklığı 12-50/100.000 oranlarda değişmekle birlikte, ülkeler arası ve aynı ülke içinde bölgesel farklılıklar gösterebilmektedir (2). Uluslararası Diyabet Fedrasyonu- 2019 (International Diabetes Federation -2019) verilerine göre tüm dünyada yaklaşık 98.200 onbeş yaş altı çocuğun T1DM ile yaşandığı düşünülmekte ve coğrafik farklılıkların güçlü göstergeleriyle birlikte genel yıllık artışın yaklaşık % 3 olduğu tahmin edilmektedir (3). Ülkemizde T1DM insidansı ile ilgili ulusal ölçekte yayınlanmış bir ara tırma bulunmamaktadır. Uluslararası Diyabet Fedrasyonu (IDF) Diyabet Atlası tarafından 2009 verilerine göre Türkiye'de 15 yaş altı T1DM insidansı 3.2/100.000 çocuk/yıl olarak belirtilmektedir (3).

T1DM; yaşam boyu tedavi gerektiren, iyi metabolik kontrol sağlanamadığında geri dönüş komplikasyonlara yol açarak; bireyin yaşam kalitesini, fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyen, sosyoekonomik olarak yük oluşturan en yaygın metabolik hastalıklardan biridir (4). T1DM tanısı olan çocuk ve ergenlerde uzun sürede gelişebilecek komplikasyonları en aza indirebilmek ve akut komplikasyonları önleyebilmek için, hastanın en iyi şekilde öz yönetiminin kazanılması, tedavi uyumu için desteklenmesi, yeterli eğitim verilmesi ve düzenli aralıklarda tıbbi bakımının yapılması gerekmektedir (5-7). T1DM'in yönetimdeki temel öğeler; özel diyabetik diyetlerin uygulanması, diyabet hastalık konusuyla ilgili gereken eğitimler ve bilgilerin verilmesi, bireysel izlemin yapılması, belirtilerin kontrolü, egzersiz ve insülin tedavisi olarak belirtilmektedir (8-10). Hastalığın yönetimi yaşam boyu devam etmelidir. Çocukluğun erken dönemlerinde diyabet yönetimi ailelerin sorumluluğunda iken, iyi olan metabolik kontrol ergenlik sürecinde zayıflamakta, sorunlu davranışlar artmakta ve bu davranışsal problemler hastalık kontrolünü daha da zor hale getirmektedir (11, 12).

Vücudun fiziksel değişikliklerine uyum sağlamak ve geleceğe ilişkin planlar yapmak ve ebeveynlerden bağımsızlaşmanın kazanılması gibi gelişimsel özellikleri kapsayan bu dönemde, diyabetle başa çıkma konusunda kaygılar, korkular, endişeler ve isteksizlik gibi olumsuz



duygular yasanabilmekte, bu olumsuz duyguların uzun süre ya anması, hastanın ilaç kullanımı, diyet ve tedavi uyumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (13).

Ergenler en çok insülin enjeksiyonu, kan glikozu ölçümleri ve beslenme planlarının kabulü yönünden uyumsuz davranışlar sergilemektedirler (14). Hastalığın getirdiği fiziksel aktivitelerdeki kısıtlılıklar ile günlük yaşamdaki zorlanmalar ve aksaklıklar ve tedavi protokolleri sonucu yaşam tarzındaki değişiklikler, ergenin akran ilişkilerini ve sosyal yaşamını kısıtlayabilmekte, akran etkileşimlerinde sorunlara yol açabilmektedir (15). Bununla birlikte ergenlerin hastalık nedeni ile benlik kavramları ve benlik saygıları önemli ölçüde etkilenebilmekte, akranları tarafından dışlanabilmekte ve sağlıklı yaşamla ilgili iletişim kurmakta zorlanabilmektedirler (16). Düşük benlik saygısı sonucu ergenlerde, arkadaşlıklardan kaçınma ve sosyal aktivitelerden uzaklaşma ile birlikte içe kapanma eğilimi görülebilmektedir. Ergenlerin, sosyal ortamlarda akran baskısı altında kaldıklarında diyetlerine uyum konusunda zorlandıkları, ancak hastalıkları hakkında arkadaşlarıyla etkili iletişim kurdukları zaman tedavi uyumlarının daha iyi oldukları belirtilmektedir (17).

Yapılan araştırmalar, çocuğun içten denetimli ilişkiyi kazanabilmesinde, aile içi dinamiklerin sağlıklı olmasının, çocuğa yeterli ilgi ve destek gösterilmesinin, uygun bir şekilde desteklemesinin ve tutarlı disiplin gösterilmesinin önemini vurgulamaktadır. Buna karşın tutarsız, aşırı koruyucu, baskıcı ve otoriter ebeveyn tutumu, fiziksel ve duygusal cezalandırma, çocuğun dıştan denetimli ilişkiyi kazanmasına engel olmaktadır (18, 19).

Çocuğalı ergenlik döneminde T1DM'li çocuğu olan ebeveynlerin hastalığın tedavi yönetimine ilişkin birçok zorlukla karşılaşmaları ve kötü metabolik kontrol ile ilgili kaygıya adıklarını belirtmektedir (11).

iyi bir metabolik kontrol sağlanmasında, ergenlerin gelişimsel sorumluluklarını yerine getirebilmesinde ve bu stresli dönemin ergen ve ebeveynleri için en az zorluklarla geçebilmesinde, anne ve babanın sağlayacağı destek ve ergenle kuracağı olumlu ilişkiler son derece önemlidir. Suçlayıcı ve öfkeli tutumlar yerine daha sıcak ve samimi, olumlu, kabullenici tavırlar sergileyen ve amaçlarını ve beklentilerini birbirlerine açıkça ifade eden T1DM'li ergenler ve ebeveynleri bu dönemi daha az sorun yaşayarak geçirebilmektedirler (20).

Demokratik olmayan anne-baba tutumları olan ebeveynlerin çocuklarında T1DM'in tedavi uyumu ve metabolik kontrolünde zorluklar ortaya çıkabilir. Aşırı müdahaleci ve koruyucu anne

baba tutumları sonucu ortaya çıkan çatı malar, sa lık problemlerin yönetimindeki bireysel sorumlulukları olumsuz etkileyebilir.

Demokratik olmayan, ili kide e itli e izin vermeyen anne baba tutumları kronik hastalı ın yönetiminde T1DM'li ergenlerin yeterince tedavi sorumlulu unu almamasına yol açabilir. Bunun yanı sıra enjeksiyonların uygulanması, kan ekerinin ölçülmesi ve kontrol edilmesi ve diyete uyum konusunda da sorunlar ortaya çıkabilir (6).

Konu ile ilgili literatür incelendi inde; ergenlerin benlik saygıları ve ebeveynlerinin tutumları ile kronik hastalıklarının tedavi uyumu arasındaki ili kiyi inceleyen çalı maların sınırlı oldu u görülmektedir.

### **1.1. Temel Hipotezler**

1. Tip 1 diyabet tanısı ile izlenen ergenlerde benlik saygı faktörü hastalı ın metabolik kontrolünde ve hastanın tedavi uyumunda önemli bir belirleyici faktör olabilmektedir.
2. Tip 1 diyabet tanısı olan ergenlerde, anne baba tutumları (demokratik, koruyucu-istekçi, otoriter) hastaların diyabet yönetiminde ve tedavi uyumlarında farklılıklara sebep olabilmektedir.

### **1.2. Ara tırmanın önemi ve amacı**

Tip 1 diyabetli çocuk ve ergenlerin hastalıklarına yönelik tutumları, hastalık hakkındaki olumsuz dü üncelerinin belirlenmesi ve bu dü üncelerin olumlu yönde de i tirilmesi, aynı e kilde anne babaların uygun olmayan tutumları hakkında bilgilendirilmeleri, çocukların hastalı a ve tedavisine uyumunu kolayla tırabilmektedir. Bu hipotezlere dayanarak bu çalı ma, Tip 1 diyabetli ergenlerin hastalıklarının tedavisine yönelik uyumunda anne baba tutumları ve benlik saygısının öneminin belirlenmesini amaçlamaktadır.

## **2. Genel Bilgiler**

### **2.1. Ergenlik**

#### **2.1.1. Ergenli in Tanımı**

“Ergen” sözcü ü Batı literatüründeki “adolescent” in kar ılı ı olarak kullanılmaktadır ve Latince de büyüme, olgunlaşma anlamında kullanılan “adolescere” fiilinin kökünden alınmaktadır (21).

Ergenlik, bireyin gelişim sürecinde çocukluk döneminin bitmesiyle beraber sözü edilen dönemin başlangıcından fizyolojik olarak erişkinliğe ulaşmaya kadar geçen bir gelişim dönemi olarak tanımlanmaktadır. Öte yandan ergenlik dönemi, buluşma ça ına erme sebebiyle biyopsikolojik bakımdan çocukluk sürecinin sona ermesiyle, toplumsal yaşamda sorumluluk üstlenme dönemi olan yetişkinlik döneminin başlangıcı arasında kalan bir gelişim süreci olarak da tanımlanabilmektedir (22).

Birleşmiş Milletler (UN) Çocuk Hakları Sözleşmesi, bir çocuğu 0-18 yaş arası bir birey olarak tanımlamaktadır ve son açıklamalarda ergenliği resmi olarak 10 ila 19 yaşları arasında bir süreç olarak tanımlamaktadır (22, 23).

UNESCO'nun tanımlamasında ergenlik dönemi, 15-25 yaşları arasında belirtilmiştir. Birleşmiş Milletler Örgütü'ne göre ise ergenlik ça ı 12-25 yaşları arasında tanımlanmıştır (24).

#### **2.1.2. Ergenlik Evreleri**

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), ergenliği erken ergenlik ve geç ergenlik dönemleri olarak iki boyuta ayırmaktadır. Erken ergenlik dönemini 10-14 yaşları arasında tanımlarken, geç ergenlik dönemini 15- 19 yaşları arası bir süreç olarak tanımlamaktadır. Pawlowski ve Hamilton (2008) ergenliği erken ergenlik, orta ergenlik ve geç ergenlik olarak üç dönem kategorisinde tanımlamışlardır (25).

## 2.2. Kronik Hastalıklar

Kronik hastalıklarla ilgili literatürde pek çok tanıma rastlanmaktadır. İlk tanım L. Mayo (1956) tarafından yapılmış ve halen bu tanı kullanılmaktadır. Bu tanıma göre kronik hastalık; normalden sapma veya bozukluk gösteren, kalıcı yetersizlik bırakabilen, geriye dönüşümü olmayan, patolojik değişiklikler sonucu oluşan, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, uzun süre bakım, gözetim ve denetim gerektirecek beklenen durum olarak tanımlanmaktadır (26).

### **Kronik hastalıklar üç temel özelliğe sahiptirler:**

- 1) Psikolojik, fizyolojik ve bilişsel boyuttan oluşmaktadır.
- 2) Durum süresizdir ya da hastalığın en az 12 ay sürmesi beklenmektedir.
- 3) Hasta fonksiyonel sınırlılıklar ve kayıplar yaşamaktadır ve destekleyici yardıma örnek tedavi, diyet, kişisel yardım gibi ihtiyaç duyulmaktadır (27).

Ergen ve çocuklar genel popülasyondan 2,5 kat daha fazla psikopatoloji gelişimi açısından risk altındadırlar (28). Ergenlik boyunca psikolojik ve fizyolojik değişikliklerle ilerleyen bir dönemdir. Ergenlerin hem dönemin karmaşası hem de kronik hastalık nedeniyle en fazla zorluk yaşayan gruplar olduğu belirtilmektedir. Kronik hastalığa karşı psikososyal tepkiler, hastanın psikolojik bütünlüğünü korumak için açığa çıkan tüm bilişsel, duygusal ve davranışsal cevapları kapsamaktadır (29). Ergenlerin % 10'unda davranışsal ve duygusal sorunlar tanımlanırken, bu oran kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerde % 20 civarı görülmektedir (30).

Ergenlikte fiziksel görünüm ve ilevsellik çok önemlidir. Hastalık nedeniyle fiziksel bozukluğun olması ve ilevsellik kaybı, özgüvenin olumsuz etkilenmesine sebep olabilmektedir (31). Kronik hastalığın ergenlerde aynı zamanda, fazladan çabaya, kısıtlı a, a rı ve yoğun kaygılara yol açtığı belirtilmektedir (32). Çocukluk ve ergenlikte kronik hastalığın varlığı ilerleyen gelişim dönemlerinde ruhsal bozukluk ortaya çıkması açısından önemli bir risk etkeni olarak belirtilmektedir (31). Bağımsızlık kazanma aşamasındaki bir ergenin hastaneye yatması, hastada bedeninin kontrol altına alındığı duygusu ve öfke yaratabilmekte aynı zamanda çeşitli uyum sorunlarına yol açabilmektedir (33).

## 2.3. Diyabetes Mellitus

### 2.3.1. Tanımlama

Diyabetes mellitus (DM) insülin salgılanmasında ve etkisinde yetersizlik sonucu gelişen karbonhidrat, yağ ve protein metabolizması bozukluğuyla seyreden hastalıktır. Çocukluk ve ergenlik döneminin en sık görülen endokrin ve metabolik bozukluğu olan DM tek bir hastalık tablosu olmayıp, etiyoloji, patogenez ve genetik yönden farklılıklar gösteren hastalıklar grubu olarak tanımlanmaktadır (34). Tablo 3.1’de diyabetes mellitusun tanı ölçütleri Amerikan Diyabet Derneğine göre verilmektedir.

**Tablo 3.1 Diyabetes mellitusun tanı ölçütleri 2018’da Amerikan Diyabet Derneği’nin (American Diabetes Association=ADA) tanımlamasına göre;**

1. HbA1c (Glikozile hemoglobin)’nin  $\geq 6,5$  olması
2. Açlık kan şekeri düzeyinin (en az 8 saat açlıktan sonra)  $\geq 126$  mg/dl olması
3. Oral glukoz tolerans testi (OGTT) sırasında 2. saatteki kan şekeri düzeyinin  $\geq 200$  mg/dl (75 gr glukoz ile yapılan test ile) olması
4. Hiperglisemi ya da hiperglisemik atak klinik bulguları (poliüri, polidipsi, kilo kaybı, halsizlik) ile birlikte günün herhangi bir saatinde bakılan kan şekeri düzeyinin  $\geq 200$  mg/dl olmasıdır (35).

### 2.3.2. Tip 1 Diyabetes Mellitus

Tip 1 diyabet daha önceden “insüline bağımlı diyabet (IDDM)” (WHO, 1985), “juvenil bağımlı diyabet” ve “çocuk diyabeti” olarak da adlandırılmıştır. Ulusal Diyabet Veri Grubu’nun görüşüne göre “juvenil bağımlı diyabet” terimi yanlış bir tanımlamadır. Çünkü Tip 1 diyabet her yaşta ortaya çıkma ihtimali olan ve insüline bağımlı diyabet tipidir. Tip 1 diyabetlilerin tüm diyabetliler içinde yaklaşık %5-10’luk bir bölümü kapsadıklarını tahmin edilmektedir. Tip 1 diyabet her yaşta ortaya çıkabilmesine rağmen çocuk ve ergenlerde daha sık görülmektedir. Tip 1 diyabet bağımlı çocukluk çağında pik yapmaktadır. Araştırmalara bakıldığında Tip 1 diyabet tanı alanların dörtte üçü 18 yaş altında tanı aldıkları görülmektedir.

Tıbbi terminolojisine göre, Tip 1 diyabette pankreasın beta hücrelerinden salınan insülin hormonunun miktarı çok düşük bir düzeye inmekte ya da tamamen durmaktadır. Tip 1 diyabet tanısı olan hastalar, insülin olmaksızın yaşamsal fonksiyonlarını yerine getirememeleriyle karşılaşmaktadırlar (36-38).

### **2.3.2.1. Epidemiyoloji**

Son 10 yıl içerisinde çocukluk çağı diyabet hastalığının temel özellikleri ile ilgili önemli gelişmeler olmuştur. Çocukluk çağı diyabetin epidemiyolojisi alanında yapılan araştırmalar daha önem kazanmıştır. Tip 1 DM çocukların yaş, ırk, yaşadıkları coğrafik bölgesi ve mevsimsel değişimlerle değişkenlik gösterebilmektedir (5, 39).

Dünya genelinde 15 yaş altı 497.100 çocuğunun tip 1 diyabetli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, dünyada 2013 yılında 15 yaş altında 79.100 çocukta tip 1 diyabet gelişmiştir. Yapılan üç büyük ölçekli çalışmada dünyada, Avrupa'da ve Amerika'da tip 1 diyabet insidansındaki artış kanıtlanmıştır (39, 40). Tip 1 diyabet insidansındaki artışın coğrafik farklılıklar gösterdiği bilinmekle birlikte (özellikle skandinav ülkelerinde daha yüksek) genel olarak artış hızı yılda %3 olarak hesaplanmıştır. Dünyadaki tip 1 diyabetli çocukların %26'sı Avrupa'da, %22'si Amerika'da yaşamaktadır. (40-42) .

Ülkemizde tip 1 diyabet insidansı ile ilgili ulusal ölçekte yayınlanmış bir çalışmada bulunmamasına rağmen, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) verilerine dayanan güvenilir bir araştırmaya göre ülkemizde 18 yaş altın tip 1 diyabet insidansı 100 binde 10.8 olarak bildirilmekte ve 2013 yılı itibarıyla 18.190 çocuğunun diyabet olduğu belirtilmektedir (41-43).

### 2.3.2.2. Etiyoloji ve Patogenez

Tip 1 DM etyolojisinde genetik etmenler, çevresel etmenler ve otoimmün mekanizmalar birlikte rol oynamaktadır. Etiyolojide yer alan genetik ve çevresel etmenler Tablo 3.2 ve 3.3'te verilmiştir (34, 44)

**Tablo 3.2 Tip 1 DM etyolojisinde yer alan genetik etmenler**

1) En önemli genler kromozom 6p21 üzerindeki MHC HLA sınıf II bölgesinde bulunur.

A- Yatkınılık olu turanlar

-HLA-DR3 ve/veya HLA-DR4 antijenlerinin varlığı

-HLA-DQ beta zincirinin 57. pozisyonunda aspartik asidin homozigot yokluğu

-HLA-DQ alfa zincirinin 52. pozisyonunda arginin bulunması

B- Koruyucu olanlar

-HLA-DR2, HLA-DQ6, HLA-DR5 varlığı

2) Aile bireylerinden birinde DM varlığında diğer bireylerde diyabet riskinin artması kalıtımın etkisini göstermektedir.

-Tip 1 DM tanılı çocukların kardeşlerinde DM riski %6

-Tip 1 DM tanılı tek yumurta ikizlerinden diğerinde risk %30-50

-Tip 1 DM tanılı çocukların babalarında tip 1 DM oranı %5-6

-Tip 1 DM tanılı çocukların annelerinde tip 1 DM oranı %2-3

**Tablo 3.3. Tip 1 DM etiolojisinde yer alan çevresel etmenler**

**A- Viral enfeksiyonlar:** enfeksiyon ajanlarının doğrudan sitotoksik etki ile hücre harabiyetine neden oldukları ya da otoimmüniteyi tetikleyerek otoimmün saldırıyı başlattıkları düşünülmektedir.

-Kızamıkçık

-Epstein-Barr Virusü (EBV)

-Sitomegalovirüs (CMV)

-Suçiçeği

-Kabakulak

-Koksaki A, koksaki B3 ve B4

**B- Beslenme özellikleri**

- Anne sütü ile erken beslenme,

-Diyette C ve E vitaminleri gibi antioksidan maddelerin eksikliği,

-Tütsülenmiş et gibi nitrozaminden zengin beslenme,

- İçme sularında bulunan yüksek nitrat içeriği,

-Çinkodan fakir beslenme tip I DM gelişme riskinin artırır.

-Süt çocukluğu döneminde verilen D vitamini desteğinin de diyabet riskini azaltacağı belirtilmiştir.

**C- Toksik ve kimyasal ajanlar:** Aloksan, pentamidin, streptozotosin, fare zehiri (vacor), klorozotosin, siproheptadin, siklosporin v.s.

**D- Duygusal stress**



### **2.3.2.3. Tip 1 diyabette klinik belirtiler ve bulgular**

Tip1 DM diyabetin klinik seyri akut ba langıç, remisyon (balayı) dönemi, iddetlenme ve total diyabet olmak üzere dört evre olarak de erlendirilmektedir (45-47)

#### **2.3.2.3.1. Akut Ba langıç**

Klasik belirtiler poliüri, polidipsi ve polifaji teryadı ekinde görülmektedir. Hiperglisemiye ba lı idrarla sıvı kaybı olmaktadır. Dehidratasyona ba lı susuzluk hissi, fazla su içme, ardından fazla idrar çıkartma, halsizlik ve fazla yemek yemeye ra men, kilo kaybı genel olarak öne çıkan ikayetlerdir. Ketoasidoza ba lı bulantı, kusma, karın a rısı, dehidratasyon, bilinç dalgalanmaları ve koma gibi belirtiler ilk ba vuru sebebi olabilmektedir (46, 48).

#### **2.3.2.3.2. Remisyon Dönemi**

Yeni tanı almı tip 1 diyabetli çocukların birço unda insülin tedavisinin ba lamasından kısa bir süre sonra insülin gereksiniminde azalma görülebilmektedir. Tip 1 DM'nin balayı dönemi olarak tanımlanan bu dönemde insülin salgılanmasında kısmi iyile meye ba lı olarak metabolik bozuklu un geçici düzelmesi görülebilir. (46, 49).

#### **2.3.2.3.3. iddetlenme ve Total Diyabet**

Hastalı n ortaya çıkı nı izleyen ilk birkaç yıl içinde endojen insülin yapımının giderek kaybıyla klinik ve biyokimyasal bulgular a ırla ıp ve hasta total diyabet dönemine girmektedir (46, 49).

#### **2.3.2.4. Tedavi**

Diyabet tedavisinin temel hedefleri hiperglisemi, ketoasidoz ve hipoglisemi atakları gibi akut komplikasyonları engellemek, normal büyüme-geli meyi sa lamak, ruh sa lı nı korumak, geli ebilecek otoimmün hastalıkları (Hashimoto tiroiditi, çölyak hastalı ı gibi) erken belirlemek ve gereken tedavileri yapmak ve sonuç olarak kronik komplikasyonları (nefropati, retinopati, nöropati) engelleyebilmektir. Bu amaçla iyi bir metabolik kontrolün sa lanması önem ta ımaktadır. Tedavi a amaları 4 temeli yani insülin tedavisi, beslenmenin planlanması, egzersiz ve e itim olarak tasarlanmaktadır (50, 51).

### 2.3.2.5. Tip 1 Diyabetin Ergenler Üzerinde Etkisi

Ergenlik dönemi bireyin beden boyutu, a ırlı ı, boy ölçütünün de i mesi, hormonal, cinsel, sosyal, duygusal, ki isel ve zihinsel de i meler ve geli melerin ya andı ı, bulu la ba layan ve bedence büyümenin sona ermesi ile sonlandı ı dü ünülen özel bir dönemdir (52). Ergenlik dönemi birçok fiziksel ve fizyolojik de i imlerle birlikte kazanılması gereken geli imsel görevleri de beraberinde getirmektedir (53). Bu nedenle kronik bir hastalı ın ortaya çıkmasında hem bu geli imsel görevlerin hem de hastalı a ili kin sorumlulukların yerine getirilmesi zorluklar ya atabilmektedir (54).

Ergenlik dönemi çocu un tip 1 diyabete ba lı bilgi edinme ve öz bakım beceri kazanmanın en üst düzeyde olabilece i bir dönem olmasına kar ın hastalı ın yönetiminin ve metabolik kontrolünün en zor oldu u, çocukların ve anne babaların en fazla sorun ya adıkları bir dönemdir (55, 56). Yapılan çalı malarda ergenlik döneminde Tip 1 diyabet tanılı çocu u olan ebeveynlerin hastalı ın yönetimiyle ilgili sorun ve aynı zamanda çok kaygı ya adıkları belirlenmi tir (11, 55, 57, 58).

Ergenin hastalı ın tedavi planına beklenen düzeyde uyum sa lamamsı nedenlerinden, Tip 1 diyabet nedeniyle ebeveynlerine ba ımlı kalması, hastalı ın arkada ve akran grubunda farklılı a neden olması, kronik hastalı ın ergenin normal olma algısını olumsuz etkilemesi, ergenin ya amındaki de i iklere uyum sa lama çabalarına i aret edilebilmektedir (57-59).

Ergenin hastalı ın yönetimine ili kin ya adı ı psikososyal zorluklar metabolik kontrolün beklenen düzeyde olmasını engelleyerek mikrovasküler komplikasyonlarının geli me riskini arttırabilmektedir. Bu nedenle ergenlik döneminde hastalı ın metabolik kontrolünü olumsuz etkilebilecek sorunların erken belirlenmesi ve uygun giri imlerle bu sorunların önlenmesi önem ta ımaktadır (60).

### 2.3.2.6. Okul Ya antısı ve Arkada lı kilerinde Ya anan Sorunlar

Kronik hastalı ın varlı ı çocu un ya amının tüm alanlarını özellikle de okul ba arısını ve akran ili kilerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Okula devamsızlık problemi sa lıklı akranlarına oranla daha fazla görülmektedir (61). Glaab ve arkadaş larının yaptıkları bir çalı mada tip 1 diyabet tanısı olan çocukların okul devamsızlı mının sa lıklı karde leri ve akranlarına göre daha fazla oldu u ve okula devamsızlı ın kötü metabolik kontrol ile ili kili

oldu unu saptanmı tır (62). Ayrıca Dahlquist ve Källén 5.159 diyabetli ve sa lıklı çocukla yaptıkları çalı malarında tip 1 diyabetli çocukların okul ba arısının sa lıklı akranlarına göre daha dü ük oldu unu saptamı lardır (63).

Ergenlerin arkada lili kilerinde ya adıkları sorunlar da ergenin okulda hastalı ın günlük bakım uygulamalarını yapmasından çekinmesine neden olabilmektedir (64, 65). Akran kabulunun son derece önemli oldu u bu dönemde ergenler akranlarından farklı görünmemek ve onlar tarafından reddedilmekten korktukları için hastalıklarını arkada larından gizleyebilirler (66).Ayrıca ergenin kendini ho görmemesi, de ersiz hissetmesi ve benlik saygısının dü ük olması, onu arkada ları ile ileti im kurmaktan ve uygun sosyal aktivitelerden uzakla tırabilir.

Ergenin kronik bir hastalı a sahip olması arkada larından farklı olmasına, akran grubunun dı nda kalmasına, sosyal izolasyon ya amasına ve benlik saygısının ya ıtlarına göre daha dü ük olmasına neden olabilmektedir (67).

### **2.3.2.7. Ebeveyn-Çocuk lili kilerinde Ya anan Sorunlar**

Tip 1 diyabetli çocuklar ve ebeveynleri için ergenlik dönemi ebeveyn çocuk lili kilerinin yeniden yapılandı ı bir dönemdir. Bu dönemde çocu un kendi bakımının kontrolünü kazanabilmesi ve hastalı ının sorumlulu unu üstlenmesi ebeveyn ve ergenler arasında çatı ma ve ileti im sorunlarının ya anmasına neden olabilmektedir (68).

Bu dönemde ebeveynlerin ergenin hastalı ın yönetimine ili kin sorumlulukları beklenen seviyede yapmamasıyla ilgili kaygılar ileti im sorunlarına neden olabilmektedir. Anne babalar, ya adıkları bu endi eler nedeniyle ergene kar ı a ırı suçlayıcı, a ırı kollayıcı ve a ırı müdahaleci tutumlar gösterebilirler (69).

### **2.3.2.8. Psikiyatrik Sorunlar**

Tip 1 diyabetli ergenlerde depresyon, anksiyete, ofke kontrol sorunları, dikkat da ınıklı ı ve hiperaktivite gibi psikiyatrik ve davranı sal sorunlar sa lıklı akranlarla kıyaslandı nda daha sık görülmektedir. Çalı malara göre Tip 1 diyabetli çocuk ve ergenlerde depresif bulguların görülme oranı genel popülasyondan iki kat daha fazla görülmektedir (70). Ayrıca depresyon bozuklu u olan ebeveynler ve olumsuz aile lili kileri gibi ailesel faktörler, ergenin cinsiyeti ve

ya 1 gibi bireysel özellikleri, hastalının süresi gibi hastalığa özel faktörler ergenlerde depresyon bozukluğunun görülme riskini arttırabilmektedir (71).

Yeme bozuklukları özellikle de bulimia nevroza ve kısıtlayıcı yemek yeme bozukluğu tip 1 diyabetli ergenlerde en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biri olmaktadır. Tip 1 diyabetli ergenlerde yeme bozuklukları diyabetik olmayan akranlarına göre %8 ve %30 oranında ve kızlarda erkeklerden daha sık görülmektedir (72). Bu dönemde kilo vermek amacıyla aşırı egzersiz yapma, kendi kendine kusturma ve insülin dozunu atlama gibi davranışlar görülebilmektedir. Yeme bozuklukları aynı zamanda kötü metabolik kontrolüne sebep olmakla beraber retinopati, nefropati ve nöropati gibi uzun dönem komplikasyonların gelişimini hızlandırmaktadır (73).

### **2.3.2.9. Tip 1 Diyabetli Ergenlerde Psikososyal Bakım**

Tip 1 diyabet tedavisinde metabolik kontrolün beklenen düzeyde sağlanması için psikososyal sorunların tanımlanması ve önlenmesinin önemini yapılan çalışmalarla gösterilmiştir ancak ülkemizde ergenler ve ailelerinin bu bakımı beklediği düzeyde alamadıkları gözlenmektedir. Bu doğrultuda aile üyeleri ve ergenlerin yaşadıkları zorluklar ve yaşam kaliteleri düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir. Bu hastalarda aile ve ergenin psikososyal durumunun düzenli olarak değerlendirilmesi HgbA1c düzeyinin düzenli olarak değerlendirilmesi kadar önemlidir (74). Bu değerlendirmeler ergenlerin sağlık algıları ve hastalının uzun dönem komplikasyonları ile ilgili kaygıları, aile, okul ve arkadaşlarıyla yaşadıkları sorunları, psikiyatrik bozuklukları ve yaşam kalitelerini içermelidir (74).

Ayrıca ergenlerin sosyal problem çözme becerileri, etkili iletişim yöntemleri gibi alanlarda yaşadıkları sorunlarla baş etme becerileri değerlendirilmeli, bu konuda eğitim ve danışmanlık sağlanmalı. Bu değerlendirmeler sonucunda değerlendirilirse ergen hastayı psikolojik danışmanlık veya psikiyatrik servislere yönlendirmek gerekmektedir. Ayrıca ebeveynlerin tükenmişlikleri metabolik kontrolün bozulması ile sonuçlanabileceği için ebeveynlerin yaşadıkları zorluklar, problem çözme becerileri ve sosyal destek sistemleri değerlendirilmeli ve bu doğrultuda gereken destek verilmelidir (74).

Ergenlik döneminde hastalının yönetimindeki sorumlulukların paylaşımı ve tedaviye uyum sağlamanın zorlukları, ergen ve ebeveynleri arasında çatışma yaratabilmektedir. Bu nedenle hastalının yönetimindeki sorumluluklar ve ebeveyn-ergen arasındaki ilişki ve iletişim sorunları

de erlendirilerek; ebeveynlere ergenlik döneminin özellikleri, etkili iletişim yöntemleri ve bu dönemde yararlanabilecek sorunlarla ilgili bilgi ve danışmanlık sağlanmalıdır (74).

Bu dönemde okul ve arkadaşlıklar çok önemli bir psikososyal destek kaynağı olmaktadır. Ayrıca okul personeli ve çocuğun arkadaşlarının tip 1 diyabet hastalığı konusunda ve yönetimi hakkında bilgili olmaları çocuğun hastalığının metabolik kontrolünün istenilen düzeyde olmasına katkı sağlayabilir. Bu nedenle ebeveynler ve ergen hastalar okul personeli ile birlikte içerisinde olmaları konusunda cesaretlendirilmelidir. Ergenin akademik başarıları ve arkadaşlıkları da erlendirilmelidir. Ülkemizde yaygın bir uygulama olmamakla birlikte okul hemşireleri diğer kronik hastalıklı çocuklar gibi tip 1 diyabetli ergenler için önemli bir destek ve bilgi kaynağı olabilmektedir.

Sonuç olarak; ergen ve ailesine verilecek çocuk ve aile merkezli destek ve danışmanlık ile hastalığın yönetimindeki güçlükler büyük ölçüde azalabilecektir (74, 75).

## **2.4. Benlik Saygısı**

### **2.4.1. Benlik Kavramı**

Son yıllarda kişiyi etkileyen güçlü bir faktör olarak benlik kavramı, psikiyatri tarafından büyük bir ilgi alanı olmuştur. Benlik ve kişilik iç içe olmakla birlikte, benlik kişilikten farklı özelliklere sahiptir. Benlik bireyin kendi kişiliğine ilişkin kanıların toplamı, insanın kendisini tanıma ve değerlendirme biçimidir (76).

Yani benlik, insanın özellikleri, yetenek ve olanakları, amaç ve beklentileri, inançlar ve değer yargılarından oluşan, dinamik, her an değişkenlik gösteren, yaşıtların sonucunda gelişen bir yapıdır. Bireyin içsel varlığının bütünüdür. Benlik, ben neyim? Ben ne yapabilirim? Benim için neler değerlidir? Hayattan beklentilerim nedir? gibi soruların cevaplarından oluşur (77). Kişinin öznel tarafı olarak tanımlanabilen benlik, bireyin kendi kişisine özgü olan bilinçli veya bilinçdışı tasarımları içermektedir (78).

Benliğe yüklenen bu anlam ile daha çok benlik kavramı (self-concept) kastedilmektedir. Çünkü benlik, kişiyi oluşturan tüm özelliklerin karmaşık bir örüntüsü olurken, benlik kavramı

bireyin kendisi hakkındaki görü ünü ifade etmektedir (79). Yani benlik kavramı, bireyin benli inin deneyimlerinden elde eden düzenlenmi bir bili sel yapı olarak tanımlanabilir (80).

Benlik kavramı, bireyin “algıladı ı benlik”, ba kalarının onu nasıl de erlendirdiklerine dair inançlarını kapsayan “ba kalarının gözündeki benlik” ve gelecekte olmak istedi i “ideal benlik” olarak üç ayrı boyutta de erlendirilebilir (81). İnsanlar benlik kavramlarına uyumlu davrandıklarında kendilerini güvenli ve yeterli hissederler. Benli in de erlendirilmesi çok de i ik ise, ortaya uyumsuzluk ve sorunlar çıkabilmektedir. Benlik kavramı genellikle süreklilik ve tutarlılık e iliminde olsada belli bir esnekli e sahiptir. Katı bir benlik kavramı ki iyi hayal kırıklı ına u rataabilmektedir. Esnek benlik kavramı ise geli me kapasiteye sahiptir (82).

#### **2.4.2. Benlik Saygısı**

Benlik saygısı, kendini oldu undan a a ı ya üstün görmeksizin kendinden memnuniyet duyma durumudur. Kendini de erli, olumlu, be enilmeye ve sevilmeye de er bulmaktır. Kendini oldu u gibi, gördü ü gibi kabullenmeyi, özüne güvenmeyi sa layan olumlu bir ruh halidir (83). Benlik saygısı, ki inin kendisini yetenekli, önemli, ba arılı ve de erli olarak algılama biçimidir. Ki inin kendi hakkında yaptı ı duygusal bir de erlendirmedir. ngilizcesi "self esteem" olan benlik saygısı kavramı için literatürde "özgüven" ve "özsaygı" gibi terimler kullanılmaktadır (84).

#### **2.4.3. Dü ük ve Yüksek Benlik Saygısı**

Psikolojik i levlerin çekirde inde yer alan benlik saygısı, ki ili in bütünle mesinde, davranı ın motive edilmesinde ve ruh sa lı ının olu umunda önemli bir faktör olmaktadır (85). Benlik saygısı ile çevreye uyum sa layabilme becerisi arasında do ru ve orantılı bir ili ki vardır. Benlik saygısı ki inin ya adı ı ki isel doyum ya da engellenme derecesine göre de i ebilmektedir. Benlik saygısının dü ük olması benli in de erini olumsuz etkileyen ya antılara sahip olmanın sonucudur (85).

Dü ük benlik saygısı olan ki ilerde yüksek düzeyde kaygı bozuklu u, psikosomatik ve depresyon belirtileri bulunmaktadır. Ayrıca, benlik saygısının dü ük olması, ki inin kendi durumunu gerçekçi bir ekilde de erlendirebilmesi ve de i tirilmesi gereken eyleri de i tirebilmesini olumsuz etkilemektedir (86). Dü ük benlik saygısına sahip bir ki inin öz

güveni genellikle zayıftır. Bu kişiler genellikle diğerlerine bağımlı olurlar, utangaç mizaca sahipler ve daha az yaratıcı ve daha otoriter kişiler olarak tanımlanırlar. Benlik saygısı yüksek olanlar, diğer olanlara göre kendilerinden daha memnunlar ve güçlü yönlerine, yeteneklerine ve olumlu özelliklerinin farkında olurlar (87, 88).

Yüksek benlik saygısı olan bireylerde öz güven, iyimserlik, barınma isteği, zorluklardan yılmama gibi olumlu nitelikler görülür (88). Olumlu benlik saygısı kişinin tümüyle birey olarak kendini kabul etmesi, değer vermesi ve güvenmesi olarak tanımlanmaktadır. Yüksek benlik saygısına sahip olan bir kişi, kendini olumlu olarak değerlendirir ve güçlü yönleri hakkında olumlu duygular besler. Kendine güvenen kişi güçsüz olduğu yönlerde kendini geliştirmeye çalışır (87).Yüksek benlik saygısının, aileye aitlik algısıyla ilişkisi belirlenmiştir. Ayrıca yüksek benlik saygısı olan kişilerde, akademik başarı ile içsel kontrol, yüksek ailevi kabul ve olumlu kendini çekici bulma duygusu ile ilişkisi bulunmuştur (89).

#### **2.4.4. Benlik Saygısını Etkileyen Faktörler**

Benlik kavramının gelişimi, kişinin çevresiyle olan yaşıtlarını algılayış biçimlerine göre oluşan dinamik bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Benlik saygısı önemli ölçüde yaşlıtların algılanış biçimi, diğer insanlar tarafından olumlu olarak değerlendirilme ve kabul edilme gereksinimlerinden etkilenmektedir (90). Benlik gelişimi bireyin içine bulunduğu eğitim sistemi, inanç sistemi, siyasal sistem ve ekonomik sistemler bağlamında süregelen duygu, düşünce, bilgi ve değer paylaşımlarıyla olumlu ya da olumsuz yönde gelişen etkileşimler içerisinde gerçekleştirilmektedir. Bu olumlu ya da olumsuz etkileşimler bireyin davranışını, biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimini belirlemede rol oynamaktadır (90).

Yavuzer (2000), benlik saygısını olumlu veya olumsuz olarak etkileyebileceğini düşündüğü kişilerin meslekleri, eğitim düzeyi, ekonomik durumları ve birçok deyimle ilgili çeşitli araştırmalar yapmıştır. Araştırma sonuçları; sosyo-ekonomik seviye, cinsiyet, kültürel değerler, babanın mesleği ya da anne babanın eğitim düzeyi, anne babanın gösterdiği ilgi seviyesi, akademik başarı, okul yaşamında serbest zaman etkinliklerine katılma, spor yapma, kardeş sayısı ve doğum sırasının benlik saygısı düzeyinin üzerinde etkili olduğunu göstermiştir (74).

Aile içi olumlu iletişim ve karşılıklı sevgi çocuğun benlik saygı gelişimini çok önemli derecede etkilemektedir. Anne baba arasında iletişim biçimi, anne ve babanın çocuklarına nasıl

davrandı ı aile içindeki çocukların geli imleriyle yakından ili kili olmaktadır. Ailenin çocu un davranı larına kar ı tepkileri, çocu un kendi benlik kavramını olu turmasında rol oynayarak çocu un kendisine olan saygısınıda etkilemektedir. Erken çocukluk döneminde benlik saygısını olu turmak için ebeveynler, çocu a kar ı sıcak, sevgi dolu ve anlayı lı davranı lar göstermelidirler. Anne baba çocuklarının davranı larını kabul etmedikleri halde bile sevgi göstermeyi devam ettirmeleri önem ta ımaktadır. Çocu un ba arılı bir ki ilik geli tirmesi için fizyolojik ve psiko-sosyal gereksinimleri do ru bir ekilde ve do ru zamanda kar ılanmalıdır. İhtiyaçlarının yerinde ve zamanında kar ılanmaması çocukta gerginlik ve huzursuzluk yarataca ndan, sa lıklı ki ilik geli imini etkileyebilmektedir. Yüksek benlik saygısına sahip çocuklar yeti tirebilmenin ön ko ulu; anne ve babanın da yüksek benlik saygısına sahip olmalarıdır. Çünkü çocuklara örnek olabilecek nitelikte yüksek benlik saygısı olan modellere ihtiyaç vardır. Ayrıca yakınlarından birinin kaybı çocukta birçok psikolojik sorun yaratılmaktadır. Özellikle ilk be yıl içinde ebeveyn kaybı, çocuk üzerinde çok büyük bir baskıya neden olabilir. Çocu un u radı ı kaybın geli imi üzerinde stres yaratan bir etki bırakıp bırakmayaca ı kaybın yerini doldurabilecek ki iyle ilgilidir (91).

Anne baba tutumları, bireyin ki ilik geli iminde önemli bir faktör olarak sayılmaktadır. İstekleri önemsiz olmayan, fikrinin belirtilmesine izin verilmeyen ya fikirleri sürekli ele tirilen çocuk içine kapanık, güvensiz, hırçın ve saldırgan ki ilik yapısı geli tirebilir. Çocu un yüksek benlik saygısı geli tirmesi için, çocu un ait oldu u aile bireylerinin özgüveni yüksek, ileti im becerileri geli mi , güven sa layan ve ho görülü tepkiler gösteren bir yakla ım içinde olmaları gerekmektedir (92).

Çocu un kazandı ı ba arılar do rultusunda kendisine olan güvenini yenileyerek benlik saygısının geli imine destek sa lamaktadır. Bireyin ya am algısı, ya amındaki elde etti i ba arıları ve bu ba arılara verdi i önemin sonucunda benlik saygısı olu maktadır (91). Okul öncesi dönemden ba layarak benlik saygısının geli iminde ö retmenler önemli bir rol almaktalar. Güvenli bir aile ortamından ilk defa ayrılan çocuk için de sınıf ortamı ayrı bir öneme sahiptir (87). Ö retmenlerin sert ve ele tirici tutumları, çocu u yargılayan yaklaşımları, çocu un kendini yetersiz hissetmesine ve benlik saygısını yitirmesine neden olmaktadır (93).



## 2.5. Anne Baba Tutumları

### 2.5.1. Tanımlama

Tutum kavramı uzun yıllardır sosyal psikolojinin temel konularından biri olarak tanımlanmaktadır. Tutum kişinin belli bir insan, grubu, nesne veya olaya yönelik olumlu ya da olumsuz düşünce, duygu ya da davranışlarının yapılandırılmasına yol açan oldukça kalıcı yargısal bir bilim olarak tanımlanmaktadır (94, 95). Tutumlar duygusal, bilişsel ve davranışsal olmak üzere üç ana boyuttan oluşmaktadır. Bir nesne, kişi ya da olayla ilgili duygular, bu kavramın en önemli ve temel bileşenidir. Bir nesneye ya da olayla ilgili inançlar tutum kavramının bilişsel bileşenini oluşturur. Duygulara yönelik sunulan davranışlar da tutum kavramının davranışsal bileşenini oluşturur. Tutumlar, gözlenemeyen, ancak gözlenebilen davranışlara yol açan varsayılan bilimlerdir. İnsanlar tutumlara sahip olarak doğmazlar, yani bu kavram zaman sürecinde kazanılır. Genellikle tutumların çoğu başlangıçta gözlemleyerek öğrenilir. Çocukların oluşturduğu tutumların ilk kaynağı ebeveynler olur (96).

Çocuğun sağlıklı fiziksel gelişiminin yanı sıra psikolojik gelişimi içinde, aile bulunduğu “psikolojik atmosfer” belirleyici bir role sahiptir. Bu atmosfer, Darling ve Steinberg’in (1993) tanımladıklarını temel alarak “ebeveynlik babilimi”, yani ebeveynlerin çocuk yetiştirme konusundaki temel değerlerini, tutum ve davranışlarını kapsamaktadır. Özellikle, Baumrind’in (1980; 1991) anne baba tutumları kavramını gündeme getirmesiyle beraber, son yıllarda özellikle Batı ülkelerinde, ebeveyn tutum ve davranışlarının, çocuk ve ergenlerin gelişim üzerindeki etkisi çok fazla araştırmanın konusu olmuştur (94).

Anne baba-çocuk ilişkilerinde ebeveyn tutumları, çocuğun hem kişilik ve sosyal gelişiminde hem de bağlanma stilinde önemli rol oynamaktadır (97, 98). Anne babaların gösterdikleri uygulamalar ve ya davranışlar çocuğun belirli bir ortama ya duruma göre göstermiş olduğu davranışa karşılık olurken; anne-baba tutumları, çocuğun farklı eylemlerine karşı tavır ekli olarak tanımlanabilir (99). Anne babaların çocuklarının davranışlarına karşı sergiledikleri tutarlı ve belirli davranış çerçeveleri, onların psikolojik açısından çok önemli rol oynamaktadır. Anne babanın olumlu ve destekleyen tutumları çocuğun gelişiminde tamamlayıcı rol oynarken, olumsuz ve kısıtlayan tutumları bazı psikopatolojilerin ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir (100).

### 2.5.2. Anne Baba Tutumları ile İlgili Öne Sürülen Yaklaşımlar

Ebeveynlerin çocuk yeti tirme tutumları konusunda ilk kuramcılardan biri olan Baumrind (1966) anne-babaların sergiledikleri tutum ve davranışları, ebeveyn kontrolünün çeşitli boyutlarını içeren üç temel çocuk yeti tirme paterni olarak tanımlamaktadır. Bu çocuk yeti tirme stilleri: izin verici/hoşgörülü (permissive), demokratik (authoritative) ve otoriter (authoritarian) tutum olarak tanımlanmaktadır. İzin verici/hoşgörülü anne babalar, çocuklarının arzularına, dürtülerine ve davranışlarına karşı cezalandırıcı olmayan tavırlarla, kabul edici ve olumlu davranışlarla karşılık verirler. Otoriter anne babalar, çocuklarının davranışlarını belirli kurallara göre kontrol etmeye çalışırlar, değerlendirirler ve denetlemeye çalışırlar. Demokratik anne babalar ise çocuklarının istekleri, dürtü ve davranışlarını mantığa dayalı yollardan değerlendirir ve sorun odaklı şekilde çocuklarını yönlendirirler (101).

Maccoby ve Martin (1983), Baumrind'in tanımladığı üç boyutlu çocuk yeti tirme tutumlarını, bu stillerin altında yatan boyutlar esasında tekrar değerlendirir ve "duyarlılık" (responsiveness) ve "talepkarlık" (demandingness) anne baba tutumlarını belirleyen iki ana faktör olarak tanımlamışlardır (102). Maccoby ve Martin, Baumrind'in izin verici/hoşgörülü çocuk yeti tirme tutumunu iki farklı boyutu içerdiği ileri sürmüştür; izin verici/ımtıran (permissive/indulgent), bu tanımlanan otoriter tutuma karşı gelmektedir ve düşük düzeyde talepkarlık ve yüksek düzeyde duyarlılıkla tanımlanmaktadır. İzin verici/ihmalî (permissive/neglecting) tutum ise açıklayıcı/otoriter tutumun karşıtıdır (102).

### 2.5.3. Anne Babanın Çocuk Yeti Tirme Tutumları

Kulaksızolu'nun (2008) araştırmasına göre, anne baba tutumları ve çocuk yeti tirme stilleri toplumsal artılar ve kültürel değerlere göre çeşitlilik gösterdiği gibi, bir toplumun aileler arasında da farklılıklar gösterebilmektedir. Belli bir toplum içinde, farklı sosyo-ekonomik düzeye sahip grupların kültür ve değer sistemlerinin farklı olduğu düşünüürse, farklı sosyal sınıflara sahip ebeveynler, çocuklarının yetiştirilmesinde farklı tutum ve davranışlar sergileyebilirler (103).

Anne babaların çocuklarına karşı uyguladıkları tutumlar çeşitli modellerle sınıflandırılmakla birlikte, genellikle anne baba tutumları **demokratik anne baba tutumu, otoriter anne baba tutumu, koruyucu anne baba tutumu** ve **izin verici anne baba tutumu** olmak üzere dört ana başlık altında gruplandırılmaktadır (103).

### 2.5.3.1. Demokratik Anne Baba Tutumu

Demokratik anne baba tutumunda; aile çocu u ayrı bir birey olarak kabul görmektedir. Bu tutumda çocu un özgür bir ki ilik geli tirmesi ve fikirlerini, isteklerini net bir ekilde ifade etmesi için zemin hazırlanır. Demokratik tutum sergileyen anne babalar; destekleyici ve ho görülü bir tutum içinde, çocu un da kabul gördü ü mantıklı bir denetime ba vururlar. Çocu a tercih ve söz hakkı vererek alternatif çözümler sunup isteklerde bulunurlar. Bu tutumda olan ailelerde ortaya çıkan problemler etkili bir ileti im yoluyla çözümlenerek olumlu bir ortamın devamını sa larlar. Demokratik tutuma sahip olan ailelerde her davranı n sonucu açıktır. Aile içi kurallar bellidir ve bu kurallar aile üyeleri tarafından belirlenmi ve kabullenmi tir. Aile içinde sevgi ve saygı önemli role sahiptir. Ebeveynler çocuklarına iyi bir rol model olmanın öneminin farkındadır ve bu amaca yönelik hareket ederler (104).

Demokratik tutuma sahip ebeveyn tarafından yeti tirilen çocuklar, yeterli öz güvene sahip, ba kalarına kar ı saygılı davranan, sınırlara uyum sa layabilen, sorumluluk duygusu geli mi , kendi duygu ve dü üncelerini savunabilen, ho görülü, alternatif fikirlere kar ı açık gibi ki ilik özelliklerine sahiptirler. “Demokratik anne-baba tutumuna sahip ebeveynler çocuklarına kar ı yakın ve ilgili davranı larda bulunurlar. Çocu un varlı na ve isteklerine kar ı duyarlı davranırlar, sabırlı ve ho görülü bir ekilde çocuklarını dinlerler, aileyle ilgili alınan kararlarda çocukların görü lerini sorgulayıp ve dikkate alırlar (105).

Bu ebeveynler çocu un duygularına de il, davranı ları konusunda net sınır belirleyip, çocu un ki ili i de il davranı larına ve yaptı ı i e yönelik yapılmaktadır. Çocu a güvenirler ve olumlu bir ekilde onu desteklerler. Uyulması gereken kurallar net olarak belirlenmi ve sınırlar bellidir, çocuk, hangi davranı ı yaptı nda ödül, hangi davranı ı yaptı nda ceza alacağını bilmektedir. Demokrat tutumu olan ebeveynlerin çocukları genellikle, sosyal yeterlili e sahip, becerikli, arkadaş lık ili kilerinde ba arılı, di er insanların gereksinimlerine duyarlı, istekleri ve arzuları belli, özgüveni iyi ve sosyal sorumluluk sahibi çocuklar olarak görülmektedir” (106).

Demokratik tutumu olan anne baba tarafından yeti en çocuklar yaratıcı, giri imci, fikirlerini özgürce ifade edebilen, kuralları sorgulayan, alternatif çözümler üretebilen, yüksek benlik algısına sahip olan ve payla ımcı gibi olumlu özelliklere sahip olurlar (107). Dengeli, benimseyici, güven verici, destekleyici olarak da ifade edilen demokratik tutum, en ideal anne baba tutumu olarak Kabul görmektedir. Demokratik tutuma sahip olan ebeveynler

çocuğun biricilikli ini inanmakta ve onun baımsız bir birey olarak gelişimine destek sağlamaktalar (108).

### 2.5.3.2 Otoriter Anne Baba Tutumu

Ebeveynlerin çocuğu ayrı bir birey olduğu kabul etmeyen ve ebeveynin çocuğun sahibi olduğu düüncesinin yer aldığı bir anne baba tutumudur. Otoriter anne baba tutumunda çocuğun ebeveyn tarafından kontrol edilmesi ve çocuğun davranışlarını kendi kurallarına, standartlarına göre düzenlemek, şekillendirmek çok büyük önem taşımaktadır. Ebeveynlerin çocuğa karşı kullandıkları güç, yakınlık ve sevgiyi kapsamamaktadır. Çocukla açık ve yakın iletişim kurulmamaktadır çünkü bu ebeveyn yetkin dünyası ile çocuğun dünyası arasında çok büyük farklar olduğunu inanmaktadır ve çocuklar büyüklerin dünyasını anlamakta yetersizlerdir. Bu anne babaların disiplin yöntemleri çoğun zaman fiziksel cezalandırmayı kapsamaktadır (109). Fiziksel cezalandırmanın dışında suçlama, tehdit etme, korkutma, aşağılama gibi davranışlarda sergiledikleri görülmektedir. Çocuk ebeveynin sürekli eleştirilmesinden korkup ve her davranışında hata yapma kaygısı yaşayabilmektedir (104).

Aile içi ve ev ortamında ebeveynlerin otoriter tutumuyla kısıtlanan ve cezalara maruz kalan çocuklar okul gibi ev dışı ortamlarda ve arkadaşlıklarında öfkeli ve saldırgan tavırlar sergileyebilmektedirler. Çünkü aile ortamında sergilenen bu tutum karşısında, çocukta güçlü olan tarafın güçsüz kalan tarafı ezeceğini kin bir yargı olmaktadır. Bu çocuklar, otoriteye karşı itaatkâr ve çekingen davranırken; otorite baskısı kalktığında isyankâr, hırçın ve inatçı davranışlar sergilemektedirler. Ayrıca kendisinden beklenen görevleri fazlasıyla yerine getirmeye çalışırken; kendinden güçsüzlere karşı baskı uygulama ve onları aşağılama eğilimi gösterebilmektedirler (105).

Otoriter anne-baba tutumlarıyla gelişen çocuklar ebeveyn otoritesiyle baş edebilmek için otoriteye boyun eğmekte ve istenilen davranışın dışına çıkmaktan kaçınmaktalar. Bu durum özellikle iddet ve ceza uygulandığı ortamlarda görülmektedir. Bu çocukların çoğunun yetkinlik hayatlarında da otoriteye sorgusuz uymayı sürdürmekte ve çoğunun ortamda gücü simgeleyen her şeye karşı boyun eğebilmektedirler. Çoğunlukla dıştan denetim boyutunda yer alan bu çocuklar kendi gereksinimlerini görmezden gelmekte, kendi düüncelerini savunamamakta ve aldığı kararların da arkasında duramayabilmektedirler. Çocuk kendini çevresindeki diğer bireylerin isteklerini yerine getiren bir araç olarak görerek, artık kendi yaptıklarından sorumlu olmadığını düünebilmektedir (110).

### **2.5.3.3 A ırı Koruyucu anne baba tutumu**

A ırı koruyucu tutuma sahip olan anne babalar, çocu un kendi ba ına yetemeyece ini dü ünerek çocu un sürekli korunması gerekti i inancına sahiptirler. Bu tutumu sergileyen anne babalar çocu un yapması gereken sorumlulukları, çocuk zorlanmasın, yorulmasın veya üzülmesin dü üncesiyle kendileri yapmaktadırlar. Genellikle bu ebeveynler, çocuklarına çok güçlü bir duygusal ba la ba lanmakta ve çocuklarının büyüdü ünü ve olgunla abilece ini asla kabul etmek istememektedirler. Böyle bir dü üncenin sonucunda ve a ırı koruyucu tutumla yeti tirilen çocuklar her zaman kendi ba larına karar vermede zorlanabilmektedirler ve ileride bile sürekli onları koruyacak ve kollayabilecek birini arayabilmektedirler. Ayrıca ebeveynleri tarafından sürekli korunan çocuklar zorluklar kar ısında savunmasız kalabilmektedirler, kendini koruyamayan, utangaç veya sorumsuz, ımarık, umursamaz bir ki ilik geli tirebilmektedirler (105).

A ırı koruyucu anne baba tutumunda, gerekti inden fazla kontrol ve özen gösterilmesi sonucunda, çocuk a ırı ba ımlı, güvensiz, duygusal kırıklıkları olan bir ki ilik geli tirebilmektedir. Aynı zamanda çocu un ruhsal ve fiziksel geli imine, bireysel dü ünce ve özgüven geli iminde olumsuz etkiler bırakabilmektedir. Anne babanın a ırı koruyucu tutumları çocu un okula uyumu ve okul ba arısını da olumsuz etkilemektedir. Ayrıca, bu aile ortamında yeti en çocuklarda utangaçlık, çekingenlik ve içe atım psikopatolojiler görülebilmektedir (111).

### **2.5.3.4. zin Verici Anne Baba Tutumu**

zin verici ebeveyn tutumunda, çocu un her yaptı ı davranı ho kar ılanmakta, çocuk için çok fazla özgürlük tanınmakta ve çocuk için fazlasıyla özgür davranma olana ı sa lanmaktadır. zin verici tutuma sahip olan ebeveynler çocuklarından uygun davranı lara ili kin beklentileri çok dü ük düzeyde olmaktadır. Çocu un kurallara uymasını beklememektedirler ve net bir sınır ve disiplinleri olmamaktadır. Çocuklarından gelece e yönelik bekledikleri davranı çerçeveleriyle ilgili bir algıları bulunmamaktadır. Bu tutumda, rahatlık, özgürlük üst düzeydeyken, disiplin ve sınır en dü ük düzeydedir (109).

zin verici ebeveyn tutumu olan aileler içinde çocuklar ile anne baba arasındaki duygusal ba ın zayıf oldu u, çocuklar üzerinde yeterli denetim ve ilginin olmadığı, çocukların kararlarını kendi ba larına vermesine göz yumulan bir çocuk yeti tirme tutumudur. Çocu un

her yaptıkları hoş karşılanmakta ve davranışları hiçbir şekilde denetim altında olmamaktadır ve sonuç olarak aile otoritesi eksikliği mevcuttur (112).

zin verici tutuma sahip anne babalar çocuklarıyla yakın ve samimi ilişkiler kurmaktadır ancak çocukları üzerindeki denetimleri yetersiz kalmaktadır. Çocukların istekleri çoğu zaman sorgusuz kabul edilmekte, çocuğun uyması gereken kurallar ve sınırların olduğu gerçeği unutulmakta ve çocuğun kararlarını kendisinin vermesinden yana bir yaklaşım sergilenmektedir. Bu tutumu sergilendiği anne babalar tarafından yetiştirilen çocuklar kendilerini ifade etmede yetersiz kalmaktalar. Ebeveynler çocuğun istekleri doğrultusunda hareket etmeye çalışmakta ve çocuk, oldukça az engel ve sınırla karşılaşmaktadır. Çocuğun agresif davranışları ve saldırgan dürtüleri bile olumsuz davranış olarak karşılanmamaktadır, çocuğun seçimlerine, yemek, uyku ve oyun saatleri konusunda net sınırlar olmamaktadır (113).

### **3. YÖNTEM VE ARAÇLAR**

#### **3.1. Ara tırmanın Etik Kurul Onayı**

“Tip 1 Diyabetes Mellitus çocuk ve ergenlerde tedavi uyumu iyi olan ve olmayan hastalarda benlik saygısı ve aile tutumu” ba lıklı tez çalı ması, 54022451-050.05,04 sayı numarası ile 19.03.2019 tarihinde Bezmialem Vakıf Üniversitesi Etik Kurulu toplantısında de erlendirilerek etik yönden uygun bulunmu tur. 30.03.2019-30.09.2020 tarihleri arasında Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sa lı ı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Poliklini inde ve Çocuk Endokrinoloji servisinde yürütülmü tür.

#### **3.2. Ara tırmanın Türü**

Bu ara tırma, tedavi uyumları beklenen düzeyde olmayan ve tedavi sürecinde hastane yatı ları olan Tip 1 Diyabetes Mellitus tanılı olguların, anne baba tutumları ve benlik saygısı düzeylerinin de erlendirilmesi ve bulguların tedavi uyumları iyi seyreden ve hastane yatı ları olmayan Tip 1 Diyabetes mellitus tanılı kontrol olguları ile kar ıla tırılmasına yönelik yapılan bir vaka -kontrol çalı masıdır.

#### **3.3. Örneklem**

Çalı maya alınan hastalar Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinoloji Poliklini i'nde Tip 1 DM tanısıyla takip edilen vakalar ve/veya çocuk endokrinoloji servisinde yatı ları olan ergenler Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sa lı ı ve Hastalıkları poliklini i'nde veya çocuk endokrinoloji yatı servisinde de erlendirilmi tir.

Çalı maya katılımında gönüllülük artı aranarak, aday katılımcılar ve aileleri çalı ma hakkında bilgilendirilmi tir. Katılmayı kabul eden hasta ve ebeveynlerden hem sözel hem de Bilgilendirilmi Gönüllü Olur Formu ile yazılı onayın beyan edilmesi istenmi tir.

##### **3.3.1. Hasta Grubu**

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinoloji Poliklinik tarafından Tip 1 Diyabetes Mellitus tanısıyla takip edilen ve pediatri endokrinoloji servisinde Tip 1 Diyabet komplikasyonlarından dolayı yatı ılları olan 12-18 ya arası toplam 42 ergen çalı maya dâhil edilmi tir.

### 3.3.1.1. Hastaların Çalı maya Dâhil Edilme Kriterleri

- 12-18 ya arasında olması
- Tip 1 DM tanısı almı olması
- Herhangi bir majör nörogeli imsel hastalı ının olmaması
- Tip 1 DM ve komplikasyonlarından dolayı hastane yatı ları olması
- Çalı maya katılmak için ebeveyn/vasinin yazılı ve sözlü, çocu un sözlü onamının olması

### 3.3.1.2. Hastaların Çalı madan Dı lanma Kriterleri

- Çocu un anne veya babasının çalı maya katılmayı onaylamaması
- Çocukta tanımlanmı herhangi bir majör nörogeli imsel hastalı ının olması
- Tanımlanmı bir görme/i itme engelinin olması
- Doldurulması gereken de erlendirme ölçekleri do ru bir ekilde cevaplamaması

### 3.3.2. Kontrol Grubu

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinoloji Poliklinik tarafından Tip 1 Diyabete Mellitus tanısıyla takip edilen ve pediatri endokrinoloji servisinde Tip 1 Diyabet komplikasyonlarından dolayı herhangi bir yatı ı olmayan 12-18 ya arası toplam 38 ergen çalı maya dâhil edilmi tir.

### 3.3.2.1. Kontrollerin Çalı maya Dahil Edilme Kriterleri

- 12-18 ya arasında olması
- Tip 1 DM tanısı almı olması
- Herhangi bir majör nörogeli imsel hastalı ının olmaması
- Tip 1 DM ve komplikasyonlarından dolayı hastane yatı ları olmaması
- Çalı maya katılmak için ebeveyninin/vasinin yazılı ve sözlü, çocu un sözlü onamının olması



### 3.3.2.2. Kontrollerin Çalı maya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Çocu un anne veya babasının çalı maya katılmayı onaylamaması
- Çocukta tanımlanmı herhangi bir majör nörogeli imsel olması
- Tanımlanmı bir görme/i itme engelinin olması
- Doldurulması gereken de erlendirme ölçekleri do ru bir ekilde cevaplamaması

### 3.4. Yöntem

Çalı maya katılması planlanan hastaların ve kontrol grubunun yürütmeyi yapan ara tırmacı tarafından klinik görü meye alınarak ailelerinin sosyodemografik özellikleri detaylı olarak sorgulanıp ve sosyodemografik veri formu doldurulmu tur. Çocuk ve ebeveynlerin katılımıyla gerçekte en muayenede Okul Ça ı Çocukları çin Duygulanım Bozuklukları ve izofreni Görü me Çizelgesi- imdi ve Ya am Boyu Versiyonu (ÇD G- Y) ile yapılandırımı tanısal görü me çizelgesi uygulanarak de erlendirmeleri yapılmı ve varsa komorbid tanılar da tespit edilmi tir.

Toplanan form ve ölçekler Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sa lı ı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda de erlendirmeye alınmı tir. Çalı ma için dâhil edilme ölçütlerini kar ılayan her iki gruptaki katılımcıların kendilerine ve ailelerine çalı ma ile ilgili bilgi verilerek, gönüllülerden imzalı onam formu alınmı tir. Ara tırmacı tarafından yapılan klinik de erlendirme sonucu de erlendirmeye alınan katılımcılardan belirlenmi ölçeklerin doldurulması istenilmi tir, do ru bir ekilde ölçekleri cevaplamayan ki iler çalı maya dâhil edilememi tir.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

#### **3.5.1. Ara tırmacı Tarafından Uygulanan De erlendirme Araçları**

##### **3.5.1.1. Aydınlatılmı Bilgilendirme ve Onam Formu**

Bu formda katılımcılara çalı ma ve çalı mada uygulanacak yöntemler hakkında ayrıntılı bilgi verilmektedir. Katılımcılar, çalı ma ile ilgili bu bilgileri ö rendikten sonra çalı maya katılmayı kabul etmeleri durumunda doldurulan ve çalı maya gönüllü olarak katıldıklarına dair imzalarının alındı ı bölümlerden olu maktadır.

##### **3.5.1.2 Sosyodemografik Bilgi Formu**

Bu çalı ma için ara tırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgi formu ile çalı maya dahil edilen olguların ad-soyad, ya , cinsiyet, boy ve kilo, toplam karde sayısı, kaçınıcı çocuk oldu u, ya adı ı bölge-telefon bilgisi, bilinen tıbbi hastalık öyküsü, bilinen psikiyatrik hastalık/psikiyatrik ilaç kullanımı öyküsü, ebeveynlerin sa olup olmadı ı, aile bütünlü ü, ebeveynlerin ya ı, ebeveynlerin e itim ve çalı ma durumu, ailede bilinen psikiyatrik ve tıbbi hastalık öyküsü, ailenin ortalama aylık geliri sorulmu tur. Ayrıca katılımcıların son HbA1c de erleri, son 3 HbA1c ortalama de eri, tanı aldı ı yıl ve tanı konuldu unda çocu un ya ı, diyetisyen deste i alıp almadı ı, tedavi ve beslenme kontrolünde uyumu ve destek aldı ı ki i, hastane yatı larının olup olmadı ı ve yatı ı varsa sayısı ve ortalama süresi, ilk yatı ının ne zaman ve kaç ya ında oldu u gibi, hastalı ın metabolik kontrol ve süreciyle ilgili bilgiler ö renilmi tir.

##### **3.5.1.3. Okul Ça ı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve izofreni Görü me Çizelgesi- imdi ve Ya am Boyu Versiyonu (ÇD G- Y) (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Kiddie-SADS-lifetime Version (K-SADS-PL))**

Çocuk ve ergenlerdeki psikiyatrik belirtilerin de erlendirilip geçmi teki ve u andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla kullanılan yarı yapılandırılmı görü me çizelgesidir. İlk olarak Chambers ve arkadaş ları (1985) tarafından hazırlanan Duygulanım Bozuklukları ve izofreni Görü me Çizelgesi, Kaufman ve arkadaş ları tarafından DSM III ve DSM IV tanı kriterlerine göre “ imdi ve Ya am Boyu ekli” olarak düzenlenmi tir (Chambers et. al 1985)(Kaufman ve arkadaş ları., 1997). DSM-5 tanı kriterlerine göre güncellenmi son

versiyonunun Ünal ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik uyarlaması yapılmıştır (ÜNAL ve arkadaşları., 2019).

ÇD G- Y-DSM-5-T, anne-baba ve çocuğun kendisiyle bire bir görüşmeler yoluyla uygulanır ve tüm kaynaklardan (anne-baba, çocuk, okul) alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirilerek sonuçlandırılır. Her farklı kaynaklardan elde edilen bilgiler arasında uyumsuzluk mevcutsa görüşmecisi klinisyen kendi klinik kanaatini kullanır. ÇD G- Y-DSM-5-T'nin ilk kısmındaki yapılandırılmamış başlangıç görüşmesinde çocuğun sosyodemografik özellikleri, gelişim hikâyesi, yakınmaları, genel olarak günlük yaşamdaki işlevselliği ve sağlık durumu sorgulanır. İkinci kısımda, tarama soruları ile şimdi ve geçmişte olan psikiyatrik belirtiler saptanır. Üçüncü kısımda ise duygulanım bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, davranış bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve diğer bozukluklar açısından tamamlayıcı kontrol listesi sorgulanır.

### **3.5.2. Katılımcı Tarafından Uygulanan Değerlendirme Araçları**

#### **3.5.2.1.Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (CBSÖ)**

Coopersmith (1967) tarafından geliştirilen ölçeğin orijinal formu 58 maddeden oluşmaktadır. Ölçek; Genel Benlik Saygısı (26 madde), Okul-akademik benlik saygısı (8 madde), Sosyal benlik saygısı (8 madde), Aile ve evliliğin benlik saygısı (8 madde) ve Yalnızlık (8 madde) olmak üzere beş alt ölçekten oluşmaktadır ve bu ölçeklerden alınan puanlar ile toplam benlik saygısı puanı elde edilmektedir (Langsner, 1986). Kişilerin savunucu tutumlarını ölçmek için konulan yalnızlık maddeleri toplam puana dâhil edilmemektedir. Maddelere verilen tepkiler “bana uygun” ve “bana uygun değil” şeklinde derecelendirilmiştir (Nuccio, 1997).

Coopersmith (1967) tarafından ölçeğin test-tekrar test yöntemi ile hesaplanan güvenilirliği beş hafta aralık için .88, üç yıllık aralık için .70 olarak rapor edilmiştir. Ölçeğin Kuder Richardson (KR-20) formülü ile hesaplanan güvenilirlik katsayısı, dördüncü sınıftan sekizinci sınıfa kadar tüm seviyedeki öğrenciler ile yapılan çalışmada .87 ile .92 arasında bulunmuştur. Ölçeğin geçerliliğini belirlemek amacıyla yapılan benzer ölçekler geçerliliği için Piers-Harris Benlik Algısı Ölçeği kullanılmış ve Pearson Korelasyon Tekniği kullanılarak hesaplanan korelasyon sonuçları .72 olarak bulunmuştur (Gülözlü, 1999). Ayrıca ölçeğin yordama geçerliliği kapsamında yaratıcılık, akademik başarı, grup baskısına direnç, popüler olmayan

dü ünleri ifade etmede isteklilik ve algısal istikrar ile ilgiliye sahip olduğu bulunmuştur (Butler, 2008).

Özül (1988) tarafından Türkçeye uyarlaması yapılan ölçekten, bir madde çıkarılmıştır. Bu nedenle ölçek 57 maddeden oluşmaktadır (Akt. Sert, 2003; Ünal 2007). Ölçenin puanlanmasında yüksek özgüveni gösteren maddeler 1 puan alırken düşük özgüveni gösteren maddeler 0 puan almaktadır (Gülo lu, 1999). Be ve daha fazla savunmacı yanıt içeren ölçekler arasında tutulmaktadır (Kapıcı, 2004). Cronbach Alpha yöntemiyle hesaplanan iç tutarlılık katsayısı dördüncü ve be inci sınıf öğrencileriyle yapılan çalışmada .77 (Özül, 1988), be inci sınıf öğrencileri ile yapılan çalışmada .84, (Gülo lu, 1999) olarak bulunmuştur. Bu çalışmaya katılan 6. Sınıf öğrencilerinden (n= 166) elde edilen Chronbach Alpha katsayısı .90 olmuştur.

### 3.5.2.2. Anne-Baba Tutumu Ölçeği (ABTÖ)

Bu çalışmada kullanılan “Anne Baba Tutum Ölçeği” (ABTO), Kuzgun tarafından geliştirilip Bilal tarafından yeniden düzenlenen, 5’li Likert tipinde (ifadeye tamamen katılmaktan hiç katılmamaya doğru) 50 soru içeren bir ankettir. Otoriter ve demokratik tutumu sorgulayan maddeler karışık olarak düzenlenmiştir, böylece ‘evet’ ya da ‘hayır’ dememe ilimi ile ortaya çıkabilecek sistematik hatalardan kaçınılmıştır. Birey her soruyu anne ve baba için ayrı ayrı puanlamaktadır. Düşük puan otoriter, yüksek puan demokratik tutumu yansıtmaktadır.

ABTO, anne babanın demokratik veya otoriter olarak algılanmasına göre, anne baba tutum puanı olmak üzere ayrı ayrı iki puan veren bir ölçektir. Puanların düşük olması anne veya babanın otoriter olarak algılanması işaret eder. Anne Baba Tutum Ölçeği geliştirilirken Kuzgun’un ana baba tutum envanterinden yararlanılmıştır. Ölçekte ifadeler tamamen katılmaktan hiç katılmamaya kadar uzanan be cevap kategorisine ayrılmıştır, yani 5li Likert tip bir ölçektir. Öğrenci her bir maddeyi annesi ve babasının davranışları için düşünerek okuyacak ve yanıtlarını, annesi ile ilgili dereceyi (rakamı) cevap kağıdında (A) harfinin altındaki parantez içine, babasıyla ilgili dereceyi (rakamı) (B) harfinin altındaki parantezin içine yazar. Ölçekten elde edilen ortalama tutum puanı dahil ortalamasının üstü demokratik, ortalama tutum puanı altı otoriter kategorisine girmektedir (Orgtin, 2000). Ölçenin geçerliliğinde, geçerlilik ve güvenilirliği sağlanmıştır Kuzgun (1972)’un Ana- Baba Tutum Envanterinden faydalanılarak oluşturulmuştur, böylece aracın mantıksal ve kapsam geçerliliği

sa lanmaya çalı ılmı tır. Ölçe in güvenirlili i ise, Bilal (1984) tarafından 89 ki ilik gruba aralıklı olarak iki kez uygulanmı ve elde edilen güvenirlilik katsayıları anne için 0,75, baba için 0,76 olarak bulunmu tur (Orgiin,2000).

### **3.5.2.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçe i (ÇBASDÖ), (Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS))**

Ölçe in orijinal formu 1988’de Zimmet ve arkadaş ları tarafından Amerika Birle ik 35 Devletleri’nde geli tirilmi tir. Bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemeye yönelik olup Türkiye’de 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalı maları yapılmı tır. 12 maddeden olu an bir ölçektir. Her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmi tir. Maddeler, “Kesinlikle hayır” ile “Kesinlikle evet “ifadelerine kar ılıklı gelen 1-7 de erleri arasında de i mektedir. Aile, arkada ve özel bir insan olmak üzere 3 alt gruptan olu maktadır. Aile alt grubun 3, 4, 8, 11. maddeler, arkada alt grubunun 6, 7, 9, 12 ve özel bir insan alt grubunun 1, 2, 5 ve 10 olmak her grubun toplam 4 maddesi vardır. Alt gruplar birbirinden ba ımsız olup ölçe in tüm alt gruplarını içeren toplam puanı vardır. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal deste in yüksek oldu unu ifade etmektedir (Eker ve Arkar; Yıldız 2001).

### **3.6. istatistiksel Analiz**

Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en dü ük, en yüksek, frekans ve oran de erleri kullanılmı tır. De i kenlerin da ılımı kolmogorov simirnov test ile ölçüldü. Nicel ba ımsız verilerin analizinde ba ımsız örneklem t test, mann-whitney u test kullanıldı. Nitel ba ımsız verilerin analizinde ki-kare test ki-kare test ko ulları sa lanmadı ında fischer test kullanıldı. Analizlerde SPSS 27,0 programı kullanılmı tır.

## 4. Bulgular

### 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Da ılımına İlişkin Veriler

Çalı mamızda; metabolik kontrolü kötü seyreden ve hastane yatı ları olan vaka grubunun ya ortalaması  $14.5 \pm 1.9$  ve iyi metabolik kontrolü olan ve yatı ları olmayan kontrol grubunun ya ortalaması  $13.8 \pm 2.0$  olarak bulunmu tur. Bu açıdan Vaka ve kontrol grubunda hastaların ya ları anlamlı farklılık göstermemi tir ( $p = 0.07$ ), (Tablo 4.1).

Çalı mamızda; vaka grubundaki 42 olgunun %50'si kadın, %50'si erkek, kontrol grubundaki 38 olgunun ise %39.5'i kadın, %60.5'i erkektir. Cinsiyet da ılımı açısından iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamı tır ( $p = 0.345$ ), (Tablo 4.1).

Katılımcıların tanı alma ya da ılımı incelendi inde vaka grubunda tanı ya ı ortalama  $8.5 \pm 4.1$  bulunurken, kontrol grubunda elde edilen bu veri  $10.6 \pm 3.1$  olarak saptanmı tır ve sonuç olarak vaka grubunda tanı ya ı, kontrol grubundan anlamlı olarak daha dü ük tespit edilmi tir ( **$p = 0.023$** ) (Tablo 4.1).

Vaka grubunda boy ortalaması  $160.5 \pm 11.4$  ve kontrol grubunda boy ortalaması  $159.2 \pm 13.0$  olarak saptanmı tır, iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamı tır ( $p = 0.625$ ), (Tablo 4.1).

Vaka grubunda kilo ortalaması  $55.7 \pm 14.6$  ve kontrol grubunda  $51.9 \pm 13.9$  olarak belirlenmi tir, aynı ekilde BMI de erinin ortalaması vaka grubunda  $21.6 \pm 3.8$  ve kontrol grubunda  $20.3 \pm 3.1$  olarak hesaplanmı tır. Vaka ve kontrol grubunda kilo, BMI de eri anlamlı farklılık göstermemi tir (kilo  $p = 0.224$ ), (BMI  $p = 0.086$ ), (Tablo 4.1).

Hastane yatı ları olan ve metabolik kontrolleri beklenen seviyede olmayan vaka grubunun %11.9'u sigara, %4.8'i alkol ve %2.4 madde kullanırken, metabolik kontrolleri iyi seyreden kontrol grubunun %2.6'sı sigara, %0.00 alkol ve %0.00 madde kullanım ö renilmi tir (Tablo 4.1). Gruplar arası kar ıla tırmada anlamlı fark saptanmamı tır (sigara  $p = 0.116$ ), (alkol  $p = 0.495$ ), (madde  $p = 1.00$ ), (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Dağılımına İlişkin Veriler**

		Vaka Grubu		Kontrol Grubu		p	
		Ort.±s.s /n%	Medya n	Ort.±s.s /n%	Medya n		
Yaş		14.5 ± 1.9	14.0	13.8 ± 2.0	13.0	0.079	z=-1.75
Tam Yaş		8.5 ± 4.1	9.0	10.6 ± 3.1	11.0	<b>0.023</b>	z=-2.73
Cinsiyet	Kadın	21	50.0%	15	39.5%	0.345	χ <sup>2</sup> =0.893
	Erkek	21	50.0%	23	60.5%		
Boy		160.5 ± 11.4	158.0	159.2 ± 13.0	163.0	0.625	t=0.491
Kilo		55.7 ± 14.6	55.0	51.9 ± 13.9	48.0	0.224	z=-1.215
BMI		21.6 ± 3.8	21.4	20.3 ± 3.1	19.8	0.086	t=1.736
Sigara Kullanımı	(-)	37	88.1%	37	97.4%	0.116	*
	(+)	5	11.9%	1	2.6%		
Alkol Kullanımı	(-)	40	95.2%	38	100.0%	0.495	*
	(+)	2	4.8%	0	0.0%		
Madde Kullanımı	(-)	41	97.6%	38	100.0%	1.000	*
	(+)	1	2.4%	0	0.0%		

\*Fisher's Exact Test

Hastane yatırları olan vaka grubundaki çocukların ailelerinde çocuk sayısı ortalaması  $2.88 \pm 1.08$  ve hastane yatırları olmayan kontrol grubunda ise  $2.18 \pm 1.06$  olarak bulunmuştur. Vaka ve kontrol grupları arasında ailedeki çocuk sayısı açısından istatistiksel anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir; vaka grubu katılımcıların ailesinde daha fazla çocuk olduğu görülmüştür (**p = 0.010**), (Tablo 4.2).

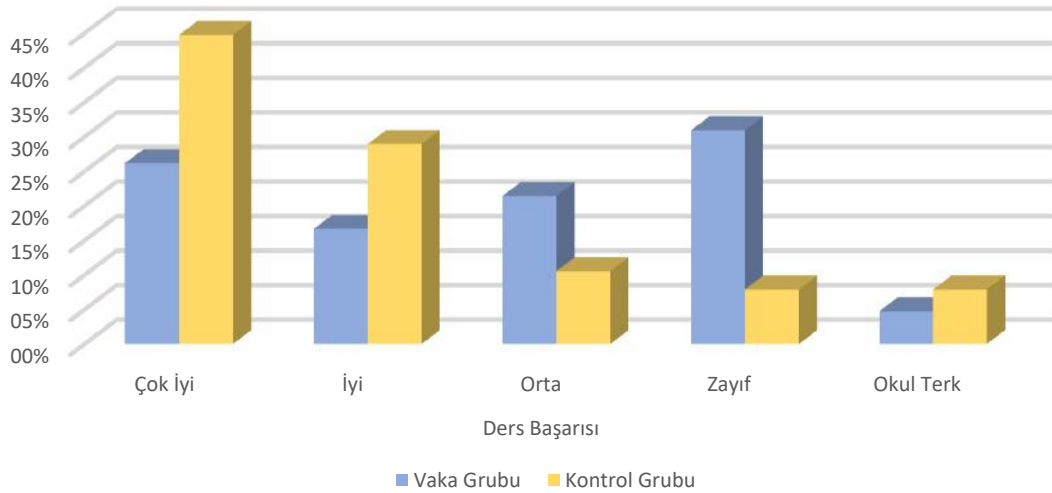
Hastane yatırları olan vaka grubunun ortalama sınıf düzeyi  $8.80 \pm 1.48$  ve hastane yatırları olmayan kontrol grubunun ortalama sınıf düzeyi  $8.02 \pm 1.63$  olarak saptanmıştır (Tablo 4.2). Vaka grubunun sınıf düzeyi kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (**p = 0.04**), (Tablo 4.2).

**Tablo 4.2 Katılımcıların Sosyodemografik Dağılımına İlişkin Veriler**

	Vaka Grubu		Kontrol Grubu		p
	Ort. ±s. s /n%	Medyan	Ort. ±s. s /n%	Medyan	
Kardeş Sayısı	2.88 ± 1.08	3.0	2.18 ± 1.06	2.0	<b>0.010</b> z=-2.56
Sınıf	8.80 ± 1.48	9.0	8.02 ± 1.63	8.0	<b>0.04</b> z=-2.86

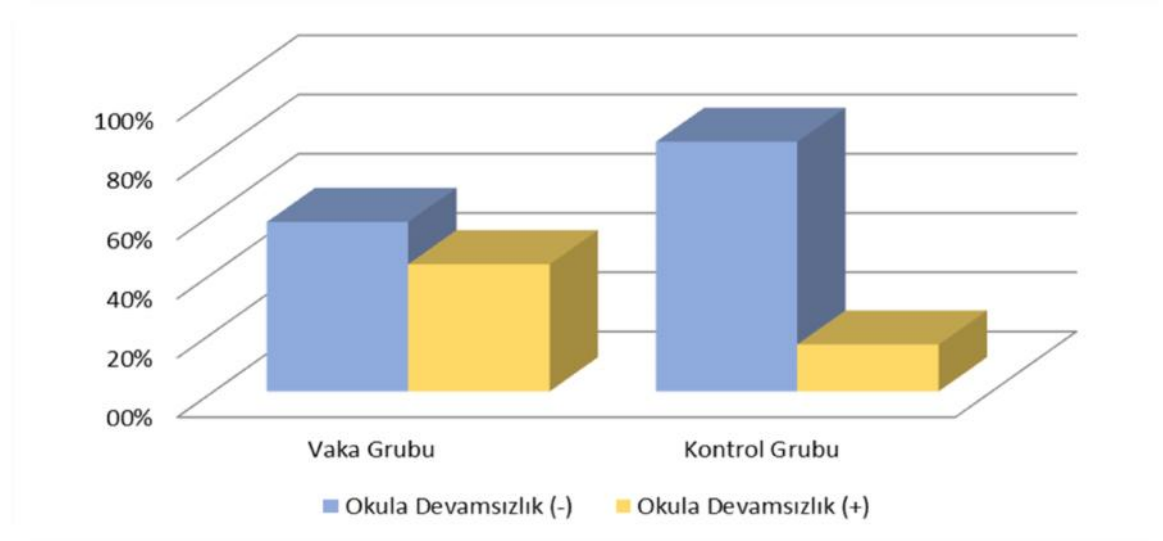
Çalımaya dâhil edilen çocukların ders başarıları bir önceki dönem karnelerindeki not ortalaması temel alınarak değerlendirilmiştir, ortalama 0-54 puan arası zayıf, 55-69 puan arası orta, 70-84 puan arası iyi, 85-100 puan arası çok iyi ders başarıları olarak tanımlanmıştır.

Vaka grubundaki öğrencilerin ders başarı düzeyine baktığımızda; %26.2'sinin çok iyi, %16.7'sinin iyi, %21.4'ünün orta, %31'inin ise zayıf olarak bulunmuştur (Tablo 4.3). Kontrol grubundaki çocukların ders başarı düzeyine bakıldığında %44.7'sinin çok iyi, %28.9'unun iyi, %10.5'inin orta ve %7.9'unun ise zayıf olduğu anlaşılmıştır (Tablo 4.3). Vaka ve kontrol grupları ders başarı düzeyi açısından kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakta olup; vaka grubunun ders başarı düzeyi daha düşük olarak tespit edilmiştir ( $p = 0.035$ ), (Tablo 4.3).

**ekil 4.1 Katılımcıların Ders Başarı Dağılımına İlişkin Veriler**



Vaka grubunun %42.9'u devamsızlık yaparken kontrol grubunun %15.8'i okul devamsızlığı yapmıştır, vaka grubunda istatistik olarak anlamlı şekilde bu oran yüksek bulunmuştur ( $p = 0.007$ ), (Tablo 4.3).



ekil 4.2 Katılımcıların Okul Devamsızlık Dağılımına İlişkin Veriler

**Tablo 4.3 Katılımcıların Sosyodemografik Dağılımına İlişkin Veriler**

		Vaka Grubu		Kontrol Grubu		p	
		Ort.±s.s /n%	Medyan	Ort.±s.s /n%	Medyan		
Okula Devamsızlık	(-)	24	57.1%	32	84.2%	<b>0.007</b>	$\chi^2=7.36$
	(+)	18	42.9%	6	15.8%		
Ders Başarı	Çok iyi	11	26.2%	17	44.7%	<b>0.035</b>	$\chi^2=10.37$
	iyi	7	16.7%	11	28.9%		
	Orta	9	21.4%	4	10.5%		
	Zayıf	13	31.0%	3	7.9%		
	Okul Terk	2	4.8%	3	7.9%		

Katılımcıların geçmi tıbbi hastalıklar ve psikiyatrik bozukluklar öyküsü değerlendirildiğinde altta belirtilen bulgular elde edilmiştir (Tablo 4.4).

Vaka grubunun katılımcıları %11.9 ayrı bir tıbbi hastalığa sahip olduğunu belirtmiştir. Tanı alan katılımcıların %4.8'i alerjik hastalıklarla, %2.4'ü hipertansiyon ve %2.4'ü epilepsi tanısı

ile izlenmekte oldu unu söylemi tir. Kontrol grubunda bu oranlar toplam tanı sayısını %13.2 olarak belirlenmi tir ve bu hastaların %7.9'u alerjik hastalıklar ve %2.6'sı tiroit hastalıklarıyla takip edildi i ö reni mi tir. Vaka ve kontrol grup arasında anlamlı istatistiksel farklılık görülmemi tir ( $p = 0.552$ ), (Tablo 4.4).

Metabolik kontrolleri beklenen seviyede olmayan ve hastane yatı ları olan vaka grubunun psikiyatrik hastalık da ılımına bakıldı nda bu bireylerin %28.6'sında önceden psikiyatri ba vurusu oldu unu ancak sadece % 21.4'ünde aktif psikopatoloji saptandı mı ve %16.7'si ilaç tedavi kullanımını belirtmi lerdir (Tablo 4.4). Metabolik kontrolleri iyi seyreden bireylerin %21.1'inde önceden psikiyatri ba vurusu öyküsü olmu tur, %10.5'inde psikopatoloji saptanmı tir ve %5.3'u ilaç tedavi kullanmı tir (Tablo 4.4). Vaka ve kontrol grubu geçmi ruhsal hastalık varlı ı ve psikiyatrik ilaç tedavi kullanma açısından kar ıla tırıldı nda istatistiksel anlamlılık düzeyinde fark saptanmamı tir (geçmi ruhsal bozukluk  $p = 0.187$ ), (psikiyatrik ilaç kullanım  $p = 0.107$ ), (Tablo 4.4).

Vaka grubundan alınan geçmi öyküye göre bu hastalarda %9.5 oranında DEHB, %4.8 depresyon, %2.4 ÖÖB, %2.4 enürezis ve %2.4 uyum bozuklu u belirlenmi tir, kontrol grubunun öyküsünde %2.6 DEHB, %2.6 yaygın anksiyete bozuklu u, %2.6 enürezis ve %2.6 intihar giri iminde bulunma öyküsü görülmü tür (Tablo 4.4). Vaka ve kontrol grubunda önceki psikiyatrik tanı oranı anlamlı farklılık göstermemi tir ( $p = 0.366$ ), (Tablo 4.4).

**Tablo 4.4 Katılımcıların Sosyodemografik Dağılımına İlişkin Veriler**

		Vaka Grubu		Kontrol Grubu		p	
		Ort.±s.s /n%	Medyan	Ort.±s.s /n%	Medyan		
Tıbbi Hastalık	(-)	37	88.1%	33	86.8%	0.866	x <sup>2</sup> =0.029
	(+)	5	11.9%	5	13.2%		
	Troid	0	0.0%	1	2.6%	0.552	x <sup>2</sup> =3.23
	Alerji	2	4.8%	3	7.9%		
	Tansiyon	1	2.4%	0	0.0%		
	Epilepsi	1	2.4%	0	0.0%		
Önceki Psikiyatri	(-)	30	71.4%	30	78.9%	0.438	x <sup>2</sup> =0.60
Ba vurusu	(+)	12	28.6%	8	21.1%		
	(-)	33	78.6%	34	89.5%	0.187	
	(+)	9	21.4%	4	10.5%		
Önceki Psikiyatri Tanısı	Depresyon	2	4.8%	0	0.0%	0.366	x <sup>2</sup> =7.63
	ntihar	0	0.0%	1	2.6%		
	Uyum	1	2.4%	0	0.0%		
	Enurezis	1	2.4%	1	2.6%		
	DEHB	4	9.5%	1	2.6%		
	OOB	1	2.4%	0	0.0%		
	Yaygın	0	0.0%	1	2.6%		
		(-)	35	83.3%	36		
	(+)	7	16.7%	2	5.3%		
ilaç Kullanımı	SSIR	3	7.1%	0	0.0%		
	MPH	3	7.1%	1	2.6%		
	Tofranil	1	2.4%	1	2.6%		

#### 4.2. Katılımcıların Ebeveynlerinin Sosyodemografik Dağılımına İlişkin Veriler

Yatılı olan vaka grubunda anne yaşı ortalaması  $40.8 \pm 5.9$  ve baba yaşı ortalaması  $44.4 \pm 10.4$  olarak belirlenmiştir, hastane yatılı olmayan kontrol grubunda ise anne yaşı ortalaması  $41.4 \pm 4.4$  ve baba yaşı ortalaması  $44.8 \pm 5.0$  olarak saptanmıştır. Vaka ve kontrol grubunda anlamlı farklılık görülmemiştir (anne yaşı  $p = 0.590$ ), (Tablo 4.5), (baba yaşı  $p = 0.443$ ), (Tablo 4.6).

Çalı mamızda, vaka grubundaki katılımcıların annelerinin %4.8'i okuma yazma bilmedi i, %35.7'si ilkokul, %16.7'si ortaokul, %19.0'ı lise ve %21.4'ü ise üniversite mezunu oldu u anla ılmı tır. Kontrol grubundaki katılımcıların annelerinin %2.6'sı okuma yazma bilmedi i, %55.3'u ilkokul, %2,6'sı ortaokul, %26.3'ü lise ve %13.1'i ise üniversite mezunu olarak ö renilmi tir. Katılımcılar annelerinin e itim düzeyi açısından kar ıla tırıldı nda, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamı tır ( $p = 0.306$ ), (Tablo 4.5).

Çalı mamızda, vaka olgularının babalarının arasında okuma yazma bilmeyen vaka olmamı tır. Babaların %35.7'si ilkokul, %14.3'u ortaokul, %21.4'ü lise, %28.4'ü ise üniversite mezunu oldu u belirlenmi tir. Kontrol grubundaki katılımcıların babalarının %2.6'sında okuma yazma bilmeme saptanmı tır, babaların %36.8'i ilkokul, %10.5'i ortaokul, %36.8'i lise, %13,1'i ise üniversite mezunu olarak belirlenmi tir. Katılımcılar babalarının e itim düzeyi açısından kar ıla tırıldı nda, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamı tır ( $p = 0.092$ ), (Tablo 4.6).

Annelerin çalı ma durumunu de erlendirmede vaka grubunda %66.7 oranında annelerin ev hanımı oldu u ve %30.6'sının çalı tı ı anla ılmı tır (Tablo 4.5). Aynı ekilde kontrol grubunda olguların %81.6'sı ev hanımı ve %18.5'i çalı an anne olarak belirlenmi tir (Tablo 4.5). Vaka ve kontrol grubunda anne meslek da ılımı ve benzer ekilde baba meslek da ılımı anlamlı farklılık göstermemi tir (anne  $p = 0.396$ ), (baba  $p = 1.00$ ), (Tablo 4.5 ve Tablo 4.6).

Vaka grubundaki katılımcıların %85.7'sinin çekirdek ailede, %14.3'unun geni ailede ya adı ı, %9.5'inin ebeveynlerinin bo anmı oldu u, %2.4'unun ise ebeveynlerinden birini kaybetti i, kontrol grubundaki katılımcıların %92.1'inin çekirdek ailede, %7.9'unun geni ailede ya adı ı, %5.3'unun ebeveynlerinin bo anmı oldu u belirlenmi tir. Vaka ve kontrol grupları aile yapıları bakımından kar ıla tırıldı nda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemi tir (aile yapı  $p = 0.294$ ), (aile tipi  $p = 0.366$ ), (Tablo 4.7).

**Tablo 4.5 Katılımcıların Ebeveynlerinin Sosyodemografik Dağılımına İlişkin Veriler**

	Vaka Grubu			Kontrol Grubu			P	
	Ort.±s.s /n%	Medyan		Ort.±s.s /n%	Medyan			
Anne Yaşı	40.8	5.9	41.0	41.4	4.4	41.5	0.590	t=-0.541
Anne Eğitim	Okuma	2	4.8%	1	2.6%		0.306	χ <sup>2</sup> =8.23
	İlkokul	15	35.7%	21	55.3%			
	Ortaokul	7	16.7%	1	2.6%			
	Lise	8	19.0%	10	26.3%			
	Önlisans	5	11.9%	2	5.3%			
	Lisans	3	7.1%	3	7.9%			
	Yüksek Lisans	1	2.4%	0	0.0%			
	Bilgi Yok	1	2.4%	0	0.0%			
Anne Meslek	Ev Hanımı	28	66.7%	31	81.6%		0.396	χ <sup>2</sup> =1.85
	Memur	4	9.5%	2	5.3%			
	Serbest	9	21.4%	5	13.2%			
	Bilgi Yok	1	2.4%	0	0.0%			

**Tablo 4.6 Katılımcıların Ebeveynlerinin Sosyodemografik Dağılımına İlişkin Veriler**

	Vaka Grubu			Kontrol Grubu			P	
	Ort.±s.s /n%	Medyan		Ort.±s.s /n%	Medyan			
Baba Yaşı	44.4 ± 10.4	44.0		44.8 ± 5.0	45.0		0.443	z=-0.76
Baba Eğitim	Okuma	0	0.0%	1	2.6%		0.092	χ <sup>2</sup> =6.73
	İlkokul	15	35.7%	14	36.8%			
	Ortaokul	6	14.3%	4	10.5%			
	Lise	9	21.4%	14	36.8%			
	Önlisans	3	7.1%	1	2.6%			
	Lisans	6	14.3%	4	10.5%			
	Yüksek Lisans	3	7.1%	0	0.0%			
	Bilgi Yok							
Baba Meslek	Memur	5	11.9%	5	13.2%		1.00 *	
	Serbest	37	88.1%	33	86.8%			

\*Fisher's Exact Test

Aylık gelir düzeyi ailenin belirlemesi esas alınarak 1600 ₺'den az, 1600-3000 ₺ arası, 3000 ₺-5000 ₺ arası, 5000 ₺'den fazla olarak gruplandırılmıştır. Vaka grubundaki çocukların aile gelir düzeyleri de değerlendirildiğinde; %4.8'i 1600 ₺ altı, %35.7'si 1600-3000 ₺ arası, %40.5'i 3000 ₺-5000 ₺ arası, %19.0'ı 5000 ₺'den fazla olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki çocukların aile gelir düzeyleri de değerlendirildiğinde; %2.6'sı 1600 ₺ altı, %23.7'si 1600-3000 ₺ arası, %65.8'i 3000 ₺-5000 ₺ arası, %7.9'u 5000 ₺'den fazla olarak saptanmıştır. Vaka ve kontrol grupları ailelerinin aylık gelir düzeyleri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p = 0.181$ ), (Tablo 4.7).

**Tablo 4.7 Katılımcıların Ebeveynlerinin Sosyodemografik Dağılımına İlişkin Veriler**

		Vaka Grubu		Kontrol Grubu		p	
		n	%	n	%		
Anne-Baba	Birlikte	37	88.1%	36	94.7%	0.294	$\chi^2= 0.474$
	Ayrı	4	9.5%	2	5.3%		
	Baba Vefat	1	2.4%	0			
	Etmisi						
Aile Tipi	Çekirdek	36	85.7%	35	92.1%	0.366	$\chi^2= 0.816$
	Geni	6	14.3%	3	7.9%		
Aylık Gelir	0-1600	2	4.8%	1	2.6%	0.181	$\chi^2= 5.44$
	1600-3000	15	35.7%	9	23.7%		
	3000-5000	17	40.5%	25	65.8%		
	5000 Üstü	8	19.0%	3	7.9%		

Vaka grubundaki çocuk ve ergenlerin aile öyküsü de değerlendirildiğinde %40 olgunun babasında, %30 annelerinde ve %30 kardeşlerinde ruhsal hastalık öyküsü saptanmıştır. Bu grupta psikiyatrik bozukluk öyküsü %9.5 depresyon tanısı, %4.8 DEHB, %2.4 anksiyete bozuklukları, %4.8 belli tanı olmadığını ve sadece psikiyatrik başvurularının olduğunu belirtmektedir (Tablo 4.8). Kontrol grubundaki çocuk ve ergenlerin %28 babaları, %28 anneleri ve %42.9 kardeşleri ruhsal hastalık öyküsünü anlatmışlardır (Tablo 4.8). Kontrol grubunun tanıları sırayla %5.3 anksiyete bozuklukları, %2.6 DEHB, 2.6 KOKGB ve %2.6 depresyon belirlenmiştir (Tablo 4.8). Vaka ve kontrol grupları aile ruhsal hastalık öyküsü açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p = 0.370$ ), (Tablo 4.8).

Vaka grubundaki çocuk ve ergenlerin %38.1'inin ailesinde kronik tıbbi bir hastalık belirlenirken %61.9'unun ailesinde kronik tıbbi hastalık saptanmamıştır, aile fertlerinin tıbbi hastalık öyküsü de değerlendirildiğinde %56.3'unun babaları oldu, %31.3'unun anneleri ve %12.5'inin kardeşleri olarak belirlenmiştir (Tablo 4.8). Saptanan tıbbi hastalıkların oranı %50 diyabet, %18.8 kalp hastalıkları, %6.3 tiroid bozuklukları, %6.3 kanser ve %6.3 çölyak hastalığı olarak belirlenmiştir (Tablo 4.9). Kontrol grubundakilerin ise %31.6'sının ailesinde kronik tıbbi bir hastalık bulunurken, %68.4'unun ailesinde kronik tıbbi hastalık saptanmamıştır. Kontrol grubunun aile üyelerinde %41.7 babalar, %33.3 anneler ve %25 kardeşleri tıbbi hastalık öyküsünün varlığını belirtmişlerdir. Kontrol grubunun tanıları sırasıyla %33.3 tiroid bozuklukları, %25 diyabet ve %25 hipertansiyon olarak belirlenmiştir (Tablo 4.9). Vaka ve kontrol grupları aile bireylerinde kronik tıbbi hastalık varlığı açısından karşılaştırıldıklarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. ( $p = 0.542$ ), (Tablo 4.8)

**Tablo 4.8 Katılımcıların Ebeveynlerinin Sosyodemografik Dağılımına İlişkin Veriler**

	Vaka Grubu		Kontrol Grubu		p		
	n	%	n	%			
Ailede Psikiyatrik (-) Tanı	32	76.2%	32	84.2%	0.370	$\chi^2=0.80$	
Ailede Psikiyatrik (+) Tanı	10	23.8%	6	15.8%			
Psikiyatrik Tanı Alan Kimi	Anne	3	30.0%	2	28.6%	0.840	$\chi^2=0.34$
	Baba	4	40.0%	2	28.6%		
	Kardeş	3	30.0%	3	42.9%		
Psikiyatrik Tanı Alan Kimi	Depresyon	4	9.5%	1	2.6%		
	DEHB	2	4.8%	1	2.6%		
	KOKGB	0	0.0%	1	2.6%		
	Sinirlilik	1	2.4%	0	0.0%		
	Anksiyete	1	2.4%	2	5.3%		
	Bilgi Yok	2	4.8%	1	0.0%		
Ailede Tıbbi (-) Hastalığı Olan	26	61.9%	26	68.4%	0.542	$\chi^2=0.37$	
Ailede Tıbbi (+) Hastalığı Olan	16	38.1%	12	31.6%			
Ailede Tıbbi Tanı Alan Kimi	Anne	5	31.3%	4	33.3%	0.637	$\chi^2=0.90$
	Baba	9	56.3%	5	41.7%		
	Kardeş	2	12.5%	3	25.0%		

<sup>x2</sup> Ki-kare test

Hastane yatı ları olan vaka grubunun ebeveyn bilgilerinde annelerin %23.8'i ve babaların %31.0'ı sigara içmektedir. Hastane yatı ları olmayan kontrol grubunun ebeveyn bilgilerinde annelerin %15.8'i ve babaların 31.6'sı sigara içiyordu (Tablo 4.9). Vaka ve kontrol grubunda ailede sigara, alkol ve madde kullanım oranı anlamlı farklılık göstermemi tir (sigar p = 0.128), (alkol p = 0.470), (madde p = 0.475), (Tablo 4.9).

**Tablo 4.9 Katılımcıların Ebeveynlerinin Sosyodemografik Da ılımına li kin Veriler**

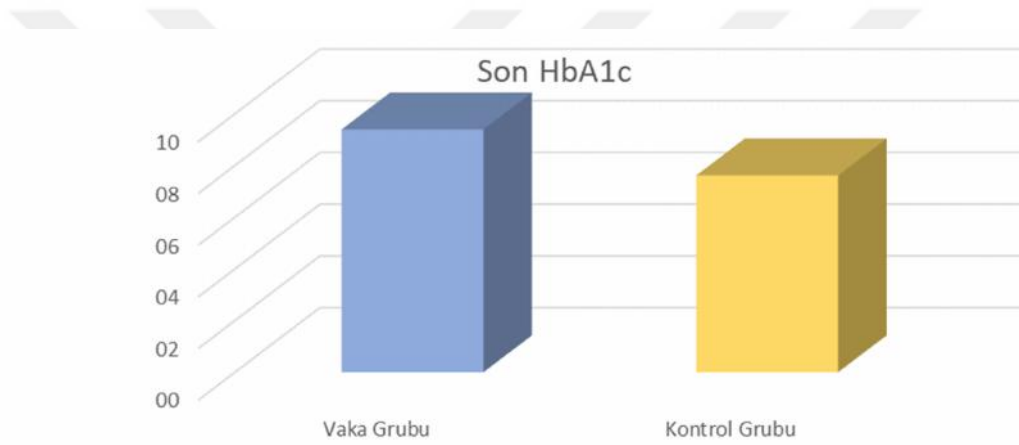
		Vaka Grubu		Kontrol Grubu		p	
		n	%Medyan	n	%Medyan		
	(-)	15	35.7%	20	52.6%		
Ailede Sigara Kullanımı	Anne	10	23.8%	6	15.8%	0.128	x2= 5.56
	Baba	13	31.0%	12	31.6%		
	Karde	4	9.5%	0	0.0%		
Ailede Alkol Kullanımı	(-)	38	90.5%	36	94.7%	0.470	x2= 0.852
	Anne	1	2.4%	1	2.6%		
	Baba	3	7.1%	1	2.6%		
Ailede Madde Kullanımı	(-)	42	100.0%	37	97.4%	0.475 *	
	Anne	0	0.0%	1	2.6%		
<b>Tıbbi Tanı</b>							
	<i>Diyabet</i>	8	50.0%	3	25.0%		
	<i>Tansiyon</i>	1	6.3%	3	25.0%		
	<i>Kalp Hastalılı</i>	3	18.8%	0	0.0%		
	<i>Epilepsi</i>	0	0.0%	2	16.7%		
	<i>Hipotiroidi</i>	0	0.0%	4	33.3%		
	<i>Hipertiroidi</i>	1	6.3%	0	0.0%		
	<i>Ankiloza</i>	1	6.3%	0	0.0%		
	<i>Kanser</i>	1	6.3%	0	0.0%		
	<i>Çölyak</i>	1	6.3%	0	0.0%		

\* Fisher's Exact Test



### 4.3. Katılımcıların Metabolik Kontrol Dağılımına İlişkin Veriler

Çalışmamızda olguların son HbA1c ortalama değerinin metabolik kontrol seviyesi açısından bakıldığında kötü metabolik kontrole sahip olup hastane yatışları olan vaka grubunda ortalama son HbA1c düzeyleri  $9.4 \pm 2.1$  ve kontrol grubunun ortalama son HbA1c değeri  $7.6 \pm 1.2$  olarak belirlenmiştir, vaka grubunda bu değer istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ( $p < 0.001$ ), (Tablo 4.10), ancak Vaka ve kontrol grubunda son bir yıl HbA1c ortalama değeri anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p = 0.484$ ), (Tablo 4.10).



Şekil 4.3 Katılımcıların Son HbA1c Dağılımına İlişkin Veriler

Metabolik kontrolü kötü seyreden vaka grubunda hastaların günlük şeker ölçümü sırasıyla % 4.8 üç kontrolden az, % 57.1 üç-beş arası kontrol, %38.1 beş kereden daha fazla kontrol yaptı olarak özetlenmiştir. Kontrol grubunda ise bu oranlar; %7.9 üç kontrolün altı, %52.6 üç-beş kontrol arası, %39.5 beş kereden daha fazla olarak belirlenmiştir. Vaka ve kontrol grubun karşılaştırılması anlamlı istatistik farklılık göstermemiştir ( $p = 0.820$ ), (Tablo 4.10).

Katılımcıların diyabetik beslenme tedavisi uygulanması için diyetisyen başvuruları sorulduğunda vaka grubunun %19.0'ı ve kontrol grubunun %39.5'i diyetisyen başvurusunun olduğunu söylemiştir. Vaka olguları ve kontrol grubu arasında diyetisyen desteği alma açısından istatistiksel anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir; vaka grubu katılımcıların daha az diyetisyen başvuruları olduğu görülmüştür ( $p = 0.044$ ), (Tablo 4.10).

Vaka grubunda katılımcıların %90.5'i insülin enjeksiyonunu kendisi yaparken, %9.5'inin bu işlemi anne tarafından yapılmaktaydı. Kontrol grubu katılımcılarında insülin enjeksiyonu %84.2 hastanın kendisi tarafından, %13.2'sinin annesi tarafından yapılmaktaydı. Kontrol grubunda bir katılımcının insülin pompası kullandığı belirlenmiştir. Vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p = 0.397$ ), (Tablo 4.10).

Hastaların diyet ölçümlerinin ve beslenme takiplerinin kimin tarafından yapıldığını sorduumuzda vaka grubundaki bireyler diyet ölçüm kontrollerinin %92.9 kendisi ve %7.1 annesi tarafından, aynı şekilde diyet kontrolünün %61.9 kendisi ve %35.7 annesi tarafından yapıldığını belirtmişlerdir. Kontrol grubu diyet ölçüm kontrolünün %86.8'i kendisinin yaptığı ve %13.2'sinin anne tarafından yapıldığını, beslenme kontrolünün %44.7 kendisi ve %55.3 annesi tarafından olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.10). Vaka ve kontrol grubu karşılaştırılması diyet ölçüm kontrolü ve beslenme kontrolünde aldığı destek açısından anlamlı istatistik farklılık göstermemiştir ( diyet ölçüm  $p = 0.467$ ), (diyet kontrol  $p = 0.124$ ), (Tablo 4.10).

Katılımcıların tedavi uyumu (insülin enjeksiyonlarının doktor tarafından planlanması gibi yapılması) ve önerilen diyabetik diyet uyumu hasta ve ebeveynine sorularak değerlendirilmiştir.

Metabolik kontrolleri kötü seyreden vaka grubunda %57.1 iyi seviyede, %31.0 orta seviyede ve %11.9 kötü düzeyde tedavi uyumu olduğunu anlatmışlardır, diyabetik diyete %2.4 iyi şekilde, %50.0 orta ve %47.6 zayıf olarak uyum sağladıklarını açıklamışlardır (Tablo 4.10).

Metabolik kontrolleri iyi olan kontrol grubunda %81.6 iyi seviyede, %15.8 orta seviyede ve %2.6 kötü düzeyde tedavi uyumunun olduğunu açıklamışlardır, diyabetik diyete %50.0 iyi şekilde, %42.1 orta ve %7.9 zayıf olarak uyum sağladıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.10).

iki grup arasında tedavi planına uyum sağlamakta anlamlı farklılık görülmemiştir (tedavi uyumu  $P = 0.051$ ), (Tablo 4.10). Ancak diyabetik diyet uyumu iki grup arasında değerlendirildiğinde vaka grubu anlamlı düzeyde daha düşük uyum düzeyi göstermişlerdir (**diyet uyumu  $p < 0.001$** ), (Tablo 4.10).

**Tablo 4.10 Katılımcıların Hastalıklarında Metabolik Kontrol Durumlarına İlişkin Veriler**

	Vaka Grubu			Kontrol Grubu			p
	n	%	Medyan	n	%	Medyan	
Son HbA1c	9.4 ± 2.1		10.0	7.6 ± 1.2		7.5	<0.001 t=4.66
Son 1 Yıl HbA1c	6.1 ± 4.5		8.0	5.0 ± 2.9		3.0	0.484 z=-0.70
Şeker Ölçümü	3 Altı	2	4.8%	3	7.9%		
	3-5	24	57.1%	20	52.6%	0.820	x2= 1.61
	5 Üstü	16	38.1%	15	39.5%		
Diyetisyene Bağlı	(-)	34	81.0%	23	60.5%	<b>0.044</b>	x2= 4.06
	(+)	8	19.0%	15	39.5%		
İnsülin Enjeksiyon Kim Yapıyor	Hasta	38	90.5%	32	84.2%		
	Anne	4	9.5%	5	13.2%	0.397	x2= 1.42
	Pompa	0	0.0%	1	2.6%		
Şeker Kontrolünü Kim Yapıyor	Hasta	39	92.9%	33	86.8%	0.467 *	
	Anne	3	7.1%	5	13.2%		
Diyet Kontrol	Hasta	26	61.9%	17	44.7%		
	Anne	15	35.7%	21	55.3%	0.124	x2= 3.69
	Babaanne	1	2.4%	0	0.0%		
Tedavi Uyumu	iyi	24	57.1%	31	81.6%		
	Orta	13	31.0%	6	15.8%	0.051	x2= 5.95
	Kötü	5	11.9%	1	2.6%		
Diyet Uyumu	iyi	1	2.4%	19	50.0%		
	Orta	21	50.0%	16	42.1%	<0.001	x2= 29.31
	Kötü	20	47.6%	3	7.9%		

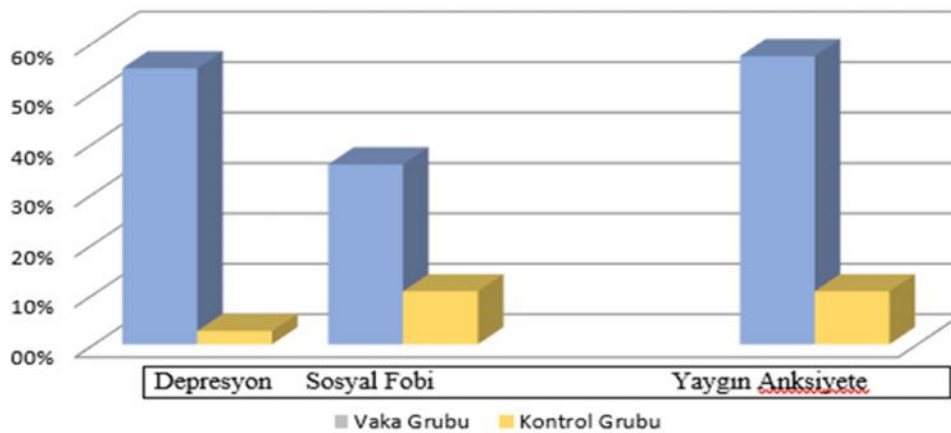
\*Fisher's Exact Test

#### 4.4. Katılımcıların Psikiyatrik Bozukluklar Dağılımına İlişkin Veriler

Çalışmamızda ÇD G- Y-DSM-5'e göre katılımcıların hem kendisi hem de ebeveynleri ile yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapılmıştır; buna göre katılımcıların psikiyatrik tanıları gözden geçirilmiştir. Çalışmamızda tanımlar ÇD G- Y-DSM-5'in tanı sırasına benzer şekilde kategorize edilmiştir.

İn divi ve Ya am boyu psikiyatrik hastalıklar açısından katılımcılar incelendiğinde, vaka grubunun sırasıyla %50.0'ında Depresyon tanısı, %42.9'unda Yaygın Anksiyete bozuklukları, %31.0'ında DEHB, %26.2 Sosyal Fobi, %14.3'ünde Özgül Fobi, %14.3'ünde KOKGB, %9.5'inde sigara kullanımı, %7.1'inde tik bozukluğu, %7.1'inde Panik Atak, %7.1'inde Agorafobi, %2.4 Ayrılma Kaygısı, %2.4 OKB, %2.4 Davranım bozukluğu, %2.4 intihar girişim öyküsü, %2.4 Alkol, %2.4 madde kullanımı ve %2.4 PTSD tanıları tespit edilmiştir (Tablo 4.11).

Kontrol grubunda ise “%2.6 Depresyon tanısı, %7.9 Yaygın Anksiyete bozuklukları, %28.9 DEHB, %5.3 Sosyal Fobi, %5.3 Özgül Fobi, %18.4 KOKGB, %2.6 sigara kullanımı, %5.3 tik bozukluğu, %5.3 Enürezis, %2.6 Ayrılma Kaygısı, %2.6 OKB” tanıları tespit edilmiştir. Araştırma kapsamında değerlendirilen vaka ve kontrol olgularında Depresyon tanısı, Yaygın anksiyete bozukluğu ve Sosyal Fobi tanıları açısından istatistiksel anlamlılık düzeyinde farklılık bulunmuştur, metabolik kontrolleri beklenen düzeyin altında olan ve hastaneye yatmaları olan vaka grubunda daha fazla Depresyon tanısı, Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) ve Sosyal Fobi (SF) tanısı tespit edilmiştir (**Depresyon p <0.001**), (**YAB p <0.001**), (**SF p = 0.011**), (Tablo 4.11).



ekil 4.4 Katılımcıların Psikiyatrik Bozukluk Dağılımına İlişkin Veriler

**Talo 4.11 Katılımcıların DSM-5 psikiyatrik tanı sıklığının karşılaştırılması**

	Vaka Grubu		Kontrol Grubu		p	
	n	%	n	%		
<b>KSADS</b>						
Depresif	21	50.0%	1	2.6%	<b>&lt; 0.001</b>	$\chi^2=22.45$
ntihar	1	2.4%	0	0.0%	1.000	*
Mani	0	0.0%	0	0.0%	1.000	*
YDBB	0	0.0%	0	0.0%	1.000	*
Psikoz	0	0.0%	0	0.0%	1.000	*
Panikatak	3	7.1%	0	0.0%	0.242	*
Agorafobia	3	7.1%	0	0.0%	0.242	*
Ayrıma Kaygısı	1	2.4%	1	2.6%	1.000	*
Sosyal Fobi	11	26.2%	2	5.3%	<b>0.011</b>	*
Mutizim	0	0.0%	0	0.0%	1.000	*
Özgül Fobi	6	14.3%	2	5.3%	0.179	*
Yaygın Anksiyete	18	42.9%	3	7.9%	<b>&lt; 0.001</b>	$\chi^2=12.59$
OKB	1	2.4%	1	2.6%	1.000	*
Enurezis	0	0.0%	2	5.3%	0.222	*
Enkoprezis	0	0.0%	0	0.0%	1.000	*
Yeme Bozukluğu	0	0.0%	0	0.0%	1.000	*
DEHB	13	31.0%	11	28.9%	0.845	$\chi^2=0.038$
KÖKGB	6	14.3%	7	18.4%	0.616	$\chi^2=0.251$
Davranım Bozukluğu	1	2.4%	0	0.0%	1.000	*
Tik Bozukluğu	3	7.1%	2	5.3%	0.729	*
OSB	0	0.0%	0	0.0%	1.000	*
Sigara Kullanımı	4	9.5%	1	2.6%	0.203	*
Alkol Kullanımı	1	2.4%	0	0.0%	1.000	*
Madde Kullanımı	1	2.4%	0	0.0%	1.000	*
<b>PTSD</b>	1	2.4%	0	0.0%	1.000	*

\*Fisher's Exact Test

#### 4.5. Katılımcıların Anne-Baba Tutumu ile Tip 1 Diyabet Yönetimine İlişkin Bulgular

Metabolik kontrolü kötü seyreden vaka grubunun metabolik kontrolleri iyi olan kontrol grubuyla kıyaslandığında vaka grubunda annelerin demokrat tutumu puan ortalaması  $87.1 \pm 22.3$  ve otoriter tutumu puan ortalaması  $68.7 \pm 20.3$  olarak belirlenmiştir. Bu grupta babaların demokrat tutumu puan ortalaması  $86.1 \pm 20.1$  ve otoriter tutum puan ortalaması  $69.2 \pm 17.0$  olarak görülmüştür (Tablo 4.12). Aynı şekilde kontrol grubunda anne baba tutumlarının puan ortalamaları ayrı ayrı ele alınmıştır. Annelerin demokrat tutumu puan ortalaması  $97.7 \pm 16.5$  ve otoriter tutumu puan ortalaması  $62.5 \pm 16.2$  olarak belirlenmiştir. Bu grupta babaların demokrat tutumu puan ortalaması  $95.4 \pm 15.5$  ve otoriter tutum puan ortalaması  $64.6 \pm 18.6$  olarak görülmüştür (Tablo 4.12).

Her iki grupta demokratik anne baba tutumu baskın olsada gruplar arası karşılaştırılarda anlamlı istatistik farklılık bulunmuştur (**Anne Demokrat p 0.006**), (**Baba Demokrat p 0.023**), (Tablo 4.12).

**Tablo 4.12 Katılımcıların Anne Baba Tutum Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımına İlişkin Veriler**

	Vaka Grubu		Kontrol Grubu		P	
	Ort.±s.s /n%	Medyan	Ort.±s.s /n%	Medyan		
<b>ABTO</b>						
Anne Otoriter	68.7 ± 20.3	69.0	62.5 ± 16.2	60.5	0.138	t=1.50
Baba Otoriter	69.2 ± 17.0	69.0	64.6 ± 18.6	60.5	0.245	t=1.17
Anne Demokrat	87.1 ± 22.3	90.0	97.7 ± 16.5	102.0	<b>0.006</b>	z=-2.72
Baba Demokrat	86.1 ± 20.1	89.0	95.4 ± 15.5	99.0	<b>0.023</b>	t=-2.31
Anne Tutum	Demokrat	31 73.8%	35 92.1%		<b>0.048</b>	X <sup>2</sup>
	Otoriter	10 23.8%	3 7.9%			
	Bilgi Yok	1 2.4%	0			
Baba Tutum	Demokrat	29 69.0%	32 84.2%		0.154	X <sup>2</sup>
	Otoriter	12 28.6%	6 15.8%			
	Bilgi Yok	1 2.4%	0			

#### 4.6. Katılımcıların Öz Saygıları ile Tip 1 Diyabet Yönetimine İlişkin Bulgular

Metabolik kontrolü kötü seyreden vaka grubunu metabolik kontrolleri iyi olan kontrol grubuyla kıyaslandığında vaka grubunda benlik saygı tam puan ortalaması  $28.9 \pm 13.5$ , benlik

saygı genel puan ortalaması  $15.0 \pm 7.5$ , sosyal öz saygı puan ortalaması  $5.3 \pm 2.5$ , ev ve aile öz saygı puan ortalaması  $4.4 \pm 2.5$  ve okul akademik öz saygı puan ortalaması  $3.8 \pm 2.5$  olarak bulunmu tur (Tablo 4.13). Aynı ekilde kontrol grubunda benlik saygı tam puan ortalaması  $34.2 \pm 12.2$ , benlik saygı genel puan ortalaması  $17.8 \pm 6.4$ , sosyal öz saygı puan ortalaması  $5.8 \pm 2.2$ , ev ve aile öz saygı puan ortalaması  $5.8 \pm 2.6$  ve okul akademik öz saygı puan ortalaması  $4.6 \pm 2.1$  olarak bulunmu tur (Tablo 4.13).

Katılımcıların benlik saygısı metabolik kontrol düzeylerine göre vaka ve kontrol grupları arasında kar ıla tırıldı ında vaka grubu katılımcıların benlik saygı tam ve genel puanı kontrol grubundan anlamlı olarak dü ük bulunmu tur ve benzer ekilde ev aile öz saygı puanı anlamlı farklılık göstermi tir (**tam puan  $p=0.007$** ), (**genel puan  $p= 0.048$** ), (**aile ev puan  $p=0.002$** ), (Tablo 13). Sosyal öz saygı ve okul akademik öz saygı puanları istatistik olarak anlamlı farklılık göstermemi tir (sosyal öz saygı puan  $p=0.333$ ), (okul akademik öz saygı puan  $p=0.170$ ), (Tablo 4.13).

**Tablo 4.13 Katılımcıların Coopersmith Benlik Saygı Envanterinin Alt Boyutlarının Da ılımına İlişkin Veriler**

	Vaka Grubu		Kontrol Grubu		p	z
	Ort.±s.s /n%	Medyan	Ort.±s.s /n%	Medyan		
<b>Cooper Smith Benlik Saygı</b>						
Tam Puan	28.9 ± 13.5	33.0	34.2 ± 12.2	37.5	<b>0.007</b>	$z=-2.72$
Genel Puan	15.0 ± 7.5	18.0	17.8 ± 6.4	20.0	<b>0.048</b>	$z=-1.82$
Sosyal Özsaygı	5.3 ± 2.5	6.0	5.8 ± 2.2	6.0	0.333	$z=-0.969$
Ev Aile Özsaygı	4.4 ± 2.5	5.0	5.8 ± 2.6	7.0	<b>0.002</b>	$z=-3.12$
Okul Akademik Özsaygı	3.8 ± 2.5	4.0	4.6 ± 2.1	5.0	0.170	$z=-1.37$

#### 4.TARTI MA

Diabetes Mellitus, fiziksel bir hastalık olmasının yanısıra, tüm kronik hastalıklar gibi psikiyatrik ve psikososyal boyutları olan; bireyi ruhsal, duygusal, sosyal sorunlarla karşı karşıya bırakan endokrin bir bozukluktur (114). Kronik hastalığın tedavisi ve kontrolü karmaşık bir şekilde bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, benlik saygısı, sosyal ilişkileri ve çevresindeki olaylar ile ilişkilerinden etkilenebilmektedir (115).

Ergenlik dönemi birçok fiziksel ve fizyolojik değişimlerle birlikte kazanılması gereken gelişimsel görevleri de beraberinde getirmektedir. Bu nedenle kronik bir hastalığın ortaya çıkmasında hem bu gelişimsel görevlerin hem de hastalığa ilişkin sorumlulukların yerine getirilmesi zorlukları yaratmaktadır (116).

T1DM tanısı olan ergenlerde yatılı olan ve olmayan hastaların benlik saygısı ve aile tutumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan araştırmada, elde edilen bulgular ilgili literatürle tartışılmaktadır.

#### 5.1. T1DM'li Ergenlerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bilgilerin İncelenmesi

T1DM her yaşta görülmekle beraber sıklıkla çocukluk çağında başlamaktadır. Tip 1 diyabet mellitus'un çocukluk çağında görülme yaşı iki pik göstermektedir. İlk zirve dönemi okula başlama dönemindeki enfeksiyonların etkisi ile 4-6 yaşlarda, ikinci zirve ise puberte döneminde artan cinsiyet hormonları, büyüme hormonu ve psikolojik stres nedeni ile 10-15 yaşlarında ortaya çıkmaktadır (116).

Aydın'ın (2016) 2007-2013 yılları arasında çocuk endokrinoloji polikliniğinde T1DM tanısı ile düzenli izlenen 0-18 yaş arasındaki 92 hasta ile yaptıkları çalışmada, hastaların yaş dağılımının en fazla 10-14 yaş (%37) ve 14-18 yaş (%42.4) arasında olduğu saptanmıştır (117).

Avrupa Diyabet Çalışma Grubu'nun 15.000 diyabet üzerinde yaptığı çok merkezli çalışmada hastalar 0-4 yaş, 5-9 yaş, 10-14 yaş olarak üç gruba ayrıldığında diyabet sıklığı sırasıyla %24, %35, %41 olarak yaşla artan sıklıkta tespit edilmiştir (118).

Çalışmamıza katılan hastane yatılıları olan vaka grubunun yaş ortalaması  $14.5 \pm 1.9$  ve kontrol grubunun yaş ortalaması  $13.8 \pm 2.0$  olarak bulunmuştur. Bu açıdan Vaka ve kontrol grubunda hastaların yaşları anlamlı farklılık göstermemiş olup ( $p > 0.05$ ), bulgularımız belirtilen çalışmalarla uyum göstermektedir ancak çalışmamız 12-18 yaş grubu ergenleri



kapsadı ndan T1DM ortaya çıktı ı daha küçük ya şıklarının de erlendirilmesi mümkün olmamı tır.

T1DM'deki cinsiyet da ılımı birçok çalı mada farklılık göstermektedir. T1DM insidansının yüksek oldu u Finlandiya ve Norveç gibi ülkelerde erkek çocuklarda daha sık görülürken, insidansın dü ük oldu u srail ve Polonya'da kız çocuklarında daha sık görüldü ü bildirilmektedir (119, 120).

Ülkemizden Kandemir ve ark. T1DM tanılı çocuklarla yaptıkları çalı mada cinsiyet da ılımı açısından fark olmadı ını bildirmi lerdir (181). Özcan'ın (1999) diyabetli hastalarda hastalı a uyumu etkileyen faktörlerin de erlendirilmesi konulu yaptı ı tez ara tırmasında, hastaların cinsiyet da ılımını %40,3 erkekler, %59 sini kadınlar olarak saptamı tır (121).

Çalı mamızdaki T1DM hastalarımızın cinsiyet da ılımı açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamı tır ( $P > 0.05$ ). Çalı mamızın bulgusu bu çalı malarla benzerlik göstermektedir.

Ergenlik döneminde metabolik kontrolün kötüle mesinde katkıda bulunan faktörler tartı malıdır. Diyabet kronik bir hastalık oldu undan tanı ya ı büyüdükçe ve hastalık süreci uzadıkça hastanın psikososyal ve metabolik uyumunu olumsuz etkileyebilmektedir, uyum sorunlarıyla kar ıla ma riski artabilmektedir.

Urbach ve arkadaş larının 2005 yılında 155 T1 DM'li olgu ile yaptı ı çalı mada ergen hasta grubunda (14-18 ya ş) metabolik kontrolün 2-8 ya ş grubuna göre daha kötü oldu u gösterilmi tir (122).

1999 yılında yapılan bir metaanaliz çalı masında ise ya ı daha büyük olan ergenlerin çocuklara göre metabolik kontrollerinin daha kötü oldu u bulunmu tur (123).

Çalı mamızda hastane yatı ları olan vaka grubunun tanı ya ı ortalama  $8.5 \pm 4.1$  bulunurken, hastane yatı ları olmayan kontrol grubunda elde edilen bu veri  $10.6 \pm 3.1$  olarak saptanmı tır ve sonuç olarak vaka grubunda tanı ya ı kontrol grubundan anlamlı olarak daha dü ük bulunmu tur ( $p = 0.023$ ). Çalı mamızdan elde edilen bulgulara göre metabolik kontrolleri kötü olan ve hastane yatı ları olan ergenlerin daha büyük ya şta oldukları görülmü tür yani vaka grubunun büyük bir bölümü hastalık yılı açısından daha ileri yıllarda yer almaktadır. Çalı mamızda hastalı ın ilk yıllarında olan ergenlerin uyumlarının daha iyi düzeyde oldu u bulunmu tur. Çalı mamızdan elde edilen bilgiler T1DM olan ergenlerde ya

artıkça ve özellikle tedavi planının sorumlulukları hasta tarafından üstlenince hastalığın metabolik kontrolü azalma eğilimi gösterebilmektedir. Bu sonuçlar literatür incelendiğinde diğer çalışmalarıyla benzerlik göstermektedir.

Kronik hastalığın varlığı çocuğun yaşamının tüm alanlarını özellikle de okul başarısını ve akran ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu hastalarda okula devamsızlık problemi sağlıklı akranlarına oranla daha fazla görülmektedir (80).

Dahlquist ve Källén 5.159 diyabetli ve sağlıklı çocukla yaptıkları çalışmada 20 tip 1 diyabetli çocukların okul başarısının sağlıklı çocuklara göre daha düşük olduğunu saptamışlardır (63).

T1DM'li ergenlerin okul performansları incelendiğinde yatırları olan vaka grubunun okul performansı yatırları olmayan kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük görülmüştür ( $p = 0.035$ ). Yapılan çalışmada görüldüğü gibi hastane yatırları olan Tip 1 diyabetli ergenlerde kötü metabolik kontrol ve hastane yatırları okul başarısını olumsuz etkileyebilmektedir. Literatür incelendiğinde T1DM hastalarının tedavi uyumsuzluğu sonucu hastane yatırlarının varlığı ve ders başarısı ile kişi çok kısıtlı olarak araştırılmıştır, çalışmamızın sonuçları literatüre katkı sağlayabilmektedir.

Glaab ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada tip 1 diyabet tanısı olan çocukların okul devamsızlığının sağlıklı kardeşleri ve akranlarına göre daha fazla olduğunu ve okula devamsızlığın kötü metabolik kontrol ile ilişkili olduğunu saptamıştır (62). Benzer bir çalışmada Fried ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kötü metabolik kontrolü olan T1DM adolesanların ortalama 13.82 gün okula gidemedikleri tespit edilmiştir (124).

Araştırmamızda vaka grubunda okula devamsızlık oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p = 0.007$ ). Bu bilgiler dikkate alındığında hastalığın metabolik kontrolünde zorlanan ve iyi bir tedavi uyumu olmayan hastaların okul hayatıyla uyum sağlamada zorlandıklarını düşünebiliriz.

Çalışmamızda yatırları olan vaka grubunda daha fazla okul uyumu sorunu (daha düşük ders başarısı ve daha fazla okul devamsızlığı) bildirilmiştir. Bu sonuçlar kronik hastalık sürecinde kötü tedavi uyumu sonucu ortaya çıkan komplikasyonlar ve tekrarlanan hastane yatırlarıyla mücadele eden çocuklarda hastalık yükünün getirdiği zorluklar nedeniyle okul uyumunun bozulmasının göstergesi olabilmektedir.

## 5.2. Anne Babaların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bilgilerin İncelenmesi

Araştırmamızda katılımcıların anne babalarının tüm sosyodemografik özellikleri hastane yatılıları olan vaka grubu ve metabolik kontrolleri iyi olan ve hastane yatılıları olmayan kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Demografik özellikler hiçbir alanda gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p > 0.05$ ).

Birçok çalışmada düşük sosyoekonomik durumun, kötü metabolik kontrol için risk faktörü olduğu saptanmıştır (125, 126). Meksika'da 2000 yılında tip 1 DM'li 184 hastanın sosyoekonomik durumu değerlendirildiğinde, düşük aile geliri olan hastalarda metabolik kontrolün kötü olduğu saptanmıştır (126).

Krishnavathana ve ark. 2006 yılında yayınladıkları çalışmalarında ise yüksek sosyoekonomik durumun, HbA1c düzeyini azaltmada anlamlı bir etken olduğunu göstermişlerdir (70).

Frey ve ark. düşük sosyoekonomik düzeyini kötü metabolik kontrol için risk faktörü olarak saptamışlardır (127).

Vaka ve kontrol grupları ailelerinin aylık gelir düzeyleri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p = 0.181$ ), çalışmamızın bulguları literatürle uyumluluk göstermemektedir. Vaka ve kontrol grupları ailelerinin aylık gelir düzeyleri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p = 0.181$ ), çalışmamızın bulguları literatürle uyumluluk göstermemektedir. İki grup arası anlamlı bir farkın olmaması birkaç sebebe bağlanabilir. En önemli sebebinin örneklerimizi topladığımız hastaneye gelen hasta profilinin sosyoekonomik açıdan benzer düzeyde olması, düzenli takip gerektiren kronik bir hastalık olması sebebiyle hastaneyi tercih eden hastaların hastaneye yakın ve benzer sosyoekonomiye sahip ilçelerde ikamet etmesi olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmalar kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinde artan ekonomik yük, ebeveynlerin çocuklarının sık sık hastaneye yatırılması, hastalıkla birlikte değişen aile rolleri ve uyumla ilgili geniş çaplı ebeveyn stresörlerini tanımlamıştır (128). Çocuğun bakım sorumluluğu, psikolojik tepkiler (anksiyete, korku, öfke, depresyon ve suçluluk), tahmin edilemeyen tıbbi giderlerin olduğu ve ekonomik yükler, çocuklarının geleceği ile ilgili belirsizlikler aileye ağır yük getirmektedir ve ebeveynin ruhsal bozukluklar açısından riskli hale getirebilmektedir (129).

Lewin ve arkadaşları (2006), tip 1 diyabetli çocuğu olan aileleri, kaygı ve stres düzeyi açısından de erlendirmişlerdir. Ara tırma bulgularına göre diyabet hastalığıyla ilgili stres kaynakları, çocuğun bakımında başlıca sorumlu olan annelerin stres ve durumluk kaygılarıyla yüksek oranda ili kili bulunmu tur (130).

Uyaro lu ve Bodur (2009), zihinsel yetersizliği olan çocukların anne babalarında kaygı düzeyini inceledi i çalı malarında, zihinsel yetersizlikli çocukların annelerinin durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeylerinin, babaların kaygı düzeylerinden daha yüksek oldu unu bulmu turlar. Ara tırmacıya göre bu durumun sebebi, annelerin çocuklarının yetersizliklerinden babalara göre daha fazla etkilendikleri ve kendilerini daha fazla sorumlu hissettikleri ekinde açıklanabilir (131).

Çalı mamızda anne ve babanın psikiyatrik hastalık öyküsü yalnızca ebeveyn bildirimine dayalı olarak de erlendirilmi , ebeveynlere psikiyatrik muayene yapılmamı tır. Bu durum da bulgularımız de erlendirilirken göz önünde bulundurulmalıdır.

Vaka ve kontrol gruplarında aile ruhsal hastalık öykü oranları literatürle uyumlu olarak yüksek oranda saptanmı tır ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemi tir ( $p = 0.370$ ). Çalı mamız literatürden farklı olarak sağlıklı çocukları de erlendirmemi tir, ara tırmamıza benzer olan çalı maların sınırlı olması uygun tartı manın yapılmasını kısıtlayabilmektedir, ancak her iki grubun annelerinde yüksek oranda psikiyatrik bozuklukların varlığı tespit edilmi tir ve bu sonuç genellikle bakım yükünü üstlenen annelerin ruhsal bozukluk gelişime açısından daha fazla risk altında olduklarına dikkat çekebilmektedir. Çalı mamızda her iki grubun babalarında annelere göre daha fazla oranda psikiyatrik bozukluk öyküsü saptanmı tır. Literatürde benzer sonuçları olan ara tırmaya rastlanmamı tır. Bu bulgu ailenin geçimi ile ilgili maddi sorumluluklar, kronik hastalığı olan çocuğun maddi ve manevi yönden bakım yükü, mesleki zorluklar, ülkenin düşük ekonomi düzeyi gibi çe itli faktörlerden kaynaklandı ı dü ünülebilmektedir.

### **5.3. T1DM'li Ergenlerin Metabolik Kontrol Sonuçlarına ili kin Bilgilerin ncelenmesi**

Diabetli bireyin; HbA1c düzeyini kontrolü için diabet hakkında bilgi sahibi olması ve tedaviye uyum göstermesi önemlidir. Hastalığı hakkında yeterli bilgisi olan diabetli bireyler, beslenme, fiziksel aktivite ve ilaç tedavisini yöneterek HbA1c düzeyini kontrol edebilirler (132). HbA1c son 8–12 haftalık dönemdeki glisemi kontrolünün iyi bir göstergesi olup, glisemik kontrolü en iyi gösteren parametre olarak kabul edilmektedir. HbA1c ölçümleri

diabetin rutin takibinde ve plazma glikoz kontrolü ile komplikasyonların gelişmesi arasındaki ilişkinin incelenmesinde son derece önem taşımaktadır (133)

2019 yılında Amerika'da 1094 T1 DM'li hastada yapılan SEARCH çalışmasında hastaların genel ortalama HbA1c değeri  $9.2 \pm 1.7$  olarak saptanmış olup % 35,8'i zayıf glikemik kontrole sahipken, % 11.2'si iyi glikemik kontrole sahip olarak görülmüştür (134).

2001 yılında 159 T1 DM'li olgu ile yapılan bir çalışmada olguların HbA1c değeri ile diyabet nedeniyle hastaneye yatışları arasında korelasyon olduğu göstermektedir (135).

Çalışmamızda olguların son HbA1c ortalama değerinin metabolik kontrol seviyesi ile ilgili bakıldığında kötü metabolik kontrole sahip olup hastaneye yatışları olan vaka grubunda ortalama HbA1c düzeyleri kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ( $p < 0.001$ ). Yüksek HbA1c seviyesi durumu metabolik kontrolü kötü olan hastaların daha sık hastaneye yatma ve kan şekeri regülasyonu ihtiyacı olduğunu gösterebilmektedir. Vaka grubunun ortalama HbA1c düzeylerinin yüksek bulunması çeşitli sebeplerle açıklanabilmektedir, hastalığın ilerli yıllarında tedavi ve beslenme uyumunun sağlanmasında ailenin kontrolünün azalması ve ergen tarafından tedavi uyumunda özenin azalması önemli olan faktörlerden sayılabilmektedir. Aynı zamanda çalışmamızda hastaların tedavi uyumunu etkileyen faktörler incelendiğinde vaka grubunun daha fazla düzensiz benlik saygısına, ruhsal sorunlara ve olumsuz anne baba yaklaşımlara sahip olduğu görülmüştür ve bu faktörlerin kötü metabolik kontrolü ve tekrarlayan hastaneye yatışları ile ilgili olduğu düşünülebilmektedir. Bu sonuçlar sınırlı olan çalışmaların bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Son yıllarda kronik hastalıkların daha yaygın olarak ortaya çıkması ve hastaların tedavide daha etkin rol almalarından dolayı, tedaviye uyumu daha fazla önem kazanmıştır (131). T1DM'li çocuk ve ergenlerin tedavisinde uygulanan beslenme planları, kendi yaşlarındaki diyabetli olmayan çocukların günlük diyetinden farklılık gösterebilmektedir (54). Ancak akraneli kileri daha önemli hale gelen ergenlik sürecinde bu hastalar, akranelerinden farklı olmamak için önerilen diyet programına uyum sağlamada gevşek davranabilirler. Akranelerden farklı olduğunu hissetme sonucu psikolojik sorunlar yaşayabilir ve bunun sonucu olarak da diyet uyumlarını bozabilirler (54).

Dimatteo tarafından yapılan 1948- 1998 yılları arasında 50 yıllık bir sürede tedaviye uyumun değerlendirildiği 569 çalışmanın meta analizi sonucunda, 17 hastalık arasında tedaviye uyumsuzluk ortalama oranının %24.8 olduğu ve bu 17 hastalık arasında en sık

tedaviye uyumsuzluk gösteren hastaların diyabet (tedaviye uyumsuzluk oranı %32.5) olduğu bulunmuştur (136).

Davison ve ark. 3180 Tip 1 diyabetli ile yürüttükleri çok merkezli kesitsel bir çalışmada, diyetle uyumu değerlendirilmedi ve sonuçta hastaların %54.2'sinin cinsiyet, diyabet yaşı ve sosyoekonomik durumdan bağımsız olarak diyetlerine uyduklarını belirlemişlerdir (137).

Çalışmamızın verileri de değerlendirdiğinde vaka grubunun sadece %2.4 katılımcısı iyi beslenme uyumu olduğunu açıklarken kontrol grubunun %50.0'ini diyabetik diyetle iyi uyum sağladıklarını belirtmişlerdir. Hastane yatırları olan vaka grubunda diyet uyum oranı yatırları olmayan kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük görülmüştür ( $P < 0.001$ ). Çalışmamızın önemli özelliği bahsedilen literatürden farklı olarak yatırlı olan ve olmayan gruplar arası tedavi uyumunu karşılaştırmasıdır, bu alanda benzer araştırmalara sınırlı sayıda rastlanabilmektedir. Elde ettiğimiz veriler beslenme planına uyumsuzluğu daha kötü metabolik kontrolüne ve T1DM komplikasyonlarından dolayı hastane yatırlarına sebep olabilmektedir. Vaka grubunun daha fazla diyetle tedaviye uyumsuzluk göstermesi bu hastaların daha büyük yaşta olmaları ve hastalığın tedavi sorumluluğunu aileden bağımsız bir şekilde üstlendikleri ancak bu konuda çeşitli sebeplerden dolayı olmadıkları olarak düşünülebilir. Bu çeşitli sebepler arasında araştırmamızda da değerlendirilmesini amaçladığımız aile tutumları, hastanın benlik saygısı gibi faktörlere değinilebiliriz. Aynı zamanda psikiyatrik bozuklukların etkisi olarak varlığı diyabetin tedavi uyumunu olumsuz yönde etkileyebileceği unutulmamalıdır.

#### **5.4. T1DM'li Ergenlerin Psikiyatrik Değerlendirilmesine İlişkin Bilgilerin İncelenmesi**

Literatür incelendiğinde, çalışmaların çoğu belli tanı gruplarının değerlendirilmesini hedefledikleri, genellikle tam bir ruhsal durum incelemesini içermedikleri ve ölçekler aracılığıyla değerlendirme yapıldıkları görülmektedir. Çalışmamızda geçerlilik güvenilirliği yapılmış, yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapılarak katılımcıların ek psikiyatrik bozuklukları değerlendirilmiştir.

T1DM'li ergenleri, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, eski çalışmaların çoğu depresif belirtiler ve anksiyete bozukluklarının daha yüksek oranda görüldüğünü belirtmektedir (138).

Bernstein ve arkadaşları çalışmalarında 11-25 yaş arası T1DM tanısıyla takip edilen hastalarda depresyon tanısı için %11.3 ve anksiyete bozuklukları için %21.3 oranlarını belirtmişlerdir (139).

Blanz ve ark yaptığı bir çalışmada psikiyatrik bozukluk prevalansı diyabetik hastalarda %33,3 kontrol grubunda ise %9,7 olarak saptanırken diyabetik grupta içe atım semptomları, somatik semptomlar, uyku bozuklukları ve depresif duygudurumun kontrol grubuna kıyasla daha yüksek oranda olduğunu belirtmişlerdir (140).

Garrison ve arkadaşları tarafından yapılmış olan bir araştırmada, 5-18 yaş arası diyabetli 4508 çocuk ve 3094 ergenin psikiyatrik rahatsızlıkları ve hastaneye yatış sayısı arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre 13-18 yaş arasındaki ergenlerin, içe yönelim (internalizing) bozuklukları ile hastaneye tekrarlayan yatışları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bunun nedeninin de depresyon, anksiyete gibi içe yönelim bozukluklarının, ergenlerde tedavi planına uyum yönündeki motivasyon eksikliğinden kaynaklanabileceği öne sürülmüştür (141).

Literatüre bakıldığında çoğu araştırmalar T1DM hastalar ve sağlıklı grupları karşılaştırmıştır ve yaptığımız çalışmaya benzer kısıtlı bilgi görülebilmektedir. Araştırmamızda vaka ve kontrol grubunun psikiyatrik komorbidite değerlendirilmesinden elde edilen oranların yüksek bulunması, T1DM hastalıkları olan çocukların psikiyatrik etan oranlarını araştıran çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Metabolik kontrolleri iyi düzeyde olmayan ve hastane yatışları olan vaka grubunun sırasıyla %50.0'ında Depresyon tanısı, %42.9'unda Yaygın Anksiyete Bozukluğu, %26.2 Sosyal Fobi tanıları tespit edilmiştir. Metabolik kontrolleri iyi düzeyde olan ve hastane yatışları olmayan kontrol grubunda ise %2.6 Depresyon tanısı, %7.9 Yaygın Anksiyete bozuklukları, %5.3 Sosyal Fobi tanıları tespit edilmiştir. Hastane yatışları olan vaka grubunda istatistik değerlendirilmede daha fazla Depresyon tanısı, Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Sosyal Fobi tanısı tespit edilmiştir ve bu tanı oranları istatistiksel anlamlılık düzeyinde farklılık göstermiştir (Depresyon  $p < 0.001$ ), (YAB  $p < 0.001$ ), (SF  $p = 0.011$ ). Bu çalışmada T1DM metabolik kontrolünün olumsuz seviyede seyretmesi daha fazla depresyon ve kaygı bozukluklarının ortaya çıkabileceğini vurgulamıştır.

Vaka grubundaki ergen hastalar kötü metabolik kontrol sonucunda tedavi uyumsuzluğunu getirdiği daha fazla kısıtlamalar, tekrarlayan hastane yatışları, doktor ziyaretleri ve anne babanın yoğun müdahalesine maruz kaldıkları düşünüldüğünde bu grup hastalarda daha fazla psikiyatrik bozuklukların görülmesi öngörülebilmektedir. Aynı zamanda çalışmamızdan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde bu grubun katılımcılarını, kontrol grup katılımcılarıyla

kıyasladığımızda depresyon ve kaygı bozuklukları gibi ruhsal bozuklukları tetikleyebilen düşük benlik saygısı ve aırı kontrolcü anne babalar daha fazla görülmektedir.

Bu yaklaşıma karşın depresyon ve kaygı bozuklukları bireyin yeme davranışları ve iştah düzeyini de etkirebilmektedir. T1DM hastaların tedavisinde önemli rolü olan beslenme planında öğün miktarlarına ve zamanına çok dikkat edilmelidir. Ancak depresif duygudurumu olan veya yoğun endişe ve korkuyla başa çıkmaya çalışmayan ergen hasta bu olumsuz duygularla baş etmek için düzensiz beslenmeye yönelebilmektedirler.

Aynı şekilde bu bozuklukların getirdiği motivasyon kaybı, uyku bozuklukları, dikkat dağınıklığı ve unutkanlık insülin tedavi uyumunda bozabilmektedir. Özel diyabetik diyet ve insülin tedaviye uyumsuzluk, metabolik kontrolün kötü seyretmesi ve hastane yatışlarının en önemli sebeplerinden sayılabilmektedir.

### **5.5. T1DM'lu Ergenlerin Anne Baba Tutumu ile Tip 1 Diyabet Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

Çocukluk çağı kronik hastalıklarında, tüm ailenin üyeleri ve günlük etkinlikleri etkilenebilmektedir. Kronik hastalıklar aile içinde var olan yapılanmayı bozabilir ve dengelerin tekrar kurulabilmesi için yeniden yapılanmaya gidilmesi gerekebilir. Aileler hastalıkla ilişkili sıklıkla hastane başvuruları, çok yönlü tedavi ve bilinmeyen hastalık süreci gibi stresörlerle baş etmek zorunda kalabilmektedirler. Aile, sosyal ve okul rutinleri için çocuğun üyelsel sınırlılıklarını ve tedavi gereksinimlerini karşılama konusunda uyum yapmak zorunda kalabilmektedirler (142). Bu durumda anne babalar farklı tutumlar sergileyebilirler, bazı ebeveyn aırı talepkar ve hükmedici olabilirken bir kısmı çocuğun davranışlarına karşı demokratik tutum sergilemektedirler (131).

Tsampanli ve Kounenou (2004) çalışmasında T1DM'li çocuğa sahip 30 aileyle derinlemesine görüşme ve gözlem yoluyla metabolik kontrolde karşılaşılan zorlukları araştırmıştır. Çalışma sonuçları anne babaların çocuklara hastalığın yönetiminde sorumluluk vermedikleri ve aırı kontrolcü ve koruyucu tutumda olduklarını göstermektedir (143).

Baykara ve arkadaşları (2012) T1DM'li 50 çocuk ile 50 saatlik gönüllü ve anneleri ile yaptıkları çalışmada, T1DM'li çocukların annelerinin, kontrol grubu çocuklarının annelerine göre daha fazla kontrolcü, endişeli ve aırı istekte bulunan anne baba tutumunu gösterdini belirlemiştir (6).



Chao ve arkadaşları (2016) çalışmasında ebeveynlerin diyabetli ergenlerin bağımsız olarak karar almasına engel olduğu, ailesi koruyucu ve baskıcı tutumlarının olması ergenler üzerinde stres yaratmıştır (144).

Çalışmamıza katılan vaka ve kontrol grubu T1DM'li ergenlerin anne-baba tutumları karşılaştırıldı. İki grup katılımcılarda demokratik anne baba tutumu daha baskın olarak görülmüştür ancak iki grubun karşılaştırılmasında vaka grubunda anne demokrat, baba demokrat skoru kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır (Anne Demokrat  $p = 0.006$ ), (Baba Demokrat  $p = 0.023$ ).

Araştırmamızda anne babaların demokratik tutumu ile diyabetin metabolik kontrol düzeyi ve tedavi uyumu arasındaki ilişki incelendiğinde; demokratik tutum puanları arttıkça metabolik kontrolün beklenen düzeyde olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda Demokratik tutumu daha fazla olan kontrol grubunda HbA1c düzeylerinin daha az seviyede olması ve beslenme tedavi uyumunun daha fazla görülmesi T1DM ergenlerin tedavi uyumu ve metabolik kontrol düzeyleri ile anne baba tutumlarının ilişkili olabilmesi vurgulanabilmektedir. Yatırımları olan vaka grubunda daha fazla otoriter anne baba tutumu saptanmıştır. Otoriter anne babalar diyabet tedavisi hakkında sürekli müdahale ederek hastanın ebeveyninden bağımsız hissedebilmesini engelleyebilir ve hastaya küçük çocuk muamelesi yapıldığı algısını yaratabilirler. Bu yaklaşım anne babadan bağımlılığı kopartmaya çalışarak ergenin diyabet tedavi uyumunda önemli rolü olan benlik saygısını olumsuz etkileyebilir ve ruhsal sorunlarının oluşmasına sebep olabilir. Araştırmamızda elde edilen bulgular otoriter anne baba tutumu ve T1DM tedavi uyumsuzluğu arasında ilişki olabileceğini göstermektedir.

## **5.6. T1DM'li Ergenlerin Benlik Saygısı ile Tip 1 Diyabet Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

Tip 1 diyabet hastalığının yönetiminde metabolik kontrolün sağlanması, diyetle uyum ve komplikasyonların önlenmesi önemlidir (145, 146). Tip 1 diyabetli ergenlerde benlik saygısını olumsuz etkileyen stres, depresyon, içe kapanma, anksiyete gibi psikiyatrik bozukluklar ve davranışsal sorunlar sağlıklı çocuklara göre daha sık görülebilmektedir. Yazın alanında yapılan çalışmalara bakıldığında ergenlik çağında içsel ve dışsal faktörlerden etkilenen benlik saygısı Tip 1 diyabet tedavisinin uyumunu psikolojik yönden etkileyebileceği söylenebilmektedir (145, 147)

Yörüko lu ve arkadaşları (1998) yaptıkları çalışmada kronik hastalıkların düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (92).

Tip 1 diyabetli hastalarda diyabetik stresin araştırıldı ı bir çalışmada, yüksek diyabetik stresi olan Tip 1 diyabetli hastaların yüksek HbA1c seviyesine sahip olduğunu, yüksek diyabetik stres skoru olan 18 yaş altı hastalarda diyet kısıtlamalarının artmasıyla benlik saygısı ve yaşamdan memnun olma puanlarının düştü ü bulunmuştur (148).

Fettaho lu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, Tip1DM tanılı çocuk ve ergenlerin sağlıklı yaşlıtlarına göre daha fazla duygusal güçlük yaşad ı, bu güçlüklerin yaşla birlikte arttı ı bildirilmektedir (149).

Öz ve arkadaşlarının Tip 1 diyabetli çocuklarda benlik saygısını etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada ise Tip 1 diyabetli çocukların benlik saygısının sağlıklı çocuklara göre daha düşük olduğunu ve benlik saygısının düşük olmasının okul başarısını olumsuz yönde etkileyebilece ı bildirilmektedir (150).

Çalışmamızda metabolik kontrolleri beklenen seviyede olup hastane yatırları olmayan kontrol grubunu oluşturan ergenlerin benlik saygıları daha yüksek olarak belirlenmiştir. Vaka ve kontrol grubunu karşılaştırmamızda Vaka grubunda Coopersmith benlik saygı tam puanı ( $p = 0.007$ ), genel puanı ( $p = 0.048$ ), ve ev aile öz saygı alt boyut puanı ( $p = 0.002$ ), kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Ancak iki grup arasında Coopersmith benlik saygı sosyal özsaygı alt boyutu ve okul akademik özsaygı alt boyut puanı istatistiksel anlamlı farklılık göstermemiştir ( $P>0.05$ ).

T1DM tanısı olan ergenlerin okul hayatına uyum sağlamaları, sağlıklı akran ilişkileri kurabilmeleri ve arkadaş desteklerinin iyi olması hastalığın tedavi uyumunu kolaylaştırabilmesi farklı çalışmalarda görülmektedir (151). Aynı zamanda ergenlik döneminde Tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin hastalığın yönetimine ilişkin sorun yaşadıkları ve kötü metabolik kontrol ile ilgili endişelerinin olduğunu ve daha kontrolcü davrandıkları çalışmalarda belirlenmiştir (58). Bu bilgiler dikkate alındığında çalışmamızda yatırları olan vaka grubu katılımcıların düşük benlik saygısı, daha fazla okul uyumsuzluğu, daha fazla otoriter anne baba tutumu ve bunlardan etkilenen daha fazla tedavi uyumsuzluğuyla açıklanabilmektedir. Sonuç olarak çalışmamızda T1DM ergenlerde düşük benlik saygısına neden olabilecek psikososyal sorunlar; okul uyumunda yaşanan sorunlar, ebeveynlerin

olumsuz yaklaşımları ve ruhsal sorunlar hastalığın metabolik kontrolünü olumsuz etkileyerek T1DM komplikasyonlardan dolayı hastane yatışlarına sebep olabilmesi düşünülmüştür.

## 7. Sonuçlar ve Öneriler

### 7.1. Sonuçlar

Sonuç olarak, bu çalışmada düşük benlik saygısı ve olumsuz anne baba tutumlarının varlığı tip 1 diyabet tanılı ergenlerde tedavi uyumunu zorlaştırıcı ve sık sık hastane yatışlarıyla sonuçlanabileceği belirlenmiştir.

Tip 1 diyabetli çocukların problem çözme ve zorluklarla baş edebilmelerinde benlik saygısı önemli bir faktördür. Araştırmamızda metabolik kontrolleri uygun seviyede olmayan Tip 1 diyabetli ergenlerin düşük benlik saygıları yapılmış diğer çalışmaların sonuçlarına benzerlik göstermektedir. Tedavi sürecinde düşük benlik saygısı tedavi uyumunda, diğer yaşam alanları örneğin okul devamı ve okul başarısı gibi alanlarında olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu yüzden benlik saygısının etkisi olumlu davranışlar üzerinde göz önüne alınarak çocuk ve ergenlerle çalışacak ekibi tarafından benlik saygısını etkileyen ve geliştiren etmenlerin araştırılması, bulguları kullanılarak hastaların hastalık bakım becerilerinin geliştirilmesi ve tedavi sürecinde hastalıkla baş etme becerilerinin önemli bir deşiken olduğu unutulmamalıdır.

Diyabet kontrolü açısından da ruhsal bozuklukların önemli bir rol oynadığı göz önünde bulundurulmalıdır. Ortaya çıkan ruhsal belirtiler mevcut tıbbi tedaviyi ve diyabetin seyrini etkileyebilmekte ve sıklıkla klinisyenlerin dikkatinden kaçabilmektedir. Çalışmamız klinikler arasında konsültasyon gerekliliğini düşündürmektedir. Klinikler arası işbirliği ile hastaların tedavi uyumlarının yükseltilmesi, olabilecek komplikasyonların önüne geçilmesi ve bu sayede tedavi maliyetlerinin düşürülmesi sağlanabilir.

Ayrıca diyabet ebeveynler üzerinde de olumsuz etkilere neden olup uygun olmayan tutumlar sergilemelerine neden olabilmektedir. Bu da ergenin tedaviye uyum sağlamasını güçleştirebilir. Ortaya çıkabilecek olumsuz davranışların engellenebilmesi için ailelere yönelik eğitim programları yararlı olacaktır.

Diyabete eşlik eden ruhsal bozukluklar ve ebeveyn tutumlarının hastalığa uyum, yaşam kalitesi ve tedavi maliyetleri üzerine etkileri nedeniyle DM'in yanı sıra kronik hastalığı olan

ergenlerde psikopatolojiyi, ebeveyn tutumlarını, benlik saygı algılarını ve bunların birbiriyle ili kisini inceleyen daha geni kapsamlı calı malara ihtiyac vardır.

## 7.2. Öneriler

### Arastırmadan elde edilen sonuçlara göre;

-T1DM'li çocuk ve ergenlerin e itim alabilecekleri, sorunlarını payla abilecekleri sosyal destek gruplarının olusturulması,

-T1DM'li ergenlerin ailelerine bu ya dönem özellikleri ve nasıl davranılması gerekti ine ili kin e itim verilmesi,

-T1DM tanısı almalarından itibaren ergenlerin tedaviye uyum düzeylerinin belirlenerek sonuca göre giri imler planlanması,

-Metabolik kontrolü kötü olan T1DM'li ergenlerin belirlenip, ileti im kurulması, do ru bilgiler ö renebilecekleri bilgisayar siteleri, resmi ve gönüllü kurulu lar hakkında bilgilendirilmesi ve yönlendirilmesi,

-T1DM tanısından itibaren, düzenli aralıklarla ergenlerin, benlik saygısı düzeylerinin belirlenerek sonuca göre giri imler planlanması,

-T1DM tanısından itibaren, düzenli aralıklarla ailelerin ve ergenlerin, sosyal destek düzeylerinin belirlenerek sonuca göre giri imler planlanması,

-Okullarda ve toplumda temel diabet bilgilerini içeren eğitimlerin yapılması,

-T1DM'li ergenlere aile merkezli bakım verilmesi **önerilmektedir.**

## Kaynaklar

1. Altuntaş Y. Diabetes Mellitusta Laboratuvar, Tanı Gözleme Testleri ve Metodları. İçinde: Yenigün M (editör). Her Yönüyle Diabetes Mellitus. 2001:63-7.
2. Baş VN, Bideci A, Yeşilkaya E, Soysal AŞ, Çamurdan O, Cinaz P. Evaluation of factors affecting quality of life in children with type 1 diabetes mellitus. *J Diabetes Metab.* 2011;2(8):154-8.
3. Saeedi P, Salpea P, Karuranga S, Petersohn I, Malanda B, Gregg EW, et al. Mortality attributable to diabetes in 20–79 years old adults, 2019 estimates: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas. *Diabetes research and clinical practice.* 2020:108086.
4. Altundağ S, MC Ö. Ev kazaları nedeniyle hastaneye gelen 3-6 yaş grubu çocuklardaki kaza türleri ve bunu etkileyen etmenler. *Çocuk Forumu.* 2004;5:60-4.
5. Karvonen M, Viik-Kajander M, Moltchanova E, Libman I, LaPorte R, Tuomilehto J. Incidence of childhood type 1 diabetes worldwide. *Diabetes Mondiale (DiaMond) Project Group. Diabetes care.* 2000;23(10):1516-26.
6. Baykara B, Akay AP, Böber E, Doğan Ö, Abaci A, Özbek A, et al. Tip 1 diyabetes mellitus tanılı çocuğu olan annelerin psikososyal özellikleri: Diyabetik kontrolle ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2012;13(1).
7. Kurtulmuş N, Anikkerem E, Karadeniz G. Ergenlerin aile içi ilişkileri, sorunları ve sorunlarına yönelik çözüm önerileri. *Çocuk Dergisi.* 2006;6(1):44-52.
8. Dedik T. Tip 1 diyabetli adolesanların zaman yönetimi becerileri ve metabolik kontrol üzerine etkisi. 2008.
9. Hatun Ş, Yenigün M. Çocukluk çağı diyabeti. Ed: M Yenal, Her Yönü İle Diabetes Mellitus, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul. 2001;173213.
10. Mutlu MÇ. Tip 1 diyabetli adolesanlara verilen karbonhidrat sayımı akran eğitiminin metabolik kontrolleri üzerine etkisi. 2009.
11. Carroll AE, Marrero DG. The role of significant others in adolescent diabetes. *The Diabetes Educator.* 2006;32(2):243-52.
12. Çevener Ç. Tip 1 diyabetli adolesanlarda sorun çözme becerisi. 2005.
13. Court JM. Diabetes education for the family, patient and paramedical staff. *The Indian Journal of Pediatrics.* 1989;56:S81-S5.
14. Weissberg-Benchell J, Glasgow AM, Tynan WD, Wirtz P, Turek J, Ward J. Adolescent diabetes management and mismanagement. *Diabetes care.* 1995;18(1):77-82.
15. Sudhir PM, Kumaraiah V, Munichoodappa C, Kumar K. Management of children with diabetes mellitus-psychosocial aspects. *International Journal of Diabetes Developing Countries.* 2001;21(2):69-76.
16. McCarroll EM, Lindsey EW, MacKinnon-Lewis C, Chambers JC, Frabutt JM. Health status and peer relationships in early adolescence: The role of peer contact, self-esteem, and social anxiety. *Journal of Child and Family Studies.* 2009;18(4):473-85.
17. Lehmkuhl HD, Merlo LJ, Devine K, Gaines J, Storch EA, Silverstein JH, et al. Perceptions of type 1 diabetes among affected youth and their peers. *Journal of clinical psychology in medical settings.* 2009;16(3):209-15.
18. Yeşilyaprak B. Lise öğrencilerinin içsel ya da dışsal denetimli oluşlarını etkileyen etmenler. Yayımlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ankara Kişiliğin Diğer Yönlerini Araştıran Mini Kuramlar. 1988;585.
19. Doğan M. Genel lise öğrencilerinin aile işlevlerinin ve denetim odaklarının incelenmesi: Anadolu Üniversitesi; 2006.
20. Wysocki T. Parents, teens, and diabetes. *Diabetes Spectrum.* 2002;15(1):6-8.
21. Yavuzer H. Çocuk psikolojisi (34. baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi. 2012.
22. Lerner RM, Steinberg L. Handbook of adolescent psychology, volume 1: Individual bases of adolescent development: John Wiley & Sons; 2009.

23. Mustafa K. Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2004;1(17):231-8.
24. Parlaz E, Tekgül N, Karademirci E, Öngel K. Ergenlik dönemi: fiziksel büyüme, psikolojik ve sosyal gelişim süreci. Turkish Family Physician. 2012;3(2):10-6.
25. Kulaksizoglu A. Ergenlik psikolojisi. Adolescence psychology] Istanbul: Remzi Kitapevi. 1998.
26. Lubkin IM, Larsen PD. Chronic illness: Impact and interventions: Jones & Bartlett Learning; 2006.
27. Rew L. Adolescent health: A multidisciplinary approach to theory, research, and intervention: Sage; 2005.
28. Kudubeş AA, Bektaş M. Çocukluk Dönemi Kronik Hastalıklarında Kullanılan Model ve Teoriler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2015;8(1):39-44.
29. Kocaman N. HASTALARIN PSİKOSOSYAL TEPKİLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2008;11(1):101-12.
30. Disabilities CoCw, Child CoPAo, Health F. Psychosocial risks of chronic health conditions in childhood and adolescence. Pediatrics. 1993;92(6):876-8.
31. Erdogan A, Karaman MG. Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların tanınması ve yönetilmesi/The recognition and management of psychological problems among child and adolescent with chronic and fatal disease. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2008;9(4):244.
32. Woodgate RL. Adolescents' perspectives of chronic illness: "It's hard". Journal of pediatric nursing. 1998;13(4):210-23.
33. Liman T. Kronik hastalığı olan ergenlerin hastalığı algılamaları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki: DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
34. Eklioğlu BS, NEÜ MTF. İnsülin bağımlı diabetes mellitus tanılı hastaların genel özellikleri ve eşlik eden morbiditelerinin değerlendirilmesi. 2016.
35. Association AD. 2. Classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes—2018. Diabetes care. 2018;41(Supplement 1):S13-S27.
36. Association AD. Standards of medical care in diabetes—2013. Diabetes care. 2013;36(Supplement 1):S11-S66.
37. Wysocki T. Behavioral assessment and intervention in pediatric diabetes. Behavior Modification. 2006;30(1):72-92.
38. Eser E, Yüksel H, Baydur H, Erhart M, Saatli G, Özyurt BC, et al. Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL) Türkçe Sürümünün Psikometrik Özellikleri. Turk Psikiyatri Dergisi. 2008;19(4).
39. Pulgaron ER, Delamater AM. Obesity and type 2 diabetes in children: epidemiology and treatment. Current diabetes reports. 2014;14(8):508.
40. Yeşilkaya E, Cinaz P, Andıran N, Bideci A, Hatun Ş, Sarı E, et al. First report on the nationwide incidence and prevalence of Type 1 diabetes among children in Turkey. Diabetic Medicine. 2017;34(3):405-10.
41. Tatar M. Management of diabetes and diabetes policies in Turkey. Globalization and health. 2013;9(1):16.
42. Atlas ID. 9th updated the 2019 edition. International Diabetes Federation. 2020.
43. Behrman RE, Vaughan III VC. Nelson textbook of pediatrics: WB Saunders company; 1983.
44. Yoon J, Jun H. Viruses in the pathogenesis of type 1 diabetes. IN PICKUP, JC & WILLIAMS, G.(Eds.) Textbook of diabetes 1. Oxford, Blackwell Publishing; 2003.
45. Sperling M. Diabetes Mellitus in: Sperling MA et al. Pediatric Endocrinology. WB Saunders Company, Philadelphia, USA; 1996.
46. Özalp İ. Tuncer M. Çocuklarda diyabetes mellitus Katkı Pediatri Dergisi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Çocuk Sağlığı Enstitüsü yayını. 1997;18:1-48.
47. Bilginturan N. Tip I diyabet Etiyopatogenezi. III. Ulusal Pediatrik Endokrinoloji Kongresi Adana-Türkiye. 1998:24-32.

48. Güler Ö, Teker Z. Tıp-I diyabetli hastalarda ve diyabetik olmayan kardeşlerinde serum leptin düzeyinin kan glukozu, HbA1c, C-peptid, ve diğer parametrelerle ilişkisi ÇÜ TF Uzmanlık tezi, Adana. 2001.
49. Foster DW, McGarry JD. The metabolic derangements and treatment of diabetic ketoacidosis. *New England Journal of Medicine*. 1983;309(3):159-69.
50. Günay F. Tip 1 diyabetes mellituslu çocuklarda tiroid otoimmünitesi. Uzmanlık tezi, SB İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları EA Hastanesi, İstanbul. 2008.
51. Gül A, Adal E. Tip1 Diabetes Mellituslu Çocuk ve Adolesan Hastaların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. SB İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi İst. 2006.
52. Kulaksızoğlu A. Ergenlik psikolojisi,(6. Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi. 2004.
53. Perry SE, Hockenberry MJ, Alden KR, Lowdermilk DL, Cashion MC, Wilson D. *Maternal Child Nursing Care-E-Book*: Mosby; 2017.
54. Çavuşoğlu H. Çocuk sağlığı hemşireliği.(p: 71-90). Ankara: Sistem Ofset Basımevi. 2008.
55. Carroll AE, Marrero DG. How do parents perceive their adolescent's diabetes: a qualitative study. *Diabetic Medicine*. 2006;23(11):1222-4.
56. Mortensen HB, Robertson KJ, Aanstoot HJ, Danne T, Holl R, Hougaard P, et al. Insulin management and metabolic control of type 1 diabetes mellitus in childhood and adolescence in 18 countries. *Diabetic Medicine*. 1998;15(9):752-9.
57. Mellin AE, Neumark-Sztainer D, Patterson JM. Parenting adolescent girls with type 1 diabetes: parents' perspectives. *Journal of Pediatric Psychology*. 2004;29(3):221-30.
58. Viikinsalo MK, Crawford DM, Kimbrel H, Long AE, Dashiff C. Conflicts between young adolescents with type I diabetes and their parents. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 2005;10(2):69-79.
59. Grey M, Boland EA, Yu C, Sullivan-Bolyai S, Tamborlane WV. Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes. *Diabetes care*. 1998;21(6):909-14.
60. Hanna KM, Guthrie D. Parents' and adolescents' perceptions of helpful and nonhelpful support for adolescents' assumption of diabetes management responsibility. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 2001.
61. Wodrich DL, Hasan K, Parent KB. Type 1 diabetes mellitus and school: a review. *Pediatric diabetes*. 2011;12(1):63-70.
62. Glaab L, Brown R, Daneman D. School attendance in children with type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*. 2005;22(4):421-6.
63. Dahlquist G, Källén B, Group SCDS. School performance in children with type 1 diabetes—a population-based register study. *Diabetologia*. 2007;50(5):957-64.
64. Thomas AM, Peterson L, Goldstein D. Problem solving and diabetes regimen adherence by children and adolescents with IDDM in social pressure situations: A reflection of normal development. *Journal of Pediatric Psychology*. 1997;22(4):541-61.
65. Kyngäs H. Compliance of adolescents with diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*. 2000;15(4):260-7.
66. Bayat M. Çavuşoğlu H. Diyabetin adolesan üzerindeki etkisi Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2000;7(1-2):1-12.
67. Davidson M, Penney ED, Muller B, Grey M. Stressors and self-care challenges faced by adolescents living with type 1 diabetes. *Applied Nursing Research*. 2004;17(2):72-80.
68. Marshall M, Carter B, Rose K, Brotherton A. Living with type 1 diabetes: perceptions of children and their parents. *Journal of clinical nursing*. 2009;18(12):1703-10.
69. Geffken GR, Lehmkuhl H, Walker KN, Storch EA, Heidgerken AD, Lewin A, et al. Family functioning processes and diabetic ketoacidosis in youths with type I diabetes. *Rehabilitation Psychology*. 2008;53(2):231.

70. Northam EA, Matthews L, Anderson P, Cameron F, Werther G. Psychiatric morbidity and health outcome in Type 1 diabetes—perspectives from a prospective longitudinal study. *Diabetic Medicine*. 2005;22(2):152-7.
71. Hood KK, Huestis S, Maher A, Butler D, Volkening L, Laffel LM. Depressive symptoms in children and adolescents with type 1 diabetes: association with diabetes-specific characteristics. *Diabetes care*. 2006;29(6):1389-.
72. Neumark-Sztainer D, Patterson J, Mellin A, Ackard DM, Utter J, Story M, et al. Weight control practices and disordered eating behaviors among adolescent females and males with type 1 diabetes: associations with sociodemographics, weight concerns, familial factors, and metabolic outcomes. *Diabetes care*. 2002;25(8):1289-96.
73. Franzese A, Valerio G, Buono P, Mozzillo E, Gritti A, Lucariello MA. Comorbidity of type 1 diabetes and anorexia nervosa in a 6-year-old girl. *Diabetes care*. 2002;25(4):800-1.
74. Anderson B. Psychosocial care for young people with diabetes. *Pediatric Diabetes*. 2009;10:3-8.
75. Borus JS, Laffel L. Adherence challenges in the management of type 1 diabetes in adolescents: prevention and intervention. *Current opinion in pediatrics*. 2010;22(4):405.
76. Budak S. Psikoloji Sözlüğü, Bilim ve Sanat Yayınları. Ankara; 2000.
77. Baymur F. Genel psikoloji (11. baskı). Ankara: İnkılap Kitabevi. 1994.
78. Hamilton N. Benlik. *Çev Tunç Alkın, Türk Psikiyatri Dergisi, C IV, sy. 1993;3*.
79. Can G. Lise öğrencilerinin benlik kavramlarını etkileyen ailesel değişkenler. Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi. 1990.
80. Hamachek DE. Ergen benliğinin psikolojisi ve gelişimi. Çev: Ö Hakan Ersever, Ergenliği Anlamak, James F Adams, Hzl: Bekir Onur, İmge Kitabevi Yayınları, Ankara. 1995.
81. Kulaksızoğlu A. Ergenlik psikolojisi (3. Baskı), 115. İstanbul: Remzi. 2000.
82. KIR İ. Yüksek Öğretim Gençliğinin Boş Zaman Etkinlikleri: KSÜ Örneği. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2007;17(2):307-28.
83. DERVİŞOĞLU E. CUMHURİYETTEN GÜNÜMÜZE, YAZARLARIN ANILARINDA OYUN VE OYUNCAKLAR. Motif Akademi Halkbilimi Dergisi. 2017;10(19):89-106.
84. Duru A. İlkokul 5. sınıf öğrencilerinin benlik saygıları ile ana baba tutumları arasındaki ilişki. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. 1995.
85. Muslu L, Erdem M. Eşi tarafından fiziksel şiddet gören ve görmeyen kadınların benlik saygısı düzeylerinin karşılaştırılması. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*. 2002;4(2):31-8.
86. Kaner S. Ortopedik engelli ve engelli olmayan erkek ergenlerde benlik saygısı ve beden imajı. 2000.
87. BALAT GU, Akman B. FARKLI SOSYO-EKONOMİK DÜZEYDEKİ LİSE ÖĞRENCİLERİNİN BENLİK SAYGISI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ. *Journal of Social Science*. 2004:175.
88. Baumeister RF, Tice DM. Self-esteem and responses to success and failure: Subsequent performance and intrinsic motivation. *Journal of personality*. 1985;53(3):450-67.
89. Bozkurt F. Alkol Bağımlılarında Sosyal Desteğin, Yaşam Kalitesi, Benlik Saygısı ve Tedavi Süreci İle Etkileşimi. İzmir: Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. 2007.
90. DANIŞ AGMZ. Davranış bilimlerinde ekolojik sistem yaklaşımı. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2006;9(9):45-54.
91. SARIYÜCE KÖRÜKÇÜ ÖY, ARAL NTD. ALTI YAŞ GRUBUNDAKİ ÇOCUKLARIN ÖZSAYGI DÜZEYLERİ İLE ANNE EMPATİK BECERİLERİNİN İNCELENMESİ: ANKARA ÜNİVERSİTESİ FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ EV EKONOMİSİ (ÇOCUK GELİŞİMİ VE ....
92. Yörükoğlu A. Değişen toplumda aile ve çocuk: Özgür Yayın Dağıtım; 1989.
93. Gordon T. EAE Etkili Anne Baba Eğitimi Aile İletişim Dili. Çeviren: Emel Aksay). İstanbul: Sistem Yayıncılık; 1999.
94. Sümer N, Gündoğdu Aktürk E, Helvacı E. Anne-baba tutum ve davranışlarının psikolojik etkileri: Türkiye’de yapılan çalışmalara toplu bakış. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2010;13(25):42-59.



95. Sezer Ö. Ergenlerin Kendilik Algılarının Anne Baba Tutumları ve Bazı Faktörlerle İlişkisi (ss. 1-19). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2010;7(1):1-19.
96. Özgen H. Çocukluk çağı ruhsal travmalarının ebeveyn tutumları üzerindeki yordayıcılığı: İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2017.
97. Yağmurlu B, Çıtlak B, Dost A, Leyendecker B. Türk annelerin çocuk sosyalleştirme hedeflerinde eğitime bağlı olarak gözlemlenen farklılıklar. Türk Psikoloji Dergisi. 2009;24(63):1-15.
98. Tire Y. Ön ergenlerde olumlu ve olumsuz mükemmeliyetçilik ile algılanan anne baba tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Unpublished Master Thesis, Çukurova University, Adana, Turkey. 2011.
99. Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: An integrative model. Psychological bulletin. 1993;113(3):487.
100. Bozdemir F, Gündüz B. The relationships of attachment styles, parental attitudes and traumatic childhood experiences with emotional intelligence Bağlanma stilleri, anne baba tutumları ve çocukluk çağı örselenme yaşantılarının duygusal zekâ ile ilişkileri. Journal of Human Sciences. 2016;13(1):1797-814.
101. Yolcu MA. Aile sosyo-ekonomik durumu ve ana-baba tutumlarının sınav kaygısı düzeyleri üzerine etkilerinin incelenmesi: Konya örneğinde üniversite sınavına dershaneye giderek hazırlanan öğrencilere bir uygulama: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2015.
102. Yılmaz MT. Üniversite öğrencilerinin öz-anlayışları (self-compassion) ile anne baba tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü; 2009.
103. Erçelik HÇ. Tip 1 diyabetli adölesanların denetim odağı düzeylerinin ve anne-baba tutumlarının diyabetin yönetimine etkisi: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.
104. Dursun A. Okul öncesi dönemdeki çocukların davranış problemleriyle anne-baba tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi: DEÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2010.
105. İkiz S. Okul öncesi dönem çocuklarında fiziksel ve ilişkisel saldırganlığın ebeveyn tutumları açısından incelenmesi: Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü; 2015.
106. Derman MT, Başal HA. Okulöncesi çocuklarında gözlenen davranış problemleri ile ailelerinin anne-baba tutumları arasındaki ilişki. Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2013;2(1):115-44.
107. Aydoğdu F, Dilekmen M. Ebeveyn tutumlarının çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi. Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi. 2016;11(2).
108. Bozdemir F, Gündüz B. Bağlanma stilleri, anne baba tutumları ve çocukluk çağı örselenme yaşantılarının duygusal zekâ ile ilişkileri. International Journal of Human Sciences. 2016;13(1):1797-814.
109. Hülya G, ÖNDER A. Annelerin tutumlarına göre 5-6 yaş çocuklarının sosyal-duygusal uyum düzeyleri. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2011;1(1):86-104.
110. KILINÇ FE, Neriman A. ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.16(1):199-222.
111. Rubin KH, Stewart S, Chen X. Parents of aggressive and withdrawn children. Erlbaum Hillsdale, NJ; 1995. p. 255-84.
112. Baumrind D. Current patterns of parental authority. Developmental psychology. 1971;4(1p2):1.
113. ERDİNÇ SY, KAPÇI EGTD. Okul öncesi dönem çocuklarında fiziksel ve ilişkisel saldırganlığın çeşitli değişkenler açısından incelenmesi: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı ...; 2009.
114. Aba N, Tel H. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon ve özbakım gücü. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2012;1(1):18-23.
115. Organization WH. International Classification of Impairments, Activities and Participation: A Manual of Dimensions of Disablement and Functioning: Beta-1 Draft for Field Trials June 1997: Includes Basic Beta-1 Field Trial Forms: World Health Organization; 1997.

116. Acar S, Paketçi A, Gören Y, Çatlı G, Anık A, Tuhan H, et al. Tip 1 diyabetes mellitus olgularının tanı anındaki demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 2018;12(3):173-9.
117. Aydın H, Andıran N, Buluş D, Yağlı E. Tip 1 Diyabetes Mellituslu Hastaların Klinik, Laboratuvar, Sosyokültürel ve Demografik Özellikleri. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 2016;10(2):112-9.
118. Patterson CC, Dahlquist GG, Gyürüs E, Green A, Soltész G, Group ES. Incidence trends for childhood type 1 diabetes in Europe during 1989–2003 and predicted new cases 2005–20: a multicentre prospective registration study. *The Lancet*. 2009;373(9680):2027-33.
119. Dahlquist GG, Patterson C, Soltesz G. Perinatal risk factors for childhood type 1 diabetes in Europe. The EURODIAB Substudy 2 Study Group. *Diabetes care*. 1999;22(10):1698-702.
120. Karadağ A, Çelik Y, Toklucu Ö, Hasbal C, Hatipoğlu S. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinde izlenen Tip 1 diyabetes mellituslu çocukların epidemiyolojik özellikleri. *Şişli Etfal Tıp Bülteni*. 2008;42(1):17-21.
121. Özcan Ş. Diyabetli hastalarda hastalığa uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi. 1999.
122. Urbach SL, LaFranchi S, Lambert L, Lapidus JA, Daneman D, Becker TM. Predictors of glucose control in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Pediatric diabetes*. 2005;6(2):69-74.
123. Grey M, Cameron ME, Thurber FW. Coping and adaptation in children with diabetes. *Nursing research*. 1991.
124. Fried L, Vithiatharan R, Davis E, Jones T, Hancock K, Runions K, et al. The school experiences of children and adolescents with type 1 diabetes in Western Australia. *Issues in Educational Research*. 2018;28(3):578.
125. Leonard BJ, Garwick A, Adwan JZ. Adolescents' perceptions of parental roles and involvement in diabetes management. *Journal of pediatric nursing*. 2005;20(6):405-14.
126. Helgeson VS, Siminerio L, Escobar O, Becker D. Predictors of metabolic control among adolescents with diabetes: a 4-year longitudinal study. *Journal of pediatric psychology*. 2009;34(3):254-70.
127. McDonnell CM, Northam EA, Donath SM, Werther GA, Cameron FJ. Hyperglycemia and externalizing behavior in children with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2007;30(9):2211-5.
128. Ferrari M, Matthews WS, Barabas G. The family and the child with epilepsy. *Family Process*. 1983;22(1):53-9.
129. Fritts SL. The impact of chronic illness on the family, the educators, and the community: An ethnographic research study: California State University, Fresno and University of California, Davis; 2004.
130. Diabetic SSGftCotY. Factors influencing glycemic control in young people with type 1 diabetes in Scotland: a population-based study (DIABAUD2). *Diabetes Care*. 2001;24(2):239-44.
131. Uyaroğlu AK, Bodur S. Zihinsel Yetersizliği Olan Çocukların Anne-Babalarında Kaygı Düzeyi ve Bilgilendirmenin Kaygı Düzeyine Etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2009;8(5).
132. Association AD. Executive summary: standards of medical care in diabetes—2008. *Diabetes Care*. 2008;31(Supplement 1):S5-S11.
133. Organization WH. Use of glycated haemoglobin (HbA1c) in diagnosis of diabetes mellitus: abbreviated report of a WHO consultation. World Health Organization; 2011.
134. Lewin AB, Storch EA, Silverstein JH, Baumeister AL, Strawser MS, Geffken GR. Validation of the pediatric inventory for parents in mothers of children with type 1 diabetes: An examination of parenting stress, anxiety, and childhood psychopathology. *Families, Systems, & Health*. 2005;23(1):56.
135. Frindik M, FACE, J Paul, Williams P, Jane P, Johnson R, CDE, Rae Lynn, Dykman P, Roscoe A. Parental perception and factors associated with glycemic control in pediatric patients with type 1 diabetes. *Endocrine Practice*. 2002;8(2):105-8.
136. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical care*. 2004:200-9.

137. Davison KA, Negrato CA, Cobas R, Matheus A, Tannus L, Palma CS, et al. Relationship between adherence to diet, glycemic control and cardiovascular risk factors in patients with type 1 diabetes: a nationwide survey in Brazil. *Nutrition journal*. 2014;13(1):19.
138. Goldston DB, Kelley AE, Reboussin DM, Daniel SS, Smith JA, Schwartz RP, et al. Suicidal ideation and behavior and noncompliance with the medical regimen among diabetic adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(11):1528-36.
139. Bernstein CM, Stockwell MS, Gallagher MP, Rosenthal SL, Soren K. Mental health issues in adolescents and young adults with type 1 diabetes: prevalence and impact on glycemic control. *Clinical Pediatrics*. 2013;52(1):10-5.
140. Blanz BJ, Rensch-Riemann BS, Fritz-Sigmund DI, Schmidt MH. IDDM is a risk factor for adolescent psychiatric disorders. *Diabetes care*. 1993;16(12):1579-87.
141. Garrison MM, Katon WJ, Richardson LP. The impact of psychiatric comorbidities on readmissions for diabetes in youth. *Diabetes Care*. 2005;28(9):2150-4.
142. Fazlıoğlu K, Hocoaođlu , Sönmez FM. ocukluk ağı epilepsisinin aileye etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2(2):190-205.
143. Tsamparli A, Kounenou K. The Greek family system when a child has diabetes mellitus type 1. *Acta Paediatrica*. 2004;93(12):1646-53.
144. Chao AM, Minges KE, Park C, Dumser S, Murphy KM, Grey M, et al. General life and diabetes-related stressors in early adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Health Care*. 2016;30(2):133-42.
145. Severinski S, Banac S, Smiljan Severinski N, Ahel V, Cvijović K. Epidemiology and clinical characteristics of thyroid dysfunction in children and adolescents with type 1 diabetes. *Collegium antropologicum*. 2009;33(1):273-9.
146. Snyder L, Stafford J, Dabelea D, Divers J, Imperatore G, Law J, et al. Socio-economic, demographic, and clinical correlates of poor glycaemic control within insulin regimens among children with Type 1 diabetes: the SEARCH for Diabetes in Youth Study. *Diabetic Medicine*. 2019;36(8):1028-36.
147. İçin ÖEKŞK, Sayımı K. Türkiye Diyabet Vakfı Yayını. İstanbul; 2003.
148. Köksal G, Gökmen H. ocuk hastalıklarında beslenme tedavisi. *Hatipoğlu Yayınları*. 2000;124.
149. Fettahođlu E, Koparan C, Özatalay E, Türkkahraman D. İnsüline bağımlı diabetes mellitus tanılı ocuk ve ergenlerde gözlenen ruhsal güçlükler. *Psychiatry in Turkey*. 2007;9:32-6.
150. Öz R, Yılmaz HB, Akçay N. Tip 1 diyabetli çocuklarda benlik saygısını etkileyen faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2009;6(1):330-8.
151. ÇELEBİ A. TİP 1 DİYABETLİ ÇOCUKLARIN HASTALIKLARINA YÖNELİK TUTUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ 2014.

## 8. EKLER

### 8.1. Ek-1. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 22/04/2019-6973



T.C.  
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 54022451-050.05.04-  
Konu : Etik Kurul Kararı

Sayın Doç.Dr. Ali Güven KILIÇOĞLU

19.03.2019 tarihinde yapılan Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu toplantısında "Tip 1 Diyabetes Mellitus Çocuk ve Ergenlerde Tedavi Uyumu İyi Olan ve Olmayan Hastalarda Benlik Saygısı ve Aile Tutumu" başlıklı başvurunuz değerlendirilmiş olup karar yazısı ektedir.

Bilgilerinize.

**e-imzalıdır**  
Prof.Dr. İsmail MERAL  
Başkan

## 8.1. Ek-2. Bilgilendirilmi Gönüllü Olur Formu(BGOF)

---

---

### B LG LEND R LM GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNE (BGOF)

#### ÇOCUK VE A LE GÖNÜLLÜ FORMU

---

---

##### ÇALI MANIN ADI:

**Tip 1 Diyabetes Mellitus çocuk ve ergenlerde tedavi uyumu iyi olan ve olmayan hastalarda benlik saygısı ve aile tutumu.**

---

A a ıda bilgileri yer almakta olan bir ara tırma çalı masına katılmanız istenmektedir. Çalı maya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemedi inize karar vermeden önce ara tırmanın neden yapıldı ını, bilgilerinizin nasıl kullanılaca ını, çalı manın neleri içerdi ini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen a a ıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. E er çalı maya katılma kararı verirsiniz, **Çalı maya Katılma Onayı** Formu'nu imzalayınız. Çalı madan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalı maya katıldı nız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. / Ara tırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar ara tırmacı tarafından kar ılanacaktır (iki cümleden biri olabilir)

##### ÇALI MANIN KONUSU VE AMACI:

Kronik hastalıklar, çocuk ve ergenleri fiziksel,ruhsal ve duygusal olarak önemli derecede etkiliyip, hayatını günlük sorumluluklarını yerine getirmede sorun yaratabilir.Diyabet kronik bir hastalıktır ve yönetimi özellikle çocuk ve ergen hastalarda çoklu zorluklarla ili kilidir. Bu grup hastalarda diyabetin kontrolü ve tedavisini zorla tıran faktörler arasında psikolojik özellikler, aile dinamikleri ve sosyal davranı lar da yer almaktadır. Çocuk ve ergenlerde, Tip 1 DM ve psikiyatrik hastalıkların geli im riski (20%) ili kili bulunmu tur. Bu çalı mada Tip 1 DM çocuk ve ergenlerde tedavi uyumunu iyi olan ve olmayan hastalarda benlik saygısı ve aile tutumu ara tırmayı amaçlamaktadır. Ara tırmaya 25 tane hastane yatı olan Tip 1 DM tanısı olan çocuk ve ergenin hasta grubu olarak ve 25 ki i hastane yatı ı olmayan Tip 1 DM çocuk ve ergen kontrol grubu olarak katılması amaçlanmaktadır.

## **ÇALI MA LEMLER :**

Ara tırma sırasında sizden siz ve çocu unuzla ilgili çe itli formlar doldurmanız istenecektir. Ayrıca siz ve çocu unuzla çe itli psikiyatrik hastalıkların tarandı ı klinik görü me yapılacaktır.

## **ÇALI MADA YER ALMAMIN YARARLARI NELERD R?**

Tip 1 DM gibi kronik hastalıklar ya am stiline de i mesini gereken hastalıklar olarak ergenlerde depresyon gibi psikiyatrik hastalıkların olasılıklarını artmaktadır. Ara tırmalar aile deste inin, tedavi uyum ve ba arısında önemli bir rol aldı nı göstermektedir.

Bu çalı mada amacımız Tip 1 DM çocuk ve ergenlerde tedavi uyumunu iyi olan ve olmayan hastalarda benlik saygısı ve aile tutumu.

## **BU ÇALI MAYA KATILMAMIN MAL YET NED R?**

Çalı maya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

## **ÇALI MAYA KATILMALI MIYIM?**

Bu çalı mada yer alıp almamak tamamen size ba lıdır. u anda bu formu imzalarsanız bile istedi iniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalı mayı bırakmakta özgürsünüz. E er katılmak istemez iseniz veya çalı madan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı ekilde çalı mayı yürüten doktor çalı maya devam etmenizin sizin için yararlı olmayaca na karar verebilir ve sizi çalı ma dı ı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

## **K İSEL B LG LER M NASIL KULLANILACAK?**

Çalı ma doktorunuz ki isel bilgilerinizi, ara tırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gere i halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalı manın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalı ma sonuçları çalı ma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimli iniz açıklanmayacaktır.

### 8.1. Ek-3. Sosyodemografik Bilgi Formu

<b>Adı Soyadı:</b>	<b>Görü me Tarihi: .....</b>	<b>Dosya No :</b>	<b>Ba vuru: .....</b>
<b>Do um tarihi (ya ı):</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Oturdu u yer (ilçe):</b>	
<b>Cinsiyeti: Kız Erkek</b>	<b>Karde sırası... /...</b>		
<b>Çocu unuzun sınıfı:</b>	<b>Çocu unuzun ders ba arısı(Son karne ortalaması):</b>		
<b>Çocu unuza tanı konulmu ba ka bir tıbbi hastalı ı var mı? (Tek tek hastalıklar yazılmalı)</b> Hayır Evet (tanısı: .....) )			
<b>Çocu unuzun düzenli kullandı ı bir ilaç var mı?</b> Hayır Evet: ( smi...)			
<b>Çocu unuz için daha önce psikiyatriye ba vurdunuz mu?</b> Hayır Evet (Nedeni: .....) )			
<b>Çocu unuza daha önce psikiyatrik tanı konuldu mu?</b> Hayır Evet (Tanıs ..... )			
<b>Çocu unuza daha önce psikiyatrik tedavi uygulandı mı?</b> Hayır Evet ( lacın ismi .....) )			
<b>Sigara:</b>	<b>Alkol:</b>	<b>Madde:</b>	
<b>Annenin:</b> Ya ı: E itim durumu: Mesle i	<b>Babanın:</b> Ya ı: E itim durumu: Mesle i:		
<b>Anne- baba:</b> Birlikte	Ayrı (ise nedeni: .....) )		
<b>Aile tipi:</b> Çekirdek	Geni		
<b>Aylık geliriniz (ortalama):</b>	0-1600 TL	1600-3000 TL	3000- 5000 TL 5000 TL ve üstü
<b>Ailede Sosyal Güvence:</b>	Hayır	Evet	
<b>Ailede psikiyatrik tanısı olan var mı:</b>	Hayır	Evet	
<b>Ailede psikiyatrik tanısı olan varsa kim:</b>	Yok	Anne	Baba Karde
<b>Ailede psikiyatrik tanı ne:</b>	Yok	Anne (.....)	Baba (.....) Karde (.....)
<b>Ailede sigara kullanım :</b>	Yok	Anne (.....)	Baba (.....) Karde (.....)
<b>Ailede alkol kullanım :</b>	Yok	Anne (.....)	Baba (.....) Karde (.....)
<b>Ailede madde kullanım:</b>	Yok	Anne (.....)	Baba (.....) Karde (.....)

<b>Ailede tıbbi hastalık olan var mı:</b>	Hayır	Evet		
<b>Ailede tıbbi hastalık olan varsa kim:</b>	Yok	Anne	Baba	Karde
<b>Ailede tıbbi hastalık ne:</b>	Yok	Anne (.....)	Baba (.....)	Karde (.....)
<b>Boy:</b>	<b>Kilo:</b>	<b>BMI:</b>		
<b>Son Hb A1c:</b>	<b>Son 3 HbA1c ortalaması:</b>	<b>FBS:</b>	<b>2HPP:</b>	
<b>Çocu nunuz DM tip 1 tanısını ilk ne zaman aldı:</b>	<b>Yıl:</b>	<b>Çocu nun ya ı:</b>		
<b>Tedavi:</b>	insülin	laç (ilaçların ismi: .....		
<b>Çocu nunuz diyet konusunda tıbbi destek alıyor mu?</b>	Hayır	Evet		
<b>Çocu nunuzun insülin enjeksiyonunu kim yapıyor:</b>				
<b>Çocu nunuzun günlük glikoz kontrolünü kim yapıyor:</b>				
<b>Çocu nunuzun günlük diyet kontrolünü kim yapıyor:</b>				
<b>Çocu nunuzun tedavi uyumu:</b>	iyi	orta	kötü	
<b>Çocu nunuzun diyet uyumu:</b>	iyi	orta	kötü	
<b>Çocu nunuzun DM tip 1 tanısından yatışı oldu mu?</b>	Hayır	Evet		
<b>İlk yatışı ne zaman:</b>	<b>İlk yatışı ta belirtiler:</b>			
<b>İlk yatışı süresi:</b>				
<b>Toplam hastane yatışı sayısı:</b>				
<b>Yo nun bakım yatışı :</b>	Hayır	Evet(kaç yatışı : .....		
<b>Ortalama yatışı süresi(gün):</b>				
<b>Hastane yatışı larında genellikle yanında olan ve destek veren ki i:</b>				



## 8.1. Ek-4. COOPERSM TH BENL K SAYGISI ENVANTER

A a ıda her insanın zaman zaman hissedeabilece i bir takım durumlar maddeler halinde sıralanmı tır. Bu maddelerle belirtilen ifadeler e er sizin genellikle hissettiklerinizi tanımlıyor ve size ço unlukla uygun geliyorsa cevap kâ ıda ilgili sorunun kar ısındaki evet sütununa bir çarpı i areti (x), bu ifadeler e er sizin genellikle hissettiklerinizi tanımlamıyor ve size ço unlukla uygun gelmiyorsa bu durumda hayır sütununa (x) i areti koyunuz. Bu maddelerin do ru ve yanlış cevapları yoktur.

Bu nedenle yanıtlarınızı verirken mantı ınızdıan çok duygularınıza kulak veriniz. Ara tırmaya olacak katkınızın, yanıtlarınızın dürüstlü ü oranında olaca ını unutmayınız.

Evet Hayır

1. Olanlara genellikle fazla bozulmam.		
2. Sınıfın önünde konuşma yapmak bana oldukça zor gelir.		
3. E er gücüm yetse de i tirmek isteyece im pek çok özelli im var.		
4. Fazla zorlanmadan karar verebilirim.		
5. Benimle birlikte olmak zevkli ve e lencelidir.		
6. Evdeyken kolayca canım sıkılır, moralim bozulur		
7. Yeni bir e ye alı mam çok zaman alır.		
8. Ya ıtlarımın arasında popülerim.		
9. Anne ve babam genellikle duygularımı dikkate alır.		
10. Genellikle pek direnmeden kolayca vazgeçme gibi bir huyum var.		
11. Ailemin benden beklentisi çok fazla.		
12. Benim yerimde olmak oldukça zordur.		
13. Hayatımdaki her ey karmakarışık.		
14. Arkada larım genellikle benim fikirlerimi izlerler.		
15. Kendime ilikin olumsuz bir imajım var.		
16. Pek çok kere evden ayrılmayı (kaçmayı) dü ündüm.		
17. Okuldayken sık sık canım sıkılır.		
18. Ço u insan kadar güzel görünülü de ilim.		
19. Söyleyecek bir eyim oldu unda genellikle onu çekinmeden söylerim.		
20. Annem ve babam beni anlayabiliyor.		
21. İnsanların ço u benden daha çok seviyor.		
22. Ço u zaman anne ve babamın beni sanki zorladıklarını hissediyorum.		
23. Okulda ço u zaman cesaretim kırılıyor.		
24. Sık sık ke ke ba ka birisi olsam diye arzuluyorum.		
25. Güvenilir biri de ilim (bana bel ba lanılmaz).		

26. Hiçbir şey için asla kaygı duymam.		
27. Kendimden oldukça eminim.		
28. Sevecen birisiyim.		
29. Anne ve babamla birlikte eğlenememiz ve ne emiz boldur.		
30. Hayal kurmaya çok zaman harcıyorum.		
31. Keşke daha genç olsaydım.		
32. Her zaman doğru olanı yaparım		
33. Okuldaki başarılarımla gurur duymaktayım.		
34. Birileri her zaman ne yapmam gerektiğini bana söylemeli.		
35. Yaptıklarım için sıkça pişmanlık duyarım.		
36. Hiçbir zaman mutlu olmam.		
37. Derslerimle ilgili olarak yapabileceğim en iyisini yapıyorum.		
38. Genellikle kendime dikkat edebilirim.		
39. Oldukça mutluyum.		
40. Oyunu ya da kendimden daha küçüklerle oynamayı tercih ederim.		
41. Tanıdıklarım herkesi seviyorum.		
42. Sınıfta ön plana çıkmaktan hoşlanırım.		
43. Kendi kendimi anlayabiliyorum.		
44. Evde hiç kimse bana fazla ilgi göstermiyor.		
45. Hiçbir zaman asla azarlanmam.		
46. Okulda, olmak istediğim kadar başarılı değilim.		
47. Kendi kendime başarısız karar verebilir ve ona bağlı kalabilirim.		
48. Cinsiyetimden memnun değilim (erkek ya da kız olmaktan)		
49. Başkalarıyla birlikte olmaktan hoşlanmıyorum.		
50. Hiçbir zaman asla utanmam.		
51. Sık sık kendimden utanmışımı hissedirim.		
52. Arkadaşlarım sık sık benimle uğraşırlar.		
53. Her zaman doğruyu söylerim.		
54. Öretmenlerim bana yeterince başarılı olmadığımı hissettiriyor.		
55. Bana ne olacağı hiç umurumda değil.		
56. Hayatta başarısız biriyim.		
57. Azarlandığı zaman kolayca bozuluyorum.		
58. Kime ne söyleyeceğimi her zaman bilirim.		

### 8.1. Ek-5. ANNE-BABA TUTUM ÖLÇE

Her maddede belirtilen ifadeyi kendi anne ve babanızı dü ünerek okuyunuz. Daha sonra ilgili ifadeye belirtilen davranı a uygunlu u açısından anne ve babanızın tutumunu 5 derece içinde de erlendiriniz. Her derecelenmeyi yaparken anne ve babanızın tutumunun verilen ifadeye uygunlu unu dü ünüp ifadeye;

- ) Tamamen katılıyorum (5)
- ) Katılıyorum (4)
- ) Kararsızım (3)
- ) Katılmıyorum (2)
- ) Hiç katılmıyorum (1)

Olarak de erlendirip, ayı numaranın kar ısındaki ilgili parantezin içine anne ve babanız için ayrı ayrı olmak üzere rakamla yazınız.

	Anne	Baba	
1.			yi bir çocu un, ana babasının istedi i biçimde yeti en, onların dediklerini aynen yerine getiren kimse oldu unu söyler.
2.			Benimle ilgili bir karar alırken istek ve gereksinimlerimi dikkate alır.
3.			Kar ı cinsten arkada lar edinmeye izin vermez
4.			Bir güçlükle kar ıla tı ım zaman beni kendi buldu u çözüm yolunu uygulamaya zorlar
5.			Hiçbir konuda ki isel görüşümü sormaz
6.			Daya ın “cennetten çıkma” oldu una inanır, ara sıra kullanmakta sakınca görmez
7.			Bana önemli ve de erli bir ki i oldu um inancını vermi tir.
8.			Ailemizi ilgilendiren konularda karar verirken benim fikirlerimi de dikkate alır.
9.			Paramı nerelere harcadı ımı ayrıntılı bir biçimde kontrol eder.
10.			Cezalandırmak yerine meselelerini benimle konu mayı ye ler.
11.			Beni aklıma kullanmaya, kararlarımı kendi kendime vermeye özendirir.
12.			Ders çalı p çalı madı ımı sürekli kontrol eder.
13.			Ders dı ı u ra larımı ho kar ılamaz.
14.			İgi ve yeteneklerime uygun meslek seçmede beni serbest bırakır.
15.			Haklı oldu um zaman bunu açıkça söyler.
16.			Okulda iyi notlar almadı ım zaman çok kızar.
17.			Konu ma düzeyinde bile, cinsel konulara ilgi göstermemi istemez.
18.			Bo zamanlarımı kendi ilgi ve gereksinimlerim do rultusunda kullanmaya özendirir.
19.			Evden fazla uzak olmayan bir yere bile giderken izin almamı ister.
20.			Cinsel konularda sa lıklı bir tavır geli tirmeme yardım eder.
21.			Nedenlerini bile bilmedi im cezalar verir.
22.			Farklı görüşlerde olmamızı do al kar ılar.
23.			Yerinde ve duruma uygun kararlar verebilece ime inanır.

24.		Fikirlerime saygı gösterir.
25.		Gençlerin, ailelerinin seçeceği kimselerle evlenmesi gerektiği görülmüştür.
26.		Geleceğe karlı içten bir ilgi gösterir ama amaçlarını belirlemeye çalışmaz.
27.		Aynı fikirde olmadığı zaman benimle alay eder, bu konuları anlayacak düzeye gelmediğini söyler.
28.		Üstün başarı göstermemde öyle ısrar eder ki, not konusunda kaygılanırım.
29.		Bir çatı mayaya girdiğim zaman, kendi fikrini kabul ettirmeye çalışmadan, kimin neden haklı olduğunu görmeme yardım eder.
30.		Herhangi bir konuda doğru karar verebileceğine inanmaz.
31.		Holanmadığı kimselerle arkadaşlık etmemi kesinlikle yasaklar.
32.		Anlattıklarımı can kulağı ile dinler, ancak sırlarımı öğrenmek için beni zorlamaz.
33.		Arkadaşlarımı eve çağırma ve arkadaş toplantılarına katılmama izin verir.
34.		Bir derdim olduğu zaman beni dinlemeye hazırdır.
35.		Bir güçlüğü karşılaştığımda istediği yardımı sağlar, fakat kararı bana bırakır.
36.		Anlamadığımız konularda da fikirlerimi rahatça anlatmama olanak verir ve beni sabırla dinler.
37.		Küçük hatalarımı bile iddetle cezalandırır.
38.		Duygu ve gereksinimlerime karşı daima duyarlı davranmıştır.
39.		Karşı cinsten bir arkadaşla aramda geçenleri kendine rahatça anlatmama izin verir.
40.		Kız-erkek arkadaşların bulunduğu yerlere gitmeme karşı çıkmaz.
41.		Bana çık hükmeder.
42.		Beraber çalışırken ilerinin nasıl neden böyle olduğunu açıklamaya çalışır.
43.		Karşı cins hakkında korku ve güvensizlik uyandıracak telkinlerde bulunur.
44.		Bir işi ne kadar iyi de yapsam beğenmez.
45.		Bini yapabileceğinden fazlasını yapmaya zorlar.
46.		Kontrol edilmezlerse çocukların kötü davranışlar edineceklerine inanırlar.
47.		Bana rehberlik eder ve davranışlarıma hükmetmez
48.		Arkadaşlarımı özgürce seçme olanağı tanımaz, görüşleri kendisinininkine uymayan arkadaşlarımdan beni uzak tutmaya çalışır,
49.		İçten bir çabayla beni anlamaya çalışır.
50.		Benimle ilgili kararlara çoğu kez kendisi verir.

### 8.1. Ek-6. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇE

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümlenin yanında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru oldu mu veya olmadığını belirtmek için o cümlenin yanındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1	Ailem ve arkadaşlarımda olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komu, doktor) var.	Kesinlikle Evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
2	Ailem ve arkadaşlarımda olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komu, doktor) var.	Kesinlikle Evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
3	Ailem (örneğin, annem, babam, benim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	Kesinlikle Evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
4	İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, elimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	Kesinlikle Evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
5	Ailem ve arkadaşlarımda olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komu, doktor) var	Kesinlikle Evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
6	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	Kesinlikle Evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
7	Her kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	Kesinlikle Evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
8	Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, elimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.	Kesinlikle Evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
9	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	Kesinlikle Evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
10	Ailem ve arkadaşlarımda olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komu, doktor) var.	Kesinlikle Evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
11	Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, benim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	Kesinlikle Evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır
12	Benim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı.	Kesinlikle Evet	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle hayır

## 9. Öz Geçmi

### 1. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı	Telli Zadehgan Afshord
Doğum Tarihi ve Yeri	
Görev Yeri	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD
Yazışma Adresi	
Telefon	
E-Posta	

### 2. EĞİTİM

Yılı	Derecesi	Üniversite	Öğrenim Alanı
1998-2003	Lisans	Tabriz Islamic Azad Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıp
2017-Halen	Tıpta Uzmanlık	Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

### 3. AKADEMİK DENEYİM

Görev Dönemi	Unvan	Bölüm	Üniversite
2017-Halen	Tıpta Uzmanlık Öğrencisi	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Bezmialem Vakıf Üniversitesi

#### 4. ÇALI MA ALANLARI

Çalı ma Alanı	Anahtar Sözcükler
Dikkat Eksikli i Hiperaktivite Bozuklu u	Dikkat, Hareketlilik, Dürtüsellik
Yıkıcı Duygu Durum Düzenlememe Bozuklu u	Depresyon, Bipolar Bozukluk
Bili sel Davranı ı Terapi	BDT

#### 5. SON BE YILDAK ÖNEML YAYINLAR

1.	Case report of “Attention deficit hyperactivity disorder and Autism Disorder comorbidity in a school age boy” The 1 <sup>st</sup> ESCAP Residential Course on Assessment and Treatment; of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents Catania Italy, October 2019
2.	Treatment compliance predictors in Type 1 Diabetes Mellitus child and adolescent patients presentation. 29th National Congress of Child and Adolescent Mental Health and Diseases, Istanbul, Turkey, May 2019
3.	‘Internet Gaming Disorder in Adolescents with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder’ Poster Presentation. 28th National Congress of Child and Adolescent Mental Health and Diseases, Istanbul, Turkey, May 2018
4.	The Relation Between Anxiety and Depression Symptoms In Children with ADHD And Their Mothers Anxiety and Depression Symptoms. Handenur Topkar, Ali Güven Kılıço lu, Telli Zadehgan Afshord
5.	The Relationship Between Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Iron Parameters in Blood. Elif Günhan, Fahri Akba , Ali Güven Kılıço lu, Telli Zadehgan Afshord