T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TİP 1 DİYABETES MELLİTUS'LU VE SAĞLIKLI ERGENLERDE SALDIRGANLIK VE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞLARI

Hazırlayan
Yağmur SEZER EFE

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Emine ERDEM

Yüksek Lisans Tezi

Aralık 2013
KAYSERİ

T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TİP 1 DİYABETES MELLİTUS'LU VE SAĞLIKLI ERGENLERDE SALDIRGANLIK VE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞLARI

Hazırlayan
Yağmur SEZER EFE

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Emine ERDEM

Yüksek Lisans Tezi

Bu çalışma Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri birimi tarafından TYL-2013-4447 kodlu proje ile desteklenmiştir.

Aralık 2013
KAYSERİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Yağmur SEZER EFE

İmza:

YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI

"Tip 1 Diyabetes Mellitus'lu ve Sağlıklı Ergenlerde Saldırganlık ve Kendine Zarar Verme Davranışları" adlı Yüksek Lisans tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan
Yağmur SEZER EFE

Danışman
Yrd. Doç Dr. Emine ERDEM

ABD Başkanı
Prof. Dr. E. Ümit SEVİĞ

Yrd. Doç. Dr. Emine ERDEM danışmanlığında **Yağmur SEZER EFE** tarafından hazırlanan **"Tip 1 Diyabetes Mellitus'lu ve Sağlıklı Ergenlerde Saldırganlık ve Kendine Zarar Verme Davranışları"** adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ:

Danışman : Yrd. Doç. Dr. Emine ERDEM
Erciyes Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Selim KURTOĞLU
Erciyes Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Meral BAYAT
Erciyes Üniversitesi

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun ..... tarih ve ..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

..../...../.....

Prof. Dr. Saim ÖZDAMAR
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında manevi desteğinin yanı sıra, değerli zamanını ayırarak, bilimsel bilgi birikimini bana aktaran değerli hocam ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Emine ERDEM'e,

Tezimin istatistiksel analizlerine yardımcı olan ve zaman ayıran Yrd. Doç. Dr. Ferhan ELMALI'ya

Verilerin toplanması aşamasında; katkılarından dolayı Erciyes Üniversitesi Fevzi Mercan-Mustafa Eraslan Çocuk Hastanesi Pediatrik Endokrinoloji Polikliniği'nde görev yapan hemşire, hekim ve tüm personele ve sağlıklı ergenlere ilişkin verilerin toplandığı MEB'e bağlı lisenin okul yönetimine ve Rehberlik Öğretmeni Bahar ÜNAL'a,

Araştırmaya katılan tüm Tip 1 DM'li ve sağlıklı ergenlere,

Doğduğum günden itibaren desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen ve başarılarımda büyük emekleri olan canım annem, babam ve kardeşlerime,

Yüksek lisans eğitimim boyunca gösterdiği sabır, ilgi ve destekle her türlü sıkıntımı paylaşan ve her zaman yanımda olan biricik eşime,

Sıcak arkadaşlıkları, deneyimleri ve manevi destekleri ile hep yanımda olan arkadaşlarım Arş. Gör. Züleyha KILIÇ ve Arş. Gör. Arzu Şentürk'e,

sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yağmur SEZER EFE

Kayseri, Aralık 2013

TİP 1 DİYABETES MELLİTUS'LU VE SAĞLIKLI ERGENLERDE SALDIRGANLIK VE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞLARI

Yağmur SEZER EFE

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans, Aralık 2013

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Emine ERDEM

ÖZET

Yeni şeyleri deneme merakı, kendi kimliklerini kazanırken toplumun kurallarına meydan okuma, yetişkinleri model alma ve arkadaş grubuna dahil olabilme gibi yaş dönem özellikleri nedeniyle ergenler, saldırganlık ve kendine zarar verme davranışı gibi riskli davranışlara yönelebilirler. Kronik hastalığın eklenmesi ile ergenlerde saldırganlık ve kendine zarar verme davranışı riski artabilir. Bu çalışma, Tip 1 DM'li ve sağlıklı ergenlerde saldırganlık ve kendine zarar verme davranışlarını belirlemek ve karşılaştırmak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Çalışmanın örneklemini, bir üniversite hastanesinin çocuk endokrinoloji polikliniğinde izlenen, 15-18 yaş grubu 60 Tip 1 DM'li ergen ve MEB'e bağlı bir lisenin 9-12.sınıflarında öğrenim gören 319 sağlıklı ergen oluşturmuştur. Etik kurul, kurum, ebeveyn ve ergen onamı alınarak yapılan çalışmada; ergenlerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin oluşturulan Anket Formu, Saldırganlık Ölçeği (SÖ) ve Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) ile veriler toplanmıştır. Veriler; tanımlayıcı istatistikler, Shapiro-Wilk, Mann-Whitney U, student t, Ki-kare, Spearman korelasyon testleri ile değerlendirilmiştir.

Çalışmada sağlıklı ergenlerin SÖ tüm alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamalarının DM'li ergenlerden fazla olduğu ve düşmanlık, fiziksel, dolaylı saldırganlık alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (p<0.05). DM'li ergenlerin KZVDDE puan ortalamalarının, sağlıklı ergenlerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p>0.05). Saldırganlık düzeyi yüksek olan DM'li ergenlerin otonom, sosyal işlevler ve KZVDDE puan ortalamalarının sağlıklı ergenlerden yüksek olduğu saptanmıştır. DM'li ergenlerde KZVDDE otonom, sosyal işlevler ve toplam ölçek puan ortalamaları ile SÖ öfke, düşmanlık, dolaylı ve toplam saldırganlık puan ortalamaları arasında; sağlıklı ergenlerde ise otonom, sosyal işlevler ve KZVDDE puan ortalamaları ile saldırganlık tüm alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Bu sonuçlar doğrultusunda, sağlıklı ve DM'li ergenler ve aileleri için, yaş dönem özellikleri dikkate alınarak spor (özellikle takım sporları), sosyal ve kültürel etkinliklere ağırlık verilmesi, stres-öfke yönetimi ve etkili iletişim becerilerine, ayrıca DM'li ergenler ve ailelerine hastalık yönetimine ilişkin eğitim verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: kendine zarar verme, saldırganlık, Tip 1 DM'li ergenler

THE AGGRESSION AND SELF- INJURY BEHAVIOURS

IN ADOLESCENTS WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS AND HEALTHY

Yağmur SEZER EFE

Erciyes University, Institute of Health Sciences

Department of Nursing Masters Degree, December 2013

Advisor: Assistant Professor Emine ERDEM, MD

ABSTRACT

Adolescents tend to have risky behaviours like aggression and self-injury due to the age period charateristics - the interest in experiencing new things, challenging the rules of society while gaining their identity, adult modeling, being included in the friendgroups. The risk of aggression and self-injury may increase in adolescents with the addition of chronic diseases. This study was conducted descriptively to determine and compare the aggression and self- injury in those with type 1 diabetes mellitus (T1DM) and healhty adolescents.

The study sample consistedof the subjects followed up in the child endocrinology polyclinic of a university hospital, the 15-18 age group of 60 adolescents with T1DM and 319 healthy adolescents at 9th-12th grade at high school. In the study, the permission of the institution, Ethical Committee, the parent and adolescent consent, the data were collected using a questionnaire form, Agression Questionnaire (AQ) and Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). The descriptive statistics, Shapiro-Wilk, Mann-Whitney U, student t, Ki-kare, Spearman correlation tests were used for analyzing data.

The mean scoresofhealthy adolescents on AQ all subscales and the total scale were higher than adolescents with T1DM and difference between the mean scores of hostility, physical and indirect aggression subscales and total scale were significant (p<0.05).It was determined that ISAS mean scores of adolescents with T1DM were higher than the healthy adolescents (p>0.05).It was also determined that The mean scoresof autonomic function, social function and ISASof adolescents with T1DM who had high levels of aggression were higher than those of the healthy adolescents.In adolescents with T1DM, the mean scores of autonomic function, social function and ISAS were positively moderately correlated with the mean scores of anger, hostility, indirect subscales and total aggression (p<0.05). In healthy adolescents, the mean scores of autonomic function, social function and ISAS were positively moderate correlated with the mean scores of all subscales and total aggression (p<0.05).

According to these results, considering the characteristicsof age period it could be suggested to healthy and diabetic adolescents and their families that the sports (especially team sports) and social activities, social and cultural activities, education about anger-stress management and effective communication skillsshould be given importance. Besides it could be suggested that education related to disease management should be given to their families and adolescents with T1DM.

Key words: adolescents with Type 1 DM, aggression, self-injury

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK ii
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI iii
ONAY : iv
TEŞEKKÜR v
ÖZET vi
ABSTRACT vii
İÇİNDEKİLER viii
KISALTMALAR x
GRAFİK ve TABLOLAR LİSTESİ xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Diyabetes Mellitus (DM) 4
2.1.1.Tanı Kriterleri 4
2.1.2. Diyabetes Mellitusun Sınıflandırılması 4
2.1.3.Tip 1 Diyabetes Mellitus (Tip 1 DM) 5
2.1.4. Tip 1 DM'nin Ergenler Üzerindeki Etkileri 6
2.2. Saldırganlık Davranışı 8
2.2.1. Saldırganlığın Tanımı ve Sıklığı 8
2.2.2.Farklı Görüş ve Modellere Göre Saldırganlığın Açıklanması 8
2.2.3. Saldırganlık ile İlgili Yapılan Çalışmalar 10
2.3. Kendine Zarar Verme Davranışı (KZVD) 11
2.3.1. KZVD Tanım ve Sıklığı 11
2.3.2. Kuramlara Göre KZVD 13
2.3.3. KZVD ile İlgili Yapılan Çalışmalar 15
2.4. KZVD ve Saldırganlıkta Hemşirenin Rolü 16
3. GEREÇ VE YÖNTEM 18
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ 18
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER ve ÖZELLİKLERİ 18
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN ve ÖRNEKLEMİ 19
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI 19
3.4.1. Ön Uygulama 20
3.4.2. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları 20
3.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ 22
3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU 23
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 23

4. BULGULAR 24
4.1. TİP 1 DM'Lİ VE SAĞLIKLI ERGENLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ 25
4.2. TİP 1 DM'Lİ VE SAĞLIKLI ERGENLERDE SALDIRGANLIK VE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞLARI 33
5. TARTIŞMA VE SONUÇ 40
5.1. TİP 1 DM'Lİ VE SAĞLIKLI ERGENLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI 40
5.2. TİP 1 DM'Lİ VE SAĞLIKLI ERGENLERDE SALDIRGANLIK VE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞLARININ TARTIŞILMASI 45
6. KAYNAKLAR 53
EKLER 62
ÖZGEÇMİŞ 78

KISALTMALAR

KZVD:	Kendine Zarar Verme Davranışı
TİP 1 DM:	Tip 1 Diyabetes Mellitus
DM:	Diyabetes Mellitus
OGTT:	Oral Glikoz Tolerans Testi
HgA1c:	Glikozillenmiş Hemoglobin
ADA:	Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Assosication)
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
BM:	Birleşmiş Milletler
T.C	Türkiye Cumhuriyeti
MEB:	Milli Eğitim Bakanlığı
KZVDDE:	Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri
SÖ:	Saldırganlık Ölçeği
ISAS:	Inventory of Statements About Self-Injury
AQ:	Aggression Questionnaire

GRAFİK ve TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Tip 1 DM'li ve Sağlıklı Ergenlerin Tanıtıcı Özellikleri 25
Tablo 4.2. Tip 1 DM'li ve Sağlıklı Ergenlerin Aile ve Arkadaş İlişkileri 26
Tablo 4.3. Tip 1 DM'li ve Sağlıklı Ergenlerin Anlam Fark Ölçeği'ne Göre Kendi Yaşamlarını Değerlendirme Durumları 27
Tablo 4. 4. Tip 1 DM'li ve Sağlıklı Ergenlerin Anlam Fark Ölçeği'ne Göre Kendi Yaşamlarına İlişkin Duyguları 28
Tablo 4.5. Tip 1 DM'li Ergenlerin Hastalık Öykülerine İlişkin Özellikleri 30
Tablo 4.6. Tip 1 DM'li Ergenlerin Hastalık Yönetimine İlişkin Özellikleri ve Davranışları 32
Tablo 4.7. Tip 1 DM'li ve Sağlıklı Ergenlerin Saldırganlık Ölçeği Puan Ortalamaları 33
Tablo 4.8. Tip 1 DM'li ve Sağlıklı Ergenlerin Saldırganlık Düzeyleri 33
Tablo 4.9. Tip 1 DM'li ve Sağlıklı Ergenlerin KZVDDE Davranışları Yapma Durumları 34
Tablo 4.10. Tip 1 DM'li ve Sağlıklı Ergenlerin KZVDDE İşlevler Bölümü Puan Ortalamaları 35
Tablo 4.11. Tip 1 DM'li ve Sağlıklı Ergenlerin Saldırganlık Düzeylerine Göre KZVDDE İşlevler Bölümü Puan Ortalamaları 37
Tablo 4.12. Tip 1 DM'li ve Sağlıklı Ergenlerin Saldırganlık ve KZVDDE Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon (pearson correlation) 38

Grafik 4.1. Tip 1 DM'li ve Sağlıklı Ergenlerin Anlam Fark Ölçeği'ne Göre Kendi Yaşamlarını Değerlendirme Durumları 28
Grafik 4.2. Tip 1 DM'li ve Sağlıklı Ergenlerin Anlam Fark Ölçeği'ne Göre Kendi Yaşamlarına İlişkin Duyguları. 29

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan, doğumdan ölüme kadar gelişimini çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılık gibi belli dönemler içinde sürdürmektedir. Her dönem bir önceki dönemin etkisinde oluşmakta ve dönemlerin birinden diğerine geçiş, biyolojik ve psikolojik gelişmenin, sosyal ve kültürel etkenlerin de etkilediği bir süreç içinde gerçekleşmektedir. Ergenlik, bireyin gelişim süreci içerisinde çocukluk döneminin bitişiyle başlayıp fizyolojik olarak erişkinliğe ulaşıncaya kadar geçen dönemdir (1,2). Yavuzer'e göre (2) 11-20 yaş dilimleri arasındaki ergenlik dönemi, kişiliğin toplumsal nitelik kazandığı bir arayış dönemidir. Bu arayış içinde ergen, kim olduğunu, neye değer vereceğini, kime bağlanıp inanacağını bulmaya çalışır. Hall ergenliği çocuğun tümüyle yeni bir kişiliğe büründüğü "fırtına ve stres" dönemi olarak tanımlamıştır (1,2).

Ergenlik döneminin yarattığı dengesizlikler nedeniyle sağlıklı ergenler, kendi kimliklerini kazanırken, hayatlarıyla ilgili anlamlar ve amaçlar oluştururken, toplumun kurallarına meydan okuyabilirler ve ergenlerin bu davranışları toplumsal normlar tarafından kabul görmeyebilir (3). Bu durumda ergen çevresine ve kendisine yönelik öfke duygusu yaşar. Bu öfke, saldırganlık ve kendisine zarar verme davranışı (KZVD) olarak ortaya çıkabilir. "İntihar niyeti taşımayan" KZVD, yaşamını sonlandırma amacı olmaksızın kişinin kasıtlı olarak beden dokularına zarar vermesi olarak tanımlanmıştır (4,5). Her yaşta ortaya çıkabilen KZVD, tipik olarak ergenlik döneminde başlamakta, sıklıkla dürtüsel biçimde ortaya çıkmakta ve erişkin yaş grubuna göre ergenlik ve genç yetişkinlikte daha fazla görülmektedir (4,6). Toplum örnekleminde yapılan araştırmalarda, ergenlerin 1/3 ile 1/2'sinde KZVD'nin görüldüğü bulunmuştur (4). Lloyd-Richardson et al. (7) 633 ergen ile yaptıkları çalışmada, ergenlerin %46.5'inin son bir yıl içerisinde KZVD sergilediklerini belirlemişlerdir. Ülkemizde ergenler

arasında KZVD sıklığını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda, bu oranın %15-21.4 arasında değiştiği bulunmuştur (8,9,10). Bu değerler oldukça yüksektir ve ülkemizde KZVD'nin ergenler arasındaki yaygınlığını göstermesi açısından önemlidir.

Ergenlerin çevresine ve kendisine yönelik yaşadıkları öfke duygusu, saldırganlık şeklinde de ortaya çıkabilir. Saldırganlık, diğer bir canlıya kasıtlı, fiziksel ya da duygusal olarak zarar verme tutum ve davranışını içeren bir durumdur (11). Singer et al. (12) ilkokul çağı çocukları ve ergenler üzerinde yaptıkları çalışmada, ergenlerin ilkokul çağı çocuklarına göre daha sinirli ve saldırgan davranışlar gösterdiklerini belirlemişlerdir. Kesen ve arkadaşları (13) yetiştirme yurdunda kalan ergenlerin saldırganlık ve öfke düzeylerini inceledikleri çalışmalarında, saldırganlığın yaşla birlikte arttığını saptarken, lise ve üniversite öğrencilerinin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada ise (14), lise öğrencilerinin fiziksel saldırganlık, öfke, düşmanlık ve dolaylı saldırganlık puan ortalamalarının üniversite öğrencilerinden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sağlıklı ergenler içinde bulundukları bu dönemde, fizyolojik değişimlerle baş etmek, otokontrol kazanmak, sosyal roller geliştirmek ve yetişkin rolüne hazırlanmak gibi birçok stresörle karşı karşıyadırlar (15). Bu stresörlere beden bütünlüğünü ve özgüveni tehdit eden ve kontrol duygusu kaybı yaşatan herhangi bir kronik hastalık eklenmesi, ergenin etkili baş etme yöntemleri geliştirmesine engel olabilir. Fiziksel ve kişisel gelişimlerini etkileyen kronik hastalıklar karşısında ergenler, bağımsızlık ve otokontrol duygularının kaybı, baş etme deneyimlerinin sınırlı olması nedeniyle kaygı, korku, endişe ve isteksizlik gibi olumsuz duygular yaşayabilirler.

Günümüzde kronik hastalığı olan çocuk nüfusu gittikçe artmaktadır. Kronik hastalıklar içerisinde astımdan sonra ikinci sırada yer alan Tip 1 Diabetes Mellitus (Tip 1 DM), çocuklar için önemli bir sağlık problemidir (16,17). Çocuklarda diyabet görülme sıklığı, ülkeden ülkeye farklılık göstermekte olup, dünyadaki tüm DM vakalarının %10-15'ini, ülkemizde ise %5-10'unu Tip 1 DM oluşturmaktadır (18). Tüm ülkelerde Tip 1 DM insidansı giderek artmakta olup, yaklaşık yıllık artışın ortalama %3 olduğu belirtilmektedir (17). Tip 1 DM'de uyulması gereken özel bir diyetin olması, tedavi sürecine uyumun zor olması ve aileye bağımlı kalma gibi nedenler ergenlerde psikiyatrik sorunların artışına yol açmaktadır. En sık görülen psikiyatrik sorunlar anksiyete ve depresyondur. Yapılan birçok çalışmada Tip 1 DM'li ergenlerin depresyon

ve anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur (19-26). Arıkan ve Antar (25) Tip 1 DM'li çocuk ve ergenlerin ruhsal belirti ve bulgularını değerlendirdikleri çalışmalarında, diabet kampına katılan Tip 1 DM'li ergenlerin %47.3'ünde anksiyete, %33.3'ünde depresyon, %48.2'sinde öfke gibi psikiyatrik bulguların olduğunu saptamışlardır. Depresyon, anksiyete ve öfke gibi psikiyatrik sorunlar kendine zarar verme ve saldırganlık davranışları için risk faktörleridir (10). Yapılan literatür taramasında, Tip 1 DM'li ergenlerde anksiyete ve depresyon düzeyine ilişkin birçok çalışma olmasına karşın, kendine zarar verme ve saldırganlık davranışlarına ilişkin çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle bu çalışmaya gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Amaç

Bu çalışma, Tip 1 DM'li ve sağlıklı ergenlerde saldırganlık ve kendine zarar verme davranışlarını belirlemek ve karşılaştırmak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diyabetes Mellitus (DM)

Diyabetes mellitus (DM), insülin sekresyonunun mutlak ya da göreceli azlığı sonucunda kan glikoz düzeyinin yüksekliği ile karakterize kronik metabolik bir hastalıktır (27,28). Genellikle otoimmün kaynaklı olarak gelişen hastalığın, çoğunlukla çocukluk çağında ve genç erişkin yaşlarda ortaya çıktığı bilinmektedir (28,29).

2.1.1.Tanı Kriterleri

DM tanısı koymak için aşağıda sıralanan kriterlerden herhangi birinin bulunması yeterlidir (27):

- ✓ En az 8 saat açlık sonrası bakılan plazma glikoz değerinin 126 mg/dl veya üstünde bulunması,
- ✓ 75 gr glukoz ile yapılan Oral Glikoz Tolerans Testinin (OGTT) 2. saatinde plazma glukozunun 200 mg/dl veya üstünde olması,
- ✓ HgA1c (Glikozillenmiş Hemoglobin) değerinin %6.5 veya üstünde olması.
- ✓ Randomize kan glikozunun 200 mg/dL'nin üzerinde olması ve diyabeti destekleyen klinik bulguların olması

2.1.2. Diyabetes Mellitusun Sınıflandırılması

Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Assosication- ADA) tarafından 1997 yılında önerilen ve 1998 yılında Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO) tarafından kabul edilen diyabet etiyolojik ve klinik açıdan;

• Tip 1 Diyabetes Mellitus (Tip 1 DM),

• Tip 2 Diyabetes Mellitus (Tip 2 DM),

• Diğer Spesifik Tipler (Beta Hücre Fonksiyonlarında Genetik Defekt, İnsülin Etkisinde Genetik Defekt, Ekzokrin Pankreas Hastalıkları, İlaç veya Kimyasal Etkenler, Endokrinopatiler, Enfeksiyonlar vb.),

• Gestasyonel Diyabetes Mellitus olmak üzere 4 başlık altında gruplandırılmıştır (27).

2.1.3.Tip 1 Diyabetes Mellitus (Tip 1 DM)

En sık rastlanılan metabolik hastalıklar arasında yer alan Tip 1 DM; yaşam boyu süren, her yaştaki bireyi ve yakınlarını doğrudan ilgilendiren, organ ve fonksiyon kayıplarına yol açarak insanın fiziksel, psikolojik ve sosyal yapısında değişime neden olan bir hastalıktır (18,27-30). Etiyolojisinde genetik eğilim, immünolojik ve çevresel faktörler sorumlu tutulmaktadır (17). DM'nin insidansı; yaş, ırk, coğrafi bölge ve mevsimlere göre değişkenlik göstermesine karşın, çocukluk çağında artar.

Metabolik kontrolü sağlayarak kısa dönem (hipoglisemi, diyabetik ketoasidoz) ve uzun dönemde görülen komplikasyonların (retinopati, nefropati, nöropati vs.) gelişmesini en aza indirmek amacı ile Tip 1 DM tedavisinde, insülin uygulaması, diyet ve egzersiz önemlidir. İnsülin tedavisinin tipi ve uygulama saatlerinin seçimi hastanın psikososyal gelişimini bozmayacak ve optimal metabolik kontrol sağlayacak şekilde bireyselleştirilmelidir. Bunun için çocuğun yaşı uygun ise, çocuk da dahil edilerek aileye eğitim verilmelidir (30).

Tip 1 DM tedavisindeki temel amaç, hastaların akut ve kronik komplikasyonlardan korunması ve böylece hastaların yaşam kalitelerini artırılmasıdır. Akut komplikasyonlar hipoglisemi, hiperglisemi, ketoasidoz, kilo kaybı ve enfeksiyonlara yatkınlıktır. Kronik komplikasyonlar ise, makrovasküler, serebrovasküler, kardiyovaskülerkomplikasyonlar, periferik damar hastalıkları ve diyabetik ayaktır. Mikrovasküler komplikasyonlar diyabetik nefropati, retinopati ve nöropatidir (31). Tip 1 DM'ye bağlı yaşanan semptomlar ve komplikasyonlar bireylerin ruhsal durumlarını, yaşam kalitelerini ve özbakım güçlerini olumsuz etkilemektedir (32-35).

2.1.4. Tip 1 DM'nin Ergenler Üzerindeki Etkileri

Ergenlik dönemi; kimlik geliştirme, fiziksel değişikliklere uyum, geleceğe ilişkin planlar yapma ve bağımsızlığın kazanılması ile karakterize bir dönemdir. Bu dönemde kronik hastalık tanısı alma; ergenin kimliğini ve bağımsızlığını kaybetmesine, geleceğe ilişkin planlarının değişmesine yol açabilir ve bunların sonucunda ergen yoğun yas yaşayabilir. Bu nedenle kronik hastalıklar en yoğun ergenlik dönemindeki çocukları etkilemekte ve diyabetin yönetimini güçleştirmektedir (17,36). Öte yandan hastalığın tipi ve görünebilirliği ergenin kendini çirkin ve değersiz hissetmesine, benlik saygısının azalmasına neden olabilir. Çünkü ergenlik dönemindeki çocuklar akranlarından farklı olmak istemezler. Ancak, hastalık varlığı onların kendilerini farklı ve akran grubundan reddedilmiş hissetmelerine, akranlarıyla iletişim kurmakta güçlük çekmelerine yol açar (17,37). Storch et.al.'nin (38) 32 DM'li ve 32 sağlıklı adölesanla yaptıkları bir çalışmada; diyabetli çocukların sosyal ilişkilerinde daha fazla sorun yaşadıkları, sağlıklı akranlarına göre daha fazla akran baskısına maruz kaldıkları ve daha az akran desteği aldıkları belirlenmiştir. Büyükgönenç ve Çırlak'ın 7-17 yaş grubunda kronik hastalığı olan çocuklarla yapmış oldukları çalışmada, çocukların %53.3'ünün depresyon puanlarının ortalamadan daha yüksek olduğu saptanmıştır (39). Bayat ve Çavuşoğlu'nun (40) 40 adölesanla yaptıkları çalışmada, adölesanların %37.5'inin akranları tarafından farklı algılanmak istemedikleri ve reddedilmekten korktukları için hastalıklarını arkadaşlarına açıklamadıkları bulunmuştur.

Psikolojik olarak ergenlik dönemi; içsel karışıklıklar, ruhsal çalkantılar ve isyanlarla karakterize bir stres ve fırtına dönemi olarak tanımlandığından (1,2,41) ergenlik aşamalarına özel bir dikkat gerekir, çünkü ergenler bu dönemde hastalıklarını farklı olarak deneyimleyebilmekte ve bu deneyimlere farklı anlamlar yükleyebilmektedir (42). Bu fırtınalı dönemde ergen gelişimini olumsuz etkileyebilecek en önemli hastalıklardan biri kuşkusuz Tip 1 DM'dir.

Kronik hastalıklar içerisinde en sık görülen hastalıklardan biri olan diyabetin ergenlik dönemindeki etkileri incelendiğinde; ergenlik dönemi çocuğun Tip 1 diyabetle ilgili bilgi ve özbakımı en üst düzeyde öğrenebildiği bir dönem olmasına karşın, hastalığın yönetiminin en güç olduğu, çocuklar ve ebeveynlerin en fazla sorun yaşadıkları dönemdir. Yaşam boyu sürecek tedavi ergenin hayatını tehdit eder ve hastalığın yönetimine ilişkin sorunlar yaşanmasına neden olabilir (43). Tip 1 DM'li ergenlerde

ergenlik dönem özelliklerine bağlı olarak hastalığın oluşturduğu sorunlu davranış biçimi artar. Bireyde ergenlik döneminin başlaması; insülin direncine ve optimal metabolik kontrolün sağlanmasına engel olabilecek psikososyal değişiklere neden olmaktadır (44). Ergenin bağımsızlığı, beden imgesi, kimliği ve benlik saygısı diyabet nedeniyle olumsuz etkilenir (45). Tip 1 DM'li çocuklarda benlik saygısının değerlendirildiği bir çalışmada, hasta çocukların benlik saygısının, sağlıklı çocuklarla yapılmış çalışmalardakine göre daha düşük olduğu ve bu durumun okula devamı da olumsuz etkilediği bulunmuştur (46). Bu nedenle Tip 1 DM'li adölesanlarda depresyon, anksiyete, agresyon, hiperaktivite gibi psikiyatrik ve davranışsal sorunlar sıklıkla görülmektedir (47-52). Fettahoğlu ve arkadaşlarının (53) 8-17 yaş 34 DM'li ve 9-17 yaş 50 sağlıklı çocukla yaptıkları çalışmada; DM'li çocukların sağlıklı yaşıtlarına göre daha fazla ruhsal güçlük yaşadıkları ve yaşanılan ruhsal güçlüklerin hastalığın süresiyle birlikte arttığı belirlenmiştir.

Tip 1 DM'li ergenler depresyon gelişmesi yönünden sağlıklı ergenlere göre daha fazla risk altındadır (47). Çünkü Tip 1 DM'li ergenler sağlıklı akranlarından daha fazla akran baskısına maruz kalmakta, ebeveynlerinden bağımsız olmak ve kimliklerini kazanmak için daha fazla mücadele etmektedirler (54). Tip 1 DM'li ergenlerde psikolojik sorunların görülmesini tetikleyen faktörler arasında; cinsiyet, kötü metabolik kontrol ve ebeveynlerde psikolojik sorunların olması da yer almaktadır (55). Kızlar ve erkeklerle yapılan bir çalışmada, metabolik kontrolü ölçen özetkililik skalası puanının kızlarda erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (56). Inge ve Mark.'ın (57) ergenlerle yaptıkları çalışmada, metabolik kontrolü kötü olan ergenlerin stres puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum ergenin tedaviye uyumunu zorlaştırmaktadır. Yapılan bir çalışmada, glisemik kontrol açısından adölesan dönemin preadölesan döneme kıyasla daha kötü olduğu görülmüştür (44).Tüm bu çalışmalar, Tip 1 DM'nin ergenlerde kendine zarar verme ve saldırganlık davranışlarına yol açabileceğini göstermektedir. Ancak literatürde bunu örnekleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Bu çalışma sağlıklı ve Tip 1 DM'li ergenlerde kendine zarar verme ve saldırganlık davranışlarını belirlemeye yönelik yapılan özgün bir çalışmadır.

2.2. Saldırganlık Davranışı

2.2.1. Saldırganlığın Tanımı ve Sıklığı

Saldırganlığın tanımını ve nedenlerini belirlemeye yönelik birçok disiplin tarafından açıklamalar yapılmıştır. Ancak saldırganlığın tanımı, anlamı ve nedenleri hakkında tam bir anlaşmaya varılamamıştır. Saldırganlık genel olarak bir hedefe yönelik gerçekleştirilen, sonucunda hasar, yaralanma ya da ölüme neden olabilen, bireylerin ve toplumun güvenliğini tehdit eden eylemler olarak tanımlanmaktadır (58). Davranışçı ya da sosyal öğrenme yaklaşımlarının tercih ettikleri tanım "Saldırganlık başkalarını inciten ya da incitebilecek her türlü davranıştır." biçiminde yapılabilir. Ancak, bu tanımda kişinin niyeti göz ardı edilmiştir (59). Niyetlilik, saldırganlığın önemli bir belirleyicisi olduğu için psikoloji alanı daha çok kabul edilen başka bir tanımlamaya gitmiştir. Bu tanıma göre saldırganlık, başkalarına zarar verme niyeti taşıyan tüm davranışlardır (59-61). Psikoloji alanının yaptığı tanımlamada da saldırganlık sadece canlı varlıklara yöneltilen bir davranış olarak ele alınmıştır. Oysa saldırganlık, diğer bir canlı ya da nesneye yönelik incitici ve rahatsız edici davranışlar olarak da tanımlanmaktadır (62,63). Saldırganlığın tanımlanmasında yaşanan zorluklar ve çeşitlilik saldırgan davranışların sınıflamalara ayrılarak incelenmesine neden olmuştur.

Bir davranış biçimi olarak saldırganlık, bünyesinde farklı etkinlikleri barındırmaktadır. Biçimsel olarak; doğrudan ya da dolaylı, sözel ya da fiziksel, aktif ya da pasif, kendine ya da başkasına yönelik olarak sınıflanabilir (58). Rivers ve Smith (1994) saldırganlığı fiziksel ve sözel saldırganlık şeklinde sınıflandırmışlardır. Tekmeleme, itme, kendine ya da başkasına/cansız nesneye vurma gibi fiziksel nitelikli davranışlar fiziksel saldırganlığa (63); tehdit etme, alay etme, lakap takma gibi ifadeler de sözel saldırganlığa işaret eder. Buss (1973), saldırganlığı aktif veya pasif, doğrudan ya da dolaylı olarak kendini gösterebilen fiziksel ve sözel boyutta ele almaktadır.

2.2.2.Farklı Görüş ve Modellere Göre Saldırganlığın Açıklanması

Birçok kuram tarafından saldırganlık davranışı açıklanmaya çalışılmıştır. Bu kuramları birbirinden ayıran, saldırganlığı doğuştan gelen ya da sonradan edinilen bir davranış olarak açıklamalarıdır (64). İnsan saldırganlığının nedenlerini açıklayan psikoanalitik yaklaşım, saldırganlığın insanların biyolojik yapısında olduğunu savunur (63). Bu yaklaşımın en önemli savunucuları Freud ve Lorenz'dir. Lorenz'e göre insanlar saldırgan olduğu için saldırganca davranır, Freud'a göre ise saldırganlık engellemelere

tepki olarak ortaya çıkar. Lorenz saldırganlığın önlenmesinin mümkün olmadığını savunmaktadır (65). Freud saldırganlığın gerekli olduğunu, yararlı bir işlevi olduğunu ileri sürmüştür. Eğer insanlar saldırgan davranışlarda bulunmazsa saldırgan enerji birikir ve sonuçta ruhsal rahatsızlığa yol açar düşüncesini savunmaktadır. Özetle Freud kuramında, şiddet ve saldırganlığın insan doğasında bulunduğunu ve bu güdünün tamamen ortadan kalkmayıp sadece farklı alanlara kanalize olduğunu ileri sürmüştür (58). Sosyobiyolojik yaklaşım ise saldırganlığı insanoğlunun yaşamını sürdürmesi için gerekli bir parçası olarak görmektedir.

Davranışçı yaklaşım saldırganlığın öğrenilebilen bir davranış olduğunu ve yanlış öğrenme deneyimlerinden kaynaklandığını ileri sürer (63). Davranışçı yaklaşıma göre ödül ve ceza mekanizmaları davranışın kazandırılmasında ya da değiştirilmesinde önemlidir (58). Yani bireyler bu davranışları, başkalarının gösterdiği benzer davranışları gözleyerek, bunları örnek alma yolu ile ve taklit ederek öğrenir (66).

Saldırganlığın ortaya çıkmasında engellenme-saldırganlık hipotezinin önemi üzerinde durulmuştur. Bu hipotezde engellenmenin her zaman saldırganlığa neden olduğu ve saldırganlığın da her zaman bir engellenmenin sonucu olduğu ileri sürülmektedir (64).

Saldırganlık Davranışını Arttıran Faktörler (63,67)

- Erkek cinsiyet,
- 15–24 yaş,
- Yoksulluk,
- Düşük eğitim düzeyi,
- Aile ve çevre desteğinin yetersiz olması,
- Geçmişte saldırganlık öyküsünün olması,
- Çocuklukta şiddete maruz kalma,
- Madde kullanımı,
- Çözümlenemeyen önemli yaşam sorunları,
- Kalabalık ortamlar,
- Medyadır.

2.2.3. Saldırganlık ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, erkek öğrencilerin saldırganlık düzeyleri kızlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (68). Card et. al. (69), çocuk ve ergenlerdeki dolaylı ve dolaysız saldırgan davranışları inceledikleri metaanaliz çalışmasında, cinsiyet farklılıklarının, ilişkiler arasındaki biçimin, uyumsuzluğun saldırganlıkla ilişkisine bakmışlar ve doğrudan saldırganlıkta erkeklerin yüksek puan ortalamasına sahip olduklarını, dolaylı saldırganlıkta ise cinsiyet farkının önemsiz olduğunu belirlemişlerdir. Aynı çalışmada, kötü akran ilişkisi olanlarda, problemi olanlarda, olumlu sosyal davranış göstermeyenlerde doğrudan saldırganlık yüksek bulunmuştur. Öcel ise (70) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada; erkek öğrencilerin dolaylı saldırganlık puan ortalamalarının kız öğrencilerden yüksek olduğunu saptamıştır. Öztürk'ün (71) 9. sınıf öğrencileri ile yaptığı çalışmada; öğrencilerin saldırganlık düzeylerinin cinsiyet, okul türü, okul başarısı, anne-baba eğitim düzeyi, gelir düzeyi, anne-baba tutumu, yaş, arkadaşlık ve öğretmenleriyle ilişkilerinden memnun olup-olmama, aile yapısı ve devamsızlık durumuna göre farklılaştığı saptanmıştır. Gentile et al.'nın (72) yaptıkları çalışmada, şiddet içerikli video oyunlarını oynayan ergenlerde saldırganlığın dışa vurumunun ve fiziksel düşmanlık davranışlarının daha fazla olduğunu belirlemişlerdir. Lise öğrencilerinde saldırganlığı yordayan diğer bir çalışmada; erkek, başarı durumunu orta olarak algılayan, 11. sınıf, baba tutumunu ilgisiz olarak algılayan, öğretmen tutumunu otoriter olarak algılayan, meslek lisesine devam eden öğrencilerin saldırganlık düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (73). Ayrıca saldırganlığı arttıran faktörler arasında çocuğa ya da ergene ilişkin özellikler (kişilik, zeka, benlik saygısı, başetme becerileri) ve yakın çevre (aile, okul, akran grubu, ergenlik, ekonomik ve kültürel çevre) özelliklerini saymak da mümkündür (58,67).

Ergenlik dönemi saldırganlığın en fazla görüldüğü dönemdir (2). Bu dönemde görülen hormonal değişimlerin ya da otonomi artışının getirdiği bağımsızlaşma duygusunun saldırganlık davranışı ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Ergenin hayatına bağımsızlık duygusunu tehdit eden bir kronik hastalık eklenmesi saldırganlık davranışını artıran bir faktör olarak sayılabilir. Bu nedenle kronik hastalığı olan ergenler saldırganlık davranışı açısından risk olarak değerlendirilmeli ve bu dönemde saldırganlığı azaltmaya yönelik

müdahalelerin uygulanması gerekmektedir (74). Yapılan literatür taramasında Tip 1 DM'li ergenlerde saldırganlık davranışını inceleyen çalışmaya rastlanılmamıştır.

2.3. Kendine Zarar Verme Davranışı (KZVD)

2.3.1. KZVD Tanım ve Sıklığı

Kendine zarar verme davranışı (KZVD); tekrarlayıcı, kişinin bilinçli ölüm isteği olmadan, isteyerek ve amaçlı olarak yapılan, doku hasarı ile sonuçlanan, kendi bedenine yönelik girişimidir (9,75-81). Kasıtlı kendine zarar verme davranışı birçok tanımda intihar niyeti içermeyen davranış biçimi olarak tanımlanmasına karşın, bazı araştırmacılar niyetin her zaman güvenilir olmayabileceğini çünkü hastaların ölme niyetleri ile ilgili ambivalan duyguları olabileceğini bu nedenle intihar niyetlerini gizleyebileceklerini savunmaktadırlar (82).

Kendine zarar verme davranışı "self injury", "self-mutilation" ve "self harm" olarak adlandırılmaktadır. Kişinin direkt kendi bedenine yönelik yaptığı bir girişim olarak kullanılan "Self injury" ve "self-mutilation" kavramları genellikle birlikte ifade edilmektedir. "Self harm" da ise, riskli davranışların ön planda olduğu, daha çok dolaylı olarak KZVD mevcuttur. KZVD Türkiye'de sıklıkla görülmesine rağmen bu alanda yapılan çalışmalar oldukça azdır. Ayrıca KZVD'yi tanımlamak için 4 ölçüt önerilmektedir (77,83):

- Kişinin bu davranışı sürekli tekrarlaması,
- Kendine zarar vermeden önce gerilim duygusuna sahip olması,
- Fiziksel acıyla beraber rahatlama, zevk alma ve hoşuna gitme duygusunu yaşaması,
- Utanma duygusu ve sosyal olarak damgalanma korkusu karşısında kendine zarar vermenin izlerini ya da kanı gizlemeye çalışması

Kendine zarar verme davranışının tarihçesi Yeni Ahit'e kadar uzanmaktadır (9,75,77,78). Yeni Ahit'te, Aziz Paul müritlerini "kendi bedenlerine zarar verenlerden kaçınmaları" yönünde uyarmaktadır ve en ünlüsü Markos İncil'inde "*Eğer elleriniz sizin günah işlemenize neden oluyorsa kesin onları… ve eğer gözleriniz günah işlemenize neden oluyorsa, çıkartın onları*" şeklinde uyarı geçmektedir. İki yüzyıl sonra, büyük İskenderiyeli teolog Origen, sofuluk motivasyonunun bir eylemi sonucu

kendisini hadım etmiş ve bu uygulamalar orta çağın sonlarına doğru artarak devam etmiştir (78). Tıbbi literatürde ise 1946'da suçluluk duyguları içinde her iki göz nüvesini çıkarmış olan ilk kadın hastadan söz edilir (9,75,77). Günümüzde de kültürel bir özellik olarak Afrika'daki bazı kabilelerde KZVD olağan karşılanmaktadır (77,78). Örneğin; punkçılar dudaklarına, burunlarına, göz kapaklarına vs. işlenmiş olan çengelli iğneler ve başka metal parçalar takmaktadırlar. Batı dünyasında son 30 yılda kendine zarar verme davranışları dramatik olarak oldukça artmıştır (78). Kendine zarar verme davranışının kadınlarda daha çok görüldüğünü belirten çalışmalar mevcuttur (78,80,81,84). İngiliz Güney Asyalı kadınlarda kendine zarar verme davranışlarının oranlarını belirlemek, bu davranışları etkileyen faktörleri incelemek ve bunlara yönelik önlem almak amacıyla yapılan bir çalışmada, Güney Asyalı kadınlarda erkeklere göre kendine zarar verme davranışı daha yüksek bulunmuştur (85).

Günümüzde 600 kişiden en az birinin kendini tedaviye gereksinim duyacak şekilde yaraladığı bildirilmektedir (86). KZVD, günümüz ergenleri ve genç erişkinlerinde yaygın olarak görülmektedir (78,80,81,87). Genel popülasyonda görülme sıklığının yaklaşık %1, ergen ve genç erişkin yaş grubunda görülme sıklığının %12'ye kadar olabileceği tahmin edilmektedir (87).

Ergenlerde kendine zarar verme davranışlarına yol açan risk faktörleri şunlardır (78,80,81,88,89)**:**

1. Sosyodemografik ve eğitimsel etmenler

• Cinsiyet (Kadınlar)

• Düşük sosyoekonomik durum

• Okul başarısının düşük olması

2. Bireysel olumsuz yaşam olayları ve aile çatışması

• Ebeveyn ayrılığı veya boşanması

• Ebeveyn

• Kötü çocukluk tecrübeleri

• Fiziksel, cinsel ve duygusal istismar geçmişi

• Ebeveynde psikiyatrik bozukluk

• Evlilik veya ailesel uyuşmazlık

• Zorbalık

• Kişilerarası güçlükler

3. Psikiyatrik ve psikolojik faktörler

• Psikiyatrik bozukluklar (özellikle depresyon, kaygı, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu)

• İlaç ve alkol bağımlılığı

• Dürtüsellik

• Düşük benlik saygısı

• Problem çözmede yetersizlik

• Umutsuzluk

2.3.2. Kuramlara Göre KZVD

Kendine zarar verme davranışının etiyolojisinde bazı kuramcılar tarafından istismarın ve biyolojik nedenlerin önemli olduğu belirtilmiş, ayrıca psikodinamik ve davranışçı kurama göre de nedenlerinden bahsedilmiştir. Kendini kesmeyi en çok etkileyen faktörün ise istismar olduğu belirtilmiştir.

İstismar

İstismar ergenin geçmişte yaşadığı ya da halen yaşamakta olduğu istismar, KZVD'yi etkileyen etmenlerin başında gelmektedir (77,78,80). Yapılan bir çalışmada, kişisel yaralanma ve çocukluğa ait fiziksel şiddet arasında ilişki olduğu ortaya konmuştur (79). Bu istismar fiziksel, duygusal, cinsel istismar şeklinde olabilir (77). İstismara uğrayan kişinin, travmatik yaşam deneyimleri aklına geldiğinde hissettiği duygu yoğunluğu, bu kişilerin kendilerine daha çok zarar vermelerine yol açmaktadır. Özellikle ailenin istismar ettiği çocuk, yaşamının ilerleyen dönemlerinde cinsel sorunlar yaşayabilmektedir. Cinsel istismara uğrayan ensest vakaları kendilerinden utandıkları için, kendilerine yönelik cezalandırıcı davranışlarda bulunmaktadırlar. Bu kişiler çocuklukta yaşadıkları istismar sonucunda suçluluk, utanma, düşük benlik saygısı ve ihanete uğrama hisleri yaşamaktadırlar. Çocuk, istismarın yarattığı hayal kırıklığı ve öfkeyi, kendine zarar vererek tolere etmektedir (9,75,76). Weierich et al., çocukluğunda

cinsel istismara uğrayan 86 ergen ile yaptıkları çalışmada; kendine zarar verme davranışı sıklığı ile cinsel istismar arasında önemli bir ilişki olduğunu belirlemişlerken (90); Klonsky ve Moyer ise (91) cinsel istismar ile kendine zarar verme davranışı arasında daha az bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir.

Biyolojik Nedenler

Nörobiyolojik görüşler opiyat, dopamin ve serotonin sistemlerine ilişkin çalışmaları kapsamaktadır. Opiyat reseptörlerinin uyarılması ile kendine zarar verme davranışlarının oluştuğu belirlenmiştir. Tourette Sendromu'ndaki dopaminerjik aktive düzensizliği ve dopamin reseptörlerinin aşırı duyarlılığının kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (9,75). Biyolojik çalışmalarda serotonin azalmasının kendini kesme davranışı olarak açıklandığı görülmektedir (9,75,76). Kendine zarar verme davranışının ergenler ve duygusal semptomlarla olan dikkat çekici ilişkisi; bu dönemdeki belli nörogelişimsel kırılganlıkların belirgin bulgularıyla, duygusal bozukluk riskinin artmasıyla ve risk alma davranışlarıyla ilişkili olabilir. Bu kırılganlık, ergenlik sonrasındaki kortikal beyin bölgelerindeki belli gelişmelerle ilişkilidir (80).

Psikodinamik Kuramlar

Kendine zarar verme davranışı olan hastalar üzerinde Emerson (1913), psikoanalitik değerlendirme yapmıştır. Dinamik görüş açısından kendine zarar verme davranışının birçok amaca hizmet ettiği belirtilmiştir (9,75-77). Buna göre:

- Kendine zarar verme davranışının sadistik ve mazoşistik bir haz verdiği,
- Kendine zarar verme davranışının yaşanan hazzı değersizleştirecek yara meydana getirdiği,
- Kendine zarar verme davranışının sembolik kastrasyonu simgelediği,
- Kendini kesme davranışının "self-penetrasyonun" bir parçası olduğu belirtilmiştir.

KZVD, 1960 öncesinde psikodinamiğin doğası olarak ele alınmış, nedenleri çocukluk dönemlerine dayanan psikoanalitik yorumlar yapılarak açıklanmaya çalışılmıştır. KZVD'nin; kendini yok etme, kendini cezalandırma ve yalancı intihar olarak ele

alındığı görülmektedir. Davranışçı yaklaşıma göre ise, KZVD sonradan öğrenilmiş olup, hayatın zorluklarına karşı kişinin kendini koruma hissi olarak ele alınmıştır (76).

Diğer Psikolojik Kuramlar

Diğer psikolojik kuramlar kendine zarar verme davranışını ikincil kazanç, yayılma/taklit etme, uyum sağlama, öfke ve engellenme ile açıklamaya çalışmışlardır.

İkincil kazançlar: Kişinin kendisini yaralaması sonucu elde edeceği ikincil kazançlar, bazı kendine zarar verme davranışlarını güdülemektedir (9,75).

Yayılma/ taklit etme: Birçok araştırmacı tarafından KZVD'nin tedavi ortamlarında bulaştığı veya yayıldığı olgusu belirtilmiştir. Matthews, kendine zarar verme davranışının aynı yaştaki ergen gruplarında epidemik tarzda kışkırtıcılığını vurgulamıştır (9,75). Ergenlerin, kendi ciltlerine harf, kelime, sembol kazıma gibi davranışları grupla özdeşleşmek ve kendini kanıtlamak amacıyla yaptıkları ve dürtüsel olmadıkları belirtilmektedir (9,75). Ergen intiharları ve kendine zarar verme davranışlarının arkadaş sayısı ve akran ilişkilerinde yaşanan problemlerle (zorbalık, utandırmalar) ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. Akranlarla olan yoğun çatışmalar kendine zarar verme davranışlarını özellikle de zorbalığı tetikleyebilir (81).

Uyum sağlama: Bazı araştırmacılar tarafından kendine zarar verme davranışının uyum sağlama ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (9,75). Özellikle ergenler, bir akran grubuna ait olmak için bu tür davranışları sergilemektedirler (78).

Öfke ve engellenme: Duygusal yaşamın temel özelliklerinden biri olan öfke ve engellenme, KZVD'ye yol açmaktadır. Özellikle çocukluk ve ergenlik dönemlerinde istismara uğramış kişilerin kendilerine zarar verme sebepleri öfkeden kaynaklanmaktadır (9,75).

2.3.3. KZVD ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Ergenlik kendini yaralama davranışı açısından bir risk dönemi gibi görülmektedir (4,6,80,81). Matsumoto et al. (92), ortaokul ve lise öğrencilerinde kendini kesme ve intihar saplantısı yaygınlığını sırasıyla %9.9 ve %40 olarak bulmuştur. Yapılan diğer bir çalışmada ise, gençler arasında KZVD oranının %13.9 olduğu tespit edilmiştir (93). Amerika'daki kasıtlı ölüm isteği olmadan yapılan kendine zarar verme davranışının prevalansı %5.9 olarak belirlenmiştir (94). Zoroğlu ve arkadaşları (8) tarafından yapılan bir çalışmada ülkemizdeki KZVD sıklığı %21.4 bulunmuştur.

Ergenlik döneminde Tip 1 DM gibi otonomi duygusunu tehdit eden bir kronik hastalık tanısı alma kendine zarar verme davranışını etkileyebilir. Literatürde bunu örnekleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Sonuç olarak kendine zarar verme davranışı klinik uygulamada ve toplumda çok sık görülmesine karşın, konu hakkında yeterince bilgi ve veri mevcut değildir. Kendine zarar verme davranışına yönelik geliştirilecek özel müdahale yöntemleri, daha sağlıklı bir ergenlik dönemi geçirilmesini ve sağlıklı kimlik gelişimini sağlayacaktır (9,75,95).

2.4. KZVD ve Saldırganlıkta Hemşirenin Rolü

Hemşirenin kendine zarar verme ve saldırganlık davranışı olan ergenin değerlendirilmesi ve gerekli yaklaşımların uygulanmasındaki rolü çok önemlidir (77,96). Ancak, hemşirelik bakımı bağlamında ilk olarak, kendine zarar verme davranışının intihar niyeti ile ilişkili olmadığını kabul etmek gerekir (78). Bu amaçla hemşire kendi inanç ve değerlerini sorgulamalı, ergeni yargılamamalıdır (78,96). Hemşire ergeni ele alırken, bütüncül bir yaklaşımda bulunmalı yani ergeni; okul, arkadaş, aile ve sosyal çevresiyle bir bütün olarak değerlendirmelidir. Bu yaklaşım, kendine zarar verme ve saldırganlık davranışının sebebini belirlemede temel unsuru oluşturmaktadır. Ergendeki kendine zarar verme ve saldırganlık davranışlarının etiyolojisi belirlendikten sonra uygun planlamaların yapılması, girişimlerin uygulanması ve sonuçların değerlendirilmesi gerekmektedir.

Kendine zarar verme ve saldırganlık davranışı olan ergene yaklaşımda hemşirenin rolü; ergenin duygularını ifade edebileceği, kendini güvende hissedebileceği terapötik bir ortam oluşturmak ve güvene dayalı etkili bir iletişim kurmaktır (77,78). Hemşireler bu tür davranışlarda bulunan ergenlere kliniklerde iç çatışmalarını aktarabileceği oyuncak bebek, yumruklayabileceği yastık gibi nesneler önerebilir (77). Ayrıca ergenlere davranışlarının farkına varmalarını sağlayabilecek ve bu davranışların sağlıklı bir biçimde yok edilmesini öğretebilecek en uygun ortam okullardır (97). Kendine zarar verme ve saldırganlık davranışlarının azaltılması ya da yok edilmesi için okul sağlığı hemşiresi ve rehber öğretmen iş birliği yapmalı, ergenlere yönelik yaralayıcı olmayan alternatifler ortaya koymalı ve uygulanmalıdır. Ergenlerin iç çatışmalarını aktarabileceği yöntemler, duygu ve düşüncelerini değiştirme noktasında ve hislerini ifade etme konusunda faydalıdır (78,79). Böylece ergenin kendine ait sakinleşme yöntemi bulması sağlanacaktır (77). Ergenlere ve ailelerine okul sağlığı hemşiresi ve

rehberlik öğretmeninin işbirliği ile farkındalık eğitimi, öfke/stresle başetme eğitimi, psiko-eğitim (98) akran ve aile terapileri düzenlenebilir. Kendine zarar verme ve saldırganlık davranışlarına aile faktörünün de büyük etkisi olması nedeniyle toplum sağlığı hemşiresi, ailelere ergenlik dönem özelliklerine ilişkin eğitim vermeli ve riskli olan aileleri yakından izlemelidir.

Tip 1 DM, ergenin kendini akran grubundan farklı hissetmesine sebep olarak benlik saygısını olumsuz etkileyerek, kendine zarar verme ve saldırganlık davranışlarına yol açabilecektir. Bu nedenle hemşire kronik bir hastalık olan Tip 1 DM'li ergene yönelik girişimlerinde, DM'nin çocuğun hayatına olan etkisini çok boyutlu değerlendirmelidir. Bu aşamada ergenin duygularının ve hastalığın onun için ifade ettiği anlamın belirlenmesi önemlidir. Ergenin tedaviyi etkin yönetmesi ve kendisiyle barışık olması KZVD'yi ve saldırganlık davranışını etkileyecektir. Ergenin tedaviye uyumunun sağlanması, benlik kavramının güçlendirilmesi, etkili problem çözme becerilerinin öğretilmesi, sosyal destek kaynaklarının (aile, arkadaş, öğretmen… v.b) etkili bir şekilde harekete geçirilmesi gerekmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Çalışma, Tip 1 diyabetli ve sağlıklı ergenlerde (15-18 yaş) saldırganlık ve kendine zarar verme davranışlarını belirlemek ve karşılaştırmak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER ve ÖZELLİKLERİ

Çalışma, Tip 1 DM'li ergenler için Erciyes Üniversitesi Fevzi Mercan-Mustafa Eraslan Çocuk Hastanesi Çocuk Endokrinoloji Polikliniği'nde izlenen 15-18 yaş Tip 1 DM'li ergenler ile yapılmıştır. Erciyes Üniversitesi Fevzi Mercan-Mustafa Eraslan Çocuk Hastanesi bir bölge hastanesi olup; Niğde, Nevşehir, Kırşehir, Maraş, Yozgat gibi çevre illerden gelen hastalara da hizmet vermektedir. Çocuk Endokrinoloji Polikliniği'nde 8.00- 17.00 saatleri arasında 1 öğretim üyesi, 1 uzman, 2 asistan ve 2 intern doktor, 3 hemşire çalışmaktadır. Hemşireler çocukların boy ve ağırlık izlemini yapmakta, tanı testlerine yardımcı olmakta, çocuk ve ailelere Tip 1 DM yönetimine ilişkin eğitim vermektedirler. İzlemde olan hastalar klinik durumlarına göre, ayda veya 3 ayda bir kontrollere çağrılmaktadır. Çocuk Endokrinoloji Polikliniği'nde DM'li çocukların muayene ve kontrolleri pazartesi günleri yapılmaktadır.

Tip 1 DM'li ergenlerin saldırganlık ve kendine zarar verme davranışlarını karşılaştırmak amacıyla seçilen sağlıklı ergenler, T.C Milli Eğitim Bakanlığı'na (MEB) bağlı Kayseri Talas Lisesi'nden seçilmiştir. Kayseri Talas Lisesi'nde 2012-2013 eğitim öğretim yılında kayıtlı 1302 öğrenci, devam eden 1100 öğrenci bulunmaktaydı. 14 şubeden oluşan 9. sınıflar toplamda 477, 8 şubeden oluşan 10. sınıflar toplamda 289, 8 şubeden

oluşan 11. sınıflar toplamda 261 öğrenci, 8 şubeden oluşan 12. sınıflar ise toplamda 275 öğrenciden oluşmaktadır. Okulda 1 müdür, 1 müdür başyardımcısı, 3 müdür yardımcısı, 60 öğretmen görev yapmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN ve ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini 2012 yılında Erciyes Üniversitesi Fevzi Mercan-Mustafa Eraslan Çocuk Hastanesi Çocuk Endokrinoloji Polikliniği'nde izlenen 15-18 yaş grubu Tip 1 DM'li 68 ergen ve 2012-2013 Eğitim-Öğretim yılında Kayseri Talas Lisesi'nde öğrenim gören 15-18 yaş grubu 1100 sağlıklı ergen oluşturmuştur.

Çalışmada evreni oluşturan Tip 1 DM'li ergenlerin tamamının örnekleme alınması planlanmıştır. Çalışmanın örneklemini, Tip 1 DM'li ergen için Mart-Temmuz 2013 tarihleri arasında, Çocuk Endokrin Polikliniği'ne başvuran ve araştırma kriterlerine uyan 68 ergenden çalışmaya katılmayı kabul eden 60 ergen oluşturmuştur.

Sağlıklı grup için ise 2012-2013 Eğitim-Öğretim yılında Kayseri Talas Lisesi'nde öğrenim gören ve çalışma kriterlerine uyan ergenlerden çalışmaya katılmayı kabul eden 319 ergen çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışmanın sonunda güç analizi yapılarak örneklem sayısının yeterliliğine karar verilmiştir.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

-En az 1 yıldır Tip 1 DM tanısı ile izlenen ve başka bir kronik hastalığı olmayan,

-Çalışmaya katılmak için kendisi ve ebeveyninin onam verdiği 15-18 yaş grubundaki Tip 1 DM'li ergenler çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

Sağlıklı ergenlerde çalışmaya katılma kriteri olarak;

-Kendisi ve ebeveyninin onam verdiği,

-Herhangi bir kronik hastalığı olmayan 15-18 yaş grubunda ergen olma kriterleri dikkate alınmıştır.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler Mart-Temmuz 2013 tarihleri arasında Çocuk Endokrin Polikliniği'ne başvuran Tip 1 DM'li ergenler ve 2012-2013 Eğitim-Öğretim yılında Kayseri Talas Lisesi'nde öğrenim gören ve çalışma kriterlerine uyan ergenler ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Çalışmada Sağlıklı Ergenler için Tanıtıcı Özellikler Anket Formu (Ek-2),

Tip 1 DM'li Ergenler için Tanıtıcı Özellikler Anket Formu (Ek-3),Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) (Ek-4), Saldırganlık Ölçeği (SÖ) (Ek-5) ile veriler toplanmıştır.

3.4.1. Ön Uygulama

Çalışmada kullanılan veri toplama formlarının anlaşılırlığını değerlendirmek amacıyla araştırma örneklemine dahil edilmeyen 5 sağlıklı ve 5 Tip 1 DM'li ergen ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucuna göre anket formlarında gerekli düzeltmeler yapılarak anket formlarına son hali verilmiştir.

3.4.2. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

1. Sağlıklı Ergenler için Tanıtıcı Özellikler Anket Formu (Ek-2)

Bu form yaş, cinsiyet, öğrenim durumu ve aile tipi gibi tanıtıcı özelliklere ilişkin sorulardan oluşturulmuştur.

2. Tip 1 DM'li Ergenler için Tanıtıcı Özellikler Anket Formu (Ek-3)

Bu form yaş, cinsiyet, öğrenim durumu ve aile tipi gibi tanıtıcı özellikler ile Tip 1 DM ve hastalık yönetimine ilişkin sorulardan oluşturulmuştur.

3. Saldırganlık Ölçeği (Aggression Questionnaire-Ek-5)

Buss ve Perry tarafından 1992 yılında geliştirilen, Buss ve Warren tarafından 2000 yılında güncellenen ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2002'de Can tarafından yapılmış ve cronbach α katsayısı ölçeğin tamamı için r=0.913 olarak bulunmuştur. Ölçek, 34 madde ve fiziksel saldırganlık, sözel saldırganlık, öfke, düşmanlık ve dolaylı saldırganlık olmak üzere 5 alt ölçekten oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir (99,100). Ölçekten alınan puanlardan 58 puan ve aşağısı düşük, 59-110 puan normal, 111 puan ve üzeri yüksek saldırganlık düzeyini göstermektedir (99,100). Fiziksel saldırganlık kadın ve erkekte ayrı değerlendirilmekte, ölçek puan hesaplamasında 9-18 yaş çocuklar için olan çizelge kullanılmıştır. Ülkemizde lise öğrencileri ile yapılan birçok çalışmada kullanılan (11,68,99,100) ölçeğin bu çalışmada cronbach α katsayısı ölçeğin tamamı için r= 0.907 olarak bulunmuştur.

4. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (Inventory of StatementsAbout Self-Injury (ISAS) (Ek-4)

Klonsky ve Glenn tarafından 2009 yılında geliştirilen KZVDDE, iki bölümden oluşan bir ölçektir. İlk bölümde (Davranışlar), "kasıtlı olarak yapılan ve intihar amacı taşımayan" 12 çeşit KZVD'nin yaşam boyu sıklığı sorgulanır. Kendini kesme, kendini ısırma, cilde harf/şekil kazıma, yakma, çimdikleme, saç kopartma, tırnaklama, kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma, yara iyileşmesine engel olma, cildi sert bir yere sürtme, kendine iğne batırma, tehlikeli/zararlı madde içme/yutma sorgulanan davranışlardır. Bu bölümde katılımcılara, her davranışı kaç kez gerçekleştirdiği sorulur. Ayrıca beş ek soru ile bu davranışların tanımlayıcı ve yapısal özellikleri araştırılır. Envanterin ikinci bölümünde (İşlevler) toplam 39 soru ile iki ayrı boyut altında (Otonom ve Sosyal işlevler) 13 KZVD'nin işlevi sorgulanır. Otonom işlevler 5 alt boyuttan oluşmaktadır: Afektregülasyonu/affectregulation (örnek madde: Kendimi sakinleşmiş hissederim.), özkıyımı önleme/anti-suicide (örnek madde: İntihar girişimi dürtümden kaçınmış olurum.), sıkıntıyı etiketleme/markingdistress (örnek madde: Kendimi berbat hissettiğime dair bir işaret bırakmış olurum.), kendini cezalandırma/self-punishment (örnek madde: Değersiz veya akılsızlığımdan dolayı kendime duyduğum öfkeyi göstermiş olurum.) ve çözülmeyi önleme/ anti-dissociation (örnek madde: Uyuşukluk hissinden kurtulmak için acı oluşturmuş olurum.). Sosyal işlevler ise 8 alt boyuttan oluşmaktadır: Kişiler arası sınırlar/interpersonalboundaries (örnek madde: Kendim ve başkaları arasında sınır çizmiş olurum.), kişiler arası etkileşim/interpersonalinfluence, (örnek madde: Başkalarının, hissettiğim duygusal acının boyutunu anlamalarını sağlamış olurum.), intikam alma/revenge (örnek madde: Birisinden hıncımı çıkartmış olurum.), heyecan arama/sensationseeking (örnek madde: Heyecan ve coşku yaratan bir şey yapmış olurum.), akranlarla bağ kurma/ peerbounding (örnek madde: Başkalarına uyum sağlamış olurum.), dayanıklılık/toughness (örnek madde: Acıya dayanıklılığımı görmüş olurum.), özerklik/autonomy (örnek madde: Başkalarının yardımına bel bağlamadığımı göstermiş olurum.) ve kendiyle ilgilenme/self-care (örnek madde: Duygusal stresime kıyasla baş etmesi daha kolay olan bir fiziksel yara yaratmış olurum). Otonom ve Sosyal İşlevlere ilişkin her alt boyut puanı toplanarak Sosyal (0-48 puan) ve Otonom (0-30 puan) İşlevler puan ortalaması elde edilir. Otonom ve Sosyal İşlevlerin alt boyutlarında yer alan her işlev, 3 soru ile değerlendirilir ve her soru 0-2 puan (hiç uygun değil-çok uygun) olmak üzere 3 dereceli

bir ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. Ayrıca envanterin tüm maddelerinin toplanması ile KZVDDE İşlevler (0-78 puan) toplam puan ortalaması elde edilmektedir. Bildik ve arkadaşları ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını 2012 yılında 529 lise öğrencisi üzerinde yapmışlardır. KZVDDE Davranışlar Bölümü için cronbach α katsayısı= 0.79; İşlevler Bölümü için cronbach α katsayısı== 0.93 (Otonom işlevler için α= 0.81 ve Sosyal İşlevler için α= 0.86) olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada KZVDDE İşlevler Bölümü cronbach α katsayısı=0.93 (Otonom İşlevler için alpha=0.85, Sosyal İşlevler için cronbach α=0.91) olarak bulunmuştur. KZVDDE puan ortalaması artması, patolojik özelliklerin ve risklerin arttığını göstermektedir (4).

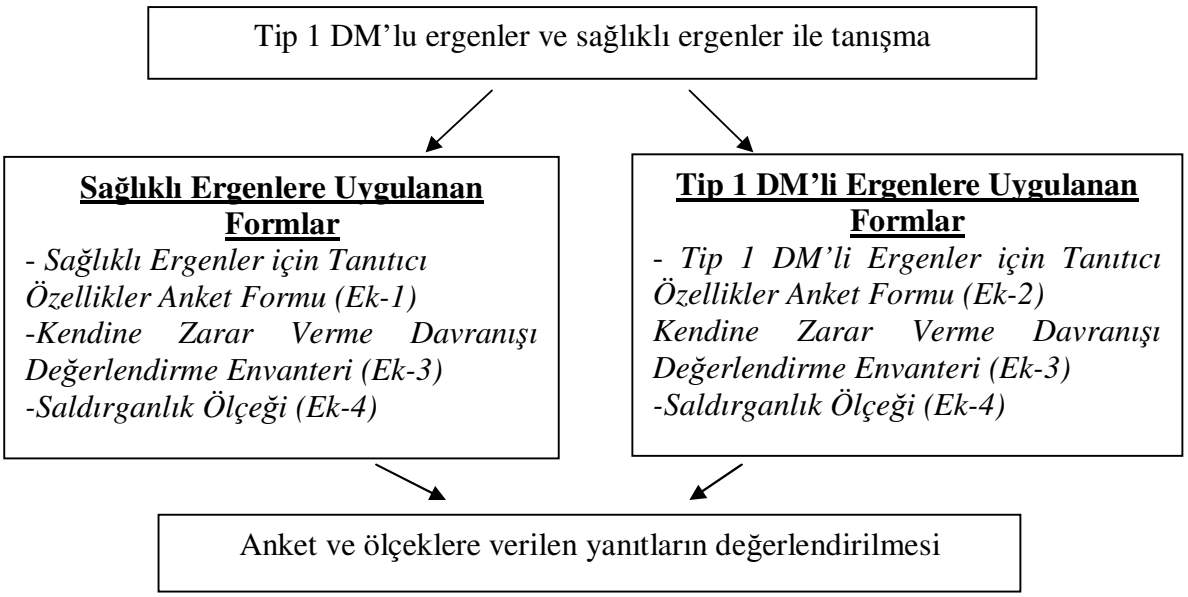
Bu çalışmada, KZVDDE'nin Bölüm 1'de yer alan davranışlardan "kendine iğne batırma" davranışı, Tip 1 DM'li ergenlere "insülin enjeksiyonu dışında kendine iğne batırma" davranışı olarak sorulmuştur.

3.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler: Çalışmaya katılan ergenlerin Kendine Zarar Verme ve Saldırganlık Ölçeği puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: Ergenlerin tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu…) ve Tip 1 DM'li ergenlerin hastalığa ilişkin özellikleri, araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

ARAŞTIRMANIN AKIŞ ŞEMASI



3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan ve kurumlardan (Çocuk Hastanesi ve Talas Lisesi) çalışmanın yapılabilmesi için yazılı izin alınmıştır. Çalışmanın amacı açıklanıp sözel onamları alınarak, çalışmaya katılan ergenlere ve ergenlerin bir ebeveynine Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek-1) imzalatılmıştır.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Shapiro-Wilk, student t, Mann-Whitney U, Ki-kare, Spearman korelasyon testleri uygulanmıştır.

ÇALIŞMA PLANI:

Aralık 2012 –Ocak 2013: Literatür tarama

25 Ocak 2013: Tez önerisi sunumu

Ocak-Şubat 2013: Etik kurul onayı ve kurum izni alma

Şubat 2013-Haziran 2013: Verilerin toplanması

Haziran- Ağustos 2013:Verilerin analizi ve değerlendirilmesi

Eylül 2013- Ocak 2014:Tezin yazılması

Eylül 2013- Ocak 2014:Tezin sunulması

ÇALIŞMA TAKVİMİ:

YAPILAN ÇALIŞMALAR	Aralık 2012 – Ocak 2013	25 Ocak 2013	Ocak-Şubat 2013	Şubat 2013- Haziran 2013	Haziran- Ağustos 2013	Eylül- Aralık 2013
Literatür tarama	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**x**
Tez önerisi sunumu		**x**				
Etik kurul onayı ve Kurum izni alınması.			**x**			
Verilerin toplanması				**x**		
Verilerin analizi ve değerlendirmesi					**x**	
Tezin yazılması						**x**
Tezin sunumu						

4. BULGULAR

Bu bölümde Tip 1 DM'li ve sağlıklı ergenlerde saldırganlık ve kendine zarar verme davranışlarını belirlemek amacı ile yapılan çalışmadan elde edilen veriler iki başlık altında incelenmiştir.

4.1. Tip 1 DM'li ve sağlıklı ergenlerin tanıtıcı özellikleri

4.2. Tip 1 DM'li ve sağlıklı ergenlerde saldırganlık ve kendine zarar verme davranışları

4.1. TİP 1 DM'Lİ VE SAĞLIKLI ERGENLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ

Tablo 4.1. Tip 1 DM'li ve Sağlıklı Ergenlerin Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Tip 1 DM'li Ergenler		Sağlıklı Ergenler		TEST
	S	%	S	%	
Yaş (yıl)					
15	18	**30.0**	76	23.8	
16	17	28.3	80	25.1	t=1.913
17	13	21.7	82	**25.7**	p=0.596
18	12	20.0	81	25.4	
Cinsiyet					
Kız	30	50.0	165	**51.7**	$\chi 2$=0.060
Erkek	30	50.0	154	48.3	p=0.888
Öğrenim Gördüğü Sınıf					
8. sınıf	3	5.0	-	-	
9. sınıf	14	23.3	112	**35.1**	
10. sınıf	16	**26.7**	70	21.9	**$\chi 2$=58.154**
11. sınıf	10	16.7	88	27.6	**p=0.000**
12. sınıf	10	16.7	49	15.4	
Okulu bırakan	7	11.7	-	-	
Aile Tipi					
Çekirdek	45	**75.0**	242	**75.9**	
Geniş	13	21.7	55	17.2	$\chi 2$=1.569
Parçalanmış	2	3.3	22	6.9	p=0.462
Kardeş Sayısı					
Tek çocuk	1	1.7	12	3.8	
1-2 kardeş	44	**73.3**	225	**70.5**	$\chi 2$=0.712
3 kardeş ve üzeri	15	25.0	82	25.7	p=0.716
Gelir Düzeyi					
Düşük	3	5.0	30	9.4	
Orta	55	**91.7**	270	**84.6**	$\chi 2$=2.043
Yüksek	2	3.3	19	6.0	p=0.404
Çalışma Durumu					
Çalışan	8	13.3	17	5.3	**$\chi 2$=5.251**
Çalışmayan	52	**86.7**	302	**94.7**	**p=0.029**
Stres Yaşama Durumu					
Yaşayan	26	43.3	163	**51.1**	$\chi 2$=1.218
Yaşamayan	34	**56.7**	156	48.9	p=0.325
TOPLAM	**60**	**100.0**	**319**	**100.0**	

Tablo 4.1'de Tip 1 DM'li ve sağlıklı ergenlerin tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Çalışmaya katılan Tip 1 DM'li ergenlerin %30.0'ının 15, sağlıklı ergenlerin %25.7'sinin 17 yaşında, DM'li ergenlerin %50.0'ının, sağlıklı ergenlerin %51.7'sinin kız, DM'li ergenlerin %26.7'sinin 10. sınıf, sağlıklı ergenlerin ise %35.1'inin 9.sınıf öğrencisi (p<0.05) olduğu belirlenmiştir. DM'li ergenlerin %75.0'ının, sağlıklı ergenlerin ise %75.9'unun çekirdek aileye ve DM'li ergenlerin %73.3'ünün, sağlıklı ergenlerin

%70.5'inin 1-2 kardeşe sahip olduğu saptanmıştır. DM'li ergenlerin %91.7'si, sağlıklı ergenlerin %84.6'sı orta gelir düzeyine sahip olduklarını; DM'li ergenlerin %86.7'si, sağlıklı ergenlerin %94.7'si herhangi bir işte çalışmadıklarını (p<0.05) belirtmişlerdir. DM'li ergenlerin %56.7'si son bir yıl içinde strese sokan bir olay/durum yaşamadıklarını ifade ederken, sağlıklı ergenlerin %51.1'i son bir yıl içinde strese sokan bir olay/durum yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Tip 1 DM'li ve Sağlıklı Ergenlerin Aile ve Arkadaş İlişkileri

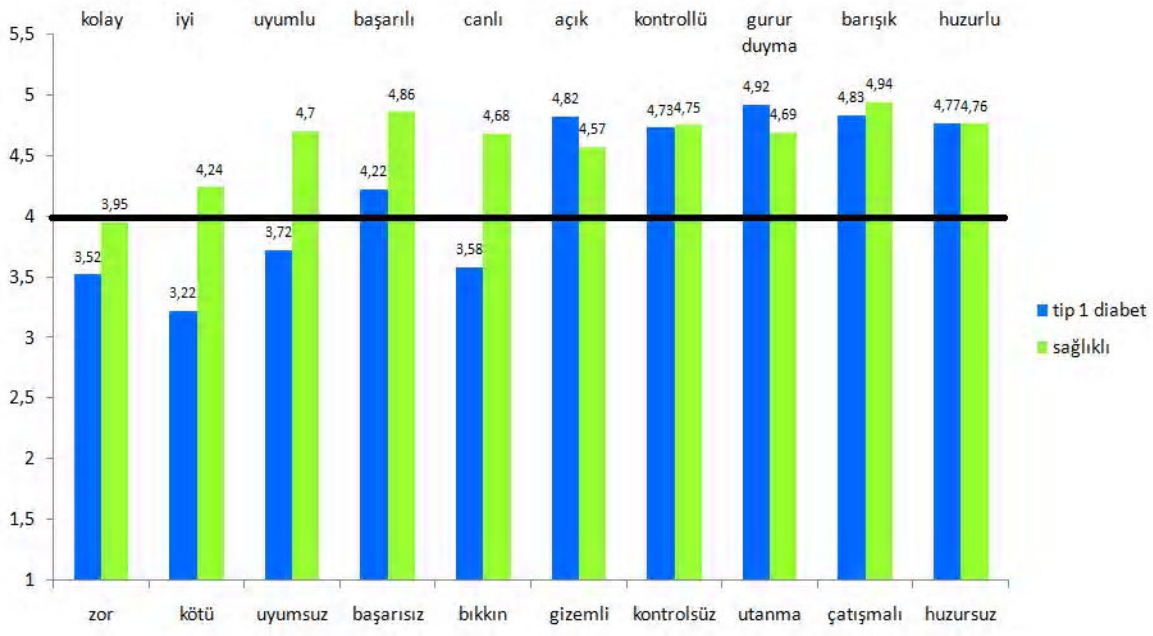
Aile ve Arkadaş İlişkileri	**Tip 1 DM'li Ergenler**		**Sağlıklı Ergenler**		**TEST**
	S	**%**	**S**	**%**	
Anne ile İlişkinin Etkilenme Durumu					
Kötü	12	20.0	272	**85.3**	**χ^2=114.530**
İyi	48	**80.0**	47	14.7	**p=0.000**
Baba ile İlişkinin Etkilenme Durumu					
Kötü	11	18.3	260	**81.5**	**χ^2=98.907**
İyi	49	**81.7**	59	18.5	**p=0.000**
Kardeşler ile İlişkinin Etkilenme Durumu					
Kötü	10	16.7	261	**81.8**	**χ^2=105.205**
İyi	50	**83.3**	58	18.2	**p=0.000**
Arkadaşlar ile İlişkinin Etkilenme Durumu					
Kötü	8	13.3	-	-	**χ^2=43.450**
İyi	52	**86.7**	319	**100.0**	**p=0.000**
TOPLAM	**60**	**100.0**	**319**	**100.0**	

Tip 1 DM'li ve sağlıklı ergenlerin aile ve arkadaş ilişkileri Tablo 4.2'de görülmektedir. Tip 1 DM'li ergenlerin %80.0'ı anneleri, %81.7'si babaları ve %83.3'ü kardeşleri ile ilişkilerinin iyi olduğunu belirtirken, sağlıklı ergenlerin %85.3'ü anneleri, %81.5'i babaları ve %81.8'i kardeşleri ile ilişkilerinin kötü olduğunu belirtmişlerdir (hepsi için p<0.05). Çalışmaya katılan ergenlerin arkadaş ilişkileri incelendiğinde; Tip 1 DM'li ergenlerin %86.7'sinin, sağlıklı ergenlerin tamamının arkadaşları ile ilişkilerinin iyi olduğu saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Tip 1 DM'li ve Sağlıklı Ergenlerin Anlam Fark Ölçeği'ne Göre Kendi Yaşamlarını Değerlendirme Durumları

Anlam Fark Ölçeği	Tip 1 DM'li Ergenler		Sağlıklı Ergenler		Test
	Mean±SD	Median (Min-Max)	Mean±SD	Median (Min-Max)	
Zor-Kolay	3.52±1.97	4.0(1.0-7.0)	**3.95±1.87**	4.0(1.0-7.0)	*U*=8502.00 *p*=0.160
Kötü-İyi	3.22±1.78	3.0(1.0-7.0)	**4.24±1.78**	4.0(1.0-7.0)	***U*=6685.00 *p*=0.000**
Uyumsuz-Uyumlu	3.72±1.98	4.0(1.0-7.0)	**4.70±1.62**	5.0(1.0-7.0)	***U*=6982.50 p=0.001**
Başarısız-Başarılı	4.22±1.73	4.0(1.0-7.0)	**4.86±1.73**	5.0(1.0-7.0)	***U*=7641.50 *p*=0.012**
Bıkkın-Canlı	3.58±2.30	3.0(1.0-7.0)	**4.68±1.97**	5.0(1.0-7.0)	***U*=6878.50 *p*=0.000**
Gizemli-Açık	**4.82±2.31**	6.0(1.0-7.0)	4.57±2.00	5.0(1.0-7.0)	*U*=8599.50 *p*=0.205
Kontrolsüz-Kontrollü	4.73±1.79	5.0(1.0-7.0)	**4.75±1.85**	5.0(1.0-7.0)	*U*=9438.00 *p*=0.863
Utanma-Gurur Duyma	**4.92±1.92**	5.5(1.0-7.0)	4.69±1.90	5.0(1.0-7.0)	*U*=8818.00 *p*=0.326
Çatışmalı-Barışık	4.83±2.12	6.0(1.0-7.0)	**4.94±1.83**	5.0(1.0-7.0)	*U*=9505.50 *p*=0.933
Huzursuz-Huzurlu	**4.77±2.01**	5.5(1.0-7.0)	4.76±1.83	5.0(1.0-7.0)	*U*=9343.00 *p*=0.766

Tablo 4.3'de Tip 1 DM'li ve sağlıklı ergenlerin Anlam Fark Ölçeği'ne göre kendi yaşamlarını değerlendirme durumları yer almaktadır. Çalışmaya katılan sağlıklı ergenlerin DM'li ergenlere göre kendi yaşamlarını daha kolay, iyi (p<0.05), uyumlu (p<0.05), başarılı (p<0.05), canlı (p<0.05), kontrollü ve barışık olarak ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 4.3).

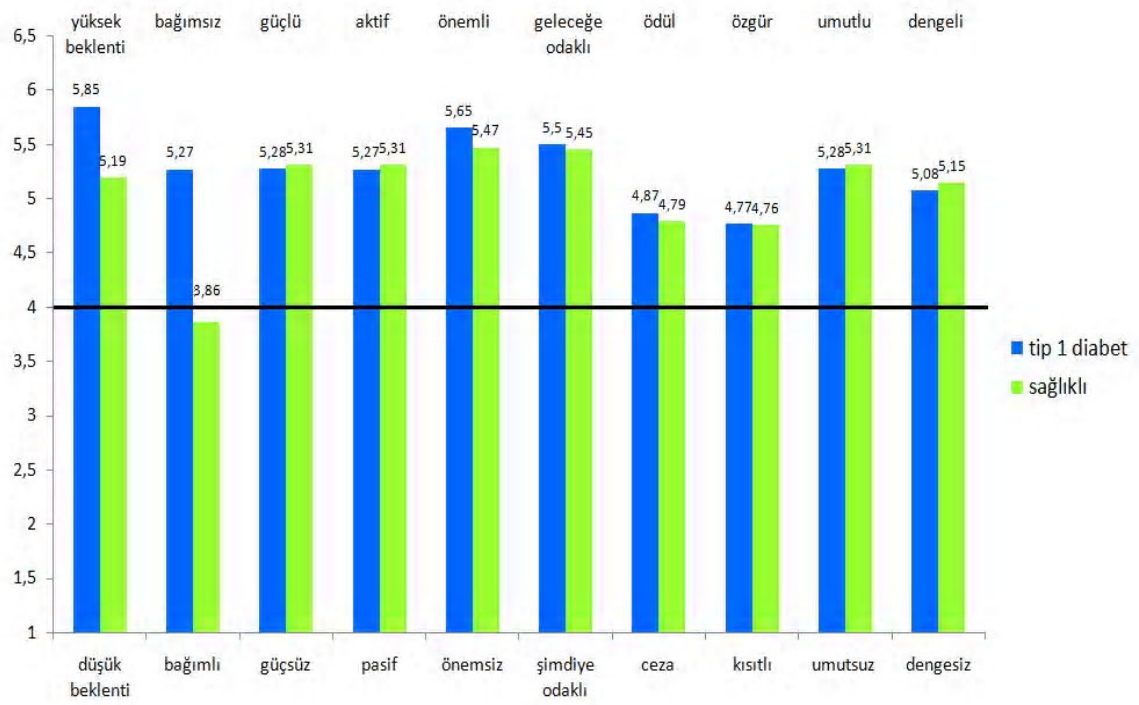


Grafik 1. Tip 1 DM'li ve Sağlıklı Ergenlerin Anlam Fark Ölçeği'ne Göre Kendi Yaşamlarını Değerlendirme Durumları

Tablo 4.4. Tip 1 DM'li ve Sağlıklı Ergenlerin Anlam Fark Ölçeği'ne Göre Kendi Yaşamlarına İlişkin Duyguları

Anlam Fark Ölçeği	Tip 1 DM'li Ergenler		Sağlıklı Ergenler		Test
	Mean±SD	Median (Min-Max)	Mean±SD	Median (Min-Max)	
Düşük beklenti-Yüksek beklenti	**5.85±1.69**	7.0(1.0-7.0)	5.19±1.55	5.0(1.0-7.0)	***U*=6742.50 *p*=0.000**
Bağımlı-Bağımsız	**5.27±2.16**	6.0(1.0-7.0)	3.86±2.02	4.0(1.0-7.0)	***U*=5770.00 *p*=0.000**
Güçsüz-Güçlü	5.28±1.82	6.0(1.0-7.0)	**5.31±1.56**	6.0(1.0-7.0)	*U*=9330.50 *p*=0.752
Pasif-Aktif	5.27±1.91	6.0(1.0-7.0)	**5.31±1.60**	6.0(1.0-7.0)	*U*=9237.00 *p*=0.661
Önemsiz-Önemli	**5.65±1.74**	6.0(1.0-7.0)	5.47±1.58	6.0(1.0-7.0)	*U*=8715.50 *p*=0.271
Şimdiye odaklı-Geleceğe odaklı	**5.50±2.04**	7.0(1.0-7.0)	5.45±1.73	6.0(1.0-7.0)	*U*=8826.00 *p*=0.318
Ceza-Ödül	**4.87±2.06**	5.5(1.0-7.0)	4.79±1.72	5.0(1.0-7.0)	*U*=8968.50 *p*=0.431
Kısıtlı-Özgür	**4.77±2.33**	6.0(1.0-7.0)	4.76±1.79	5.0(1.0-7.0)	*U*=9023.00 *p*=0.475
Umutsuz-Umutlu	5.28±2.03	6.0(1.0-7.0)	**5.31±1.70**	6.0(1.0-7.0)	*U*=9261.50 *p*=0.682
Dengesiz- Dengeli	5.08±2.03	6.0(1.0-7.0)	**5.15±1.80**	5.0(1.0-7.0)	*U*=9528.50 *p*=0.956

Tip 1 DM'li ve sağlıklı ergenlerin Anlam Fark Ölçeği'ne göre kendi yaşamlarına ilişkin duyguları Tablo 4.4'de görülmektedir. Çalışmaya katılan sağlıklı ergenlerin DM'li ergenlere göre kendi yaşamlarına ilişkin duygularını daha güçlü, aktif, umutlu ve dengeli olarak ifade ettikleri saptanmıştır. DM'li ergenlerin sağlıklı ergenlere göre kendi yaşamlarına ilişkin duygularını daha yüksek beklentili (p<0.05), bağımsız (p<0.05), önemli, geleceğe odaklı, ödüllü ve özgür olarak nitelendirdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.4).



Grafik 2. Tip 1 DM'li ve Sağlıklı Ergenlerin Anlam Fark Ölçeği'ne Göre Kendi Yaşamlarına İlişkin Duyguları

Tablo 4.5. Tip 1 DM'li Ergenlerin Hastalık Öykülerine İlişkin Özellikleri

Hastalık Öyküsüne İlişkin Özellikler	**S**	**%**
Tanı Süresi		
1-4 yıl	24	40.0
5 yıl ve üzeri	36	**60.0**
İnsülin Kullanma Süresi		
1-4 yıl	24	40.0
5 yıl ve üzeri	36	**60.0**
Kullanılan Beslenme Modeli		
Ara ve ana öğün	57	**95.0**
Karbonhidrat sayımı	3	5.0
İnsülini Yapan Kişi		
Kendisi	46	**76.7**
Annesi ve kendisi	14	23.3
Kan Şekeri Ölçüm Sıklığı		
Hiç	6	10.0
1 kez/gün	10	16.7
2 kez/gün	17	28.3
3 kez/gün ve üzeri	22	**36.7**
Diğer	5	8.3
Poliklinik Kontrolüne Birlikte Geldiği Kişi		
Kendisi	14	23.3
Annesi	31	**51.7**
Babası	7	11.7
Diğer	8	13.3
Diyabet Eğitimi Alma Durumu		
Alan	57	**95.0**
Almayan	3	5.0
Eğitim Aldığı Kişi (n=57)		
Hemşire	43	**75.4**
Doktor	3	5.3
Hemşire+doktor	7	12.3
Hastane	2	3.5
Diyetisyen	2	3.5
Hipoglisemi Nedeniyle Hastane Yatışı		
Olan	3	6.7
Olmayan	57	**93.3**
Hiperglisemi Nedeniyle Hastane Yatışı		
Olan	7	11.7
Olmayan	53	**88.3**
Ketoasidoz Nedeniyle Hastane Yatışı		
Olan	7	11.7
Olmayan	53	**88.3**
HbA1c Düzeyi*		
İyi (7.5'in altı)	21	35.0
Kötü (7.5'in üstü)	39	**65.0**
Tip 1 DM Nedeniyle Okul Yaşantısının Etkilenme Durumu		
Etkilenen	25	41.7
Etkilenmeyen	35	**58.3**
Tip 1 DM Nedeniyle Sosyal Yaşantının Etkilenme Durumu		
Etkilenen	25	41.7
Etkilenmeyen	35	**58.3**
TOPLAM	**60**	**100.0**

**ADA 2013 HbA1c kriterlerine göre değerlendirilmiştir.*

Tablo 4.5'de Tip 1 DM'li ergenlerin hastalık öykülerine ilişkin özellikleri yer almaktadır. Çalışmaya katılan DM'li ergenlerin %60.0'ının tanı ve insülin kullanma süresinin 5 yıl ve üzeri olduğu, %95.0'ının ara ve ana öğün şeklinde beslendikleri belirlenmiştir. Tip 1 DM'li ergenlerin tamamının kalem enjeksiyon ile insulin yaptığı, hızlı etkili (Apidra, Humulog, Novorapid) ve uzun etkili (Lantus, Levemir) insülin kullandığı, %76.7'sinin insulin tedavisini kendisi yaptığı saptanmıştır. DM'li ergenlerin %36.7'sinin kan şekerini 3 kez/gün ve üzeri ölçtüğü, tamamının 3 ayda bir, %51.7'sinin annesi ile birlikte poliklinik kontrolüne geldiği belirlenmiştir. Tip 1 DM'li ergenlerin %95.0'ı diyabete ilişkin eğitim aldıklarını, %75.4'ü bu eğitimi hemşireden aldıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.5).

Çalışmaya katılan DM'li ergenlerin %6.7'si hipoglisemi, %11.7'si hiperglisemi ve ketoasidoz nedeniyle son bir yıl içinde hastanede yattıklarını belirtmişlerdir. En son bakılan HbA1c düzeyine göre çalışmaya katılan DM'li ergenlerin %35.0'ının metabolik kontrolünün iyi olduğu belirlenmiştir. DM'li ergenlerin %58.3'ü Tip 1 DM ve tedavisi nedeniyle okul ve sosyal yaşantısının etkilenmediğini ifade etmişlerdir (Tablo 4.5)

Tip 1 DM'li ergenlerin hastalık yönetimine ilişkin özellikleri ve davranışları Tablo 4.6'da yer almaktadır. DM'li ergenlerin %16.7'si tedavi programının kendisine uygun olmadığını ve bunların %70.0'ı tedavi programına uymayı istemediklerini belirtmişlerdir. Tip 1 DM'li ergenlerin %56.7'si düzenli egzersiz programına ve diyetlerine uymadıklarını ve okul nedeniyle egzersiz ve diyet programına zaman ayıramadıklarını (%67.64'si egzersiz, %54.3'ü diyet) ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılan DM'li ergenlerin %11.7'si çoğunlukla okul ve unutkanlık nedeniyle insülinini düzenli yapmadıklarını belirtmişlerdir. DM'li ergenlerin %64.7'sinin fazla yeme, %33.3'ünün hiç/fazla/az egzersiz yapma, %60.0'ının ise fazla doz insülin yapma gibi davranışlarla Tip 1 DM tedavisine uymadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Tip 1 DM'li Ergenlerin Hastalık Yönetimine İlişkin Özellikleri ve Davranışları

Hastalık Yönetimine İlişkin Özellikler ve Davranışlar	**S**	**%**
Tedavi Programının Ergene Uygun Olma Durumu		
Uygun	50	**83.3**
Uygun değil	10	16.7
Tedavi Programının Uymama Nedeni(n=10)		
Canı istemeyen	7	**70.0**
Diğer(Ekonomik, unutma)	3	30.0
Düzenli Egzersiz Programına Uyma Durumu		
Uyan	26	43.3
Uymayan	34	**56.7**
Düzenli Egzersiz Programına Uymama Nedeni(n=34)		
Canı istemeyen	7	20.58
Okuldan dolayı vakit bulamayan	23	**67.64**
Sevmeyen	3	8.82
Cevap vermeyen	1	2.94
Diyetine Uyma Durumu		
Uyan	26	43.3
Uymayan	34	**56.7**
Diyetine Uymama Nedeni (n=34)*		
Doymayan	14	40.0
Okuldan dolayı yapmayan	19	**54.3**
Ailesine kızınca yiyen	2	5.7
İnsülini Düzenli Yapma Durumu		
Yapan	53	**88.3**
Yapmayan	7	11.7
İnsülini Düzenli Yapmama Nedeni (n=7)		
Canı istemeyen	1	14.3
Okuldan dolayı yapmayan	3	**42.9**
Unutan	3	**42.9**
Diyete İlişkin Uymayan Davranışlar (n=34)*		
Öğün atlama	10	29.41
Fazla yeme	22	**64.70**
Öğün atlama+fazla yeme	12	35.29
Az yeme	2	5.88
Egzersize İlişkin Uymayan Davranışlar (n=15)		
Fazla egzersiz yapma	5	33.3
Az egzersiz yapma	5	**33.3**
Hiç egzersiz yapmama	5	33.3
İnsülin Tedavisine İlişkin Uymayan Davranışlar (n=20)		
Fazla doz yapma	12	**60.0**
Doz atlama	7	35.0
Fazla doz yapma+doz atlama	1	5.0
TOPLAM	**60**	**100.0**

**Birden fazla cevap verildiği için toplam denek sayısı üzerinden yüzde dağılımı hesaplanmıştır.*

4.2. TİP 1 DM'Lİ VE SAĞLIKLI ERGENLERDE SALDIRGANLIK VE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞLARI

Tablo 4.7. Tip 1 DM'li ve Sağlıklı Ergenlerin Saldırganlık Ölçeği Puan Ortalamaları

SALDIRGANLIK ÖLÇEĞİ	Tip 1 DM'li Ergenler		Sağlıklı Ergenler		TEST
	Mean±SD	Median (Min-Max)	Mean±SD	Median (Min-Max)	
Fiziksel Saldırganlık	16.18±7.06	14.0(8-33)	**21.21±7.83**	20.0(8-40)	***U*=5956.00 *p*=0.000**
Sözel Saldırganlık	13.65±3.94	13.0(6-22)	**14.31±4.02**	14.0(5-25)	*U*=8501.00 *p*=0.168
Öfke	21.32±5.67	21.5(9-34)	**22.35±6.48**	22.0(8-39)	*U*=8796.00 *p*=0.320
Düşmanlık	18.32±6.44	17.5(8.35)	**20.37±5.53**	20.0(9-35)	***U*=7474.50 *p*=0.007**
Dolaylı Saldırganlık	12.55±4.48	11.0(6-24)	**14.68±4.43**	14.0(6-27)	***U*=6930.00 *p*=0.001**
Toplam Puan	82.02±20.48	81.5(42-133)	**92.93±23.23**	91.0(43-162)	***U*=7046.50 *p*=0.001**

Tablo 4.7'de Tip 1 DM'li ve sağlıklı ergenlerin Saldırganlık Ölçeği puan ortalamaları yer almaktadır. Çalışmaya katılan sağlıklı ergenlerin saldırganlık ölçeği tüm alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamalarının DM'li ergenlerden fazla olduğu ve düşmanlık, fiziksel, dolaylı saldırganlık alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Tip 1 DM'li ve Sağlıklı Ergenlerin Saldırganlık Düzeyleri

SALDIRGANLIK DÜZEYİ	Tip 1 DM'li Ergenler		Sağlıklı Ergenler		TEST
	S	%	S	%	
Düşük saldırganlık (<57 puan)	6	10.0	15	4.7	x^2=4.273 *p*=0.122
Normal saldırganlık (58-110 puan)	47	**78.3**	242	**75.9**	
Yüksek saldırganlık (111> puan)	7	11.7	62	19.4	
TOPLAM	**60**	**100.0**	**60**	**100.0**	

Tip 1 DM'li ve sağlıklı ergenlerin Saldırganlık Ölçeği'ne göre saldırganlık düzeyleri Tablo 4.8'de görülmektedir. Çalışmaya katılan DM'li ergenlerin %78.3'ünün, sağlıklı ergenlerin %75.9'unun normal saldırganlık düzeyinde olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Tip 1 DM'li ve Sağlıklı Ergenlerin KZVDDE Davranışları Yapma Durumları

KZVDDE Davranışlar		**Tip 1 DM'li Ergenler**		**Sağlıklı Ergenler**		**Test**
		S	**%**	**S**	**%**	
Kesme	Yapan	6	10.0	74	**23.2**	***χ2*=5.282**
	Yapmayan	54	90.0	245	76.8	***p*=0.024**
Isırma	Yapan	1	1.7	52	**16.3**	***χ2*=8.991**
	Yapmayan	59	98.3	267	83.7	***p*=0.004**
Yakma	Yapan	1	1.7	24	**7.5**	*χ2*=2.812
	Yapmayan	59	98.3	295	92.5	*p*=0.151
Cilde bir harf/yazı şekil kazıma	Yapan	5	8.3	89	**27.9**	***χ2*=10.366**
	Yapmayan	55	91.7	230	72.1	***p*=0.002**
Çimdikleme*	Yapan	-	-	54	**16.9**	
	Yapmayan	60	100.0	265	83.1	
Saç kopartma	Yapan	6	10.0	55	**17.2**	*χ2*=1.961
	Yapmayan	54	90.0	264	82.8	*p*=0.184
Tırnaklama*	Yapan	-	-	55	**17.2**	
	Yapmayan	60	100.0	264	82.8	
Kendini sert bir yere çarpma/kendine vurma	Yapan	17	28.3	125	**39.2**	*χ2*=2.538
	Yapmayan	43	71.7	194	60.8	*p*=0.146
Yara iyileşmesine engel olma	Yapan	17	28.3	179	**56.1**	***χ2*=15.607**
	Yapmayan	43	71.7	140	43.9	***p*=0.000**
Cildi sert bir yüzeye sürtme	Yapan	1	1.7	23	**7.2**	*χ2*=2.616
	Yapmayan	59	98.3	296	92.8	*p*=0.148
Kendine iğne batırma*	Yapan	-	-	20	**6.3**	
	Yapmayan	60	100.0	299	93.7	
Tehlikeli/zararlı madde içme/yutma	Yapan	16	26.7	128	**40.1**	*χ2*=3.883
	Yapmayan	44	73.3	191	59.9	*p*=0.059
Diğer*	Yapan	-	-	16	**5.0**	
	Yapmayan	60	100.0	303	95.0	
TOPLAM		**60**	**100.0**	**319**	**100.0**	

**Test yapılamadı.*

Tablo 4.9'da Tip 1 DM'li ve sağlıklı ergenlerin KZVDDE'nin Davranışlar Bölümü'nde yer alan ve ergenlerin kendilerine zarar vermek için yaptıkları davranışları yapma durumları görülmektedir. Sağlıklı ergenlerin kesme ($p<0.05$), ısırma ($p<0.05$), yakma, cilde bir harf/yazı şekil kazıma ($p<0.05$), çimdikleme, saç kopartma, tırnaklama, kendini sert bir yere çarpma/kendine vurma, yara iyileşmesine engel olma ($p<0.05$), cildi sert bir yüzeye sürtme, kendine iğne batırma ve tehlikeli/zararlı madde içme/yutma davranışlarını DM'li ergenlere göre daha fazla uyguladıkları belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Tip 1 DM'li ve Sağlıklı Ergenlerin KZVDDE İşlevler Bölümü Puan Ortalamaları

KZVDDE İŞLEVLER	Tip 1 DM'li Ergenler		Sağlıklı Ergenler		TEST
	Mean±SD	Median (Min-Max)	Mean±SD	Median (Min-Max)	
OTONOM İŞLEVLER					
Affekt Regülasyon	**3.05±1.76**	3.0(0-6)	2.27±1.82	2.0(0-6)	***U*=4177.00 *p*=0.013**
Kendini Cezalandırma	1.31±1.65	1.0(0-6)	**1.44±1.50**	1.0(0-6)	*U*=5154.50 *p*=0.439
Çözülmeyi Önleme	**1.68±1.71**	0(0-6)	1.29±1.56	1.0(0-6)	*U*=4801.00 *p*=0.150
Özkıyımı Önleme	1.20±1.65	0(0-6)	**1.24±1.62**	0(0-6)	*U*=5497.50 *p*=0.872
Sıkıntıyı Etiketleme	1.46±1.37	1.0(0-4)	**1.49±1.57**	1.0(0-6)	*U*=5463.00 *p*=0.830
Toplam Otonom İşlevler	**8.71±6.02**	8.0(1-23)	7.75±6.21	7.0(0-26)	*U*=4994.50 *p*=0.305
SOSYAL İŞLEVLER					
Kişilerarası Sınırlar	1.08±1.68	0(0-6)	**1.31±1.50**	1.0(0-6)	*U*=4847.00 *p*=0.175
Kendiyle İlgilenme	**1.68±1.43**	2(0-4)	1.06±1.34	1.0(0-6)	***U*=4114.00 *p*=0.007**
Heyecan Arama	**1.11±1.47**	1(0-6)	1.06±1.42	0(0-6)	*U*=5421.50 *p*=0.761
Akranlarla Bağ Kurma	0.82±1.38	0(0-5)	**0.95±1.57**	0(0-6)	*U*= 5508.50 *p*=0.881
Kişilerarası Etkileşim	**1.34±1.51**	1(0-6)	1.06±1.36	0(0-6)	*U*=4960.50 *p*=0.244
Dayanıklılık	**1.69±1.34**	2(0-4)	1.57±1.71	1.0(0-6)	*U*=5054.00 *p*=0.339
İntikam Alma	0.94±1.34	0(0-6)	**1.27±1.49**	1.0(0-6)	*U*=4835.50 *p*=0.171
Özerklik	1.03±1.52	0(0-6)	**1.08±1.43**	0(0-6)	*U*=5414.00 *p*=0.750
Toplam Sosyal İşlevler	**9.71±7.73**	7.0(0-32)	9.40±9.03	6.0(0-39)	*U*=5124.00 *p*=0.424
KZVDDE TOPLAM	**18.43±12.90**	15.0(1-50)	17.15±14.34	14.0(0-63)	*U*=5074.50 *p*=0.376

Tablo 4.10'da Tip 1 DM'li ve sağlıklı ergenlerin KZVDDE İşlevler Bölümü puan ortalamaları yer almaktadır. Tip 1 DM'li ergenlerin Otonom İşlevler alt ölçeğinde yer alan affekt regülasyon (3.05±1.76) (p<0.05), çözülmeyi önleme (1.68±1.71) ve toplam otonom işlevler (8.71±6.02) puan ortalamalarının sağlıklı ergenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan DM'li ergenlerin Sosyal İşlevler alt ölçeğinde yer alan kendiyle ilgilenme (1.68±4.43) (p<0.05), heyecan arama (1.11±1.47), kişilerarası etkileşim (1.34±1.51), dayanıklılık (1.69±1.34) ve toplam sosyal işlevler puan ortalamalarının sağlıklı ergenlerden fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca DM'li ergenlerin

KZVDDE toplam puan ortalamalarının (18.43±12.90) sağlıklı ergenlerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11'de Tip 1 DM'li ve sağlıklı ergenlerin saldırganlık düzeylerine göre KZVDDE İşlevler Bölümü puan ortalamaları verilmiştir. DM'li ergenlerin saldırganlık düzeylerine göre KZVDDE İşlevler Bölümü puan ortalamalarının sağlıklı ergenlerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hem DM'li hem de sağlıklı ergenlerden saldırganlık düzeyi yüksek olanların KZVDDE alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamalarının da yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca saldırganlık düzeyi yüksek olan DM'li ergenlerin Otonom İşlevler, Sosyal İşlevler ve KZVDDE toplam puan ortalamalarının sağlıklı ergenlerden yüksek olduğu da belirlenmiştir (4.11).

Tablo 4.11. Tip 1 DM'li ve Sağlıklı Ergenlerin Saldırganlık Düzeylerine Göre KZVDDE İşlevler Bölümü Puan Ortalamaları

SALDIRGANLIK DÜZEYİ	Otonom İşlevler			Sosyal İşlevler			Toplam KZVD		
	DM'li Ergenler	Sağlıklı Ergenler	Test	DM'li Ergenler	Sağlıklı Ergenler	Test	DM'li Ergenler	Sağlıklı Ergenler	Test
	Mean±SD *Median* *(Min-Max)*	Mean±SD *Median* *(Min-Max)*		Mean±SD *Median* *(Min-Max)*	Mean±SD *Median* *(Min-Max)*		Mean±SD *Median* *(Min-Max)*	Mean±SD *Median* *(Min-Max)*	
Düşük Saldırganlık	**4.25±4.3** 3.0(1-10)	2.93±3.89 1.0(0-11)	*U*=18.5 *p*=0.262	3.25±2.75 3.5(0-6)	**3.93±4.65** 2.0(0-13)	*U*=29.5 *p*=0.961	**7.50±6.24** 7.0(1.0-15.0)	6.86±8.24 2.0(0-24)	*U*=24.0 *p*=0.596
Normal Saldırganlık	**8.12±5.37** 8.0(1-21)	6.72±5.40 6.0(0-23)	*U*=2545.0 *p*=0.190	**9.24±7.54** 6.0(0-32)	8.43±8.33 6.0(0-34)	*U*=2659.5 *p*=0.319	**17.36±11.92** 14.0(1-50)	15.16±12.91 12.0(0-56)	*U*=2598.0 *p*=0.245
Yüksek Saldırganlık	**14.16±6.67** 11.5(7-23)	12.91±6.73 14.5(0-26)	*U*=165.5 *p*=0.665	**16.00±6.89** 14.5(10-28)	14.48±10.44 13.5(0-39)	*U*=159.0 *p*=0.576	**30.16±12.63** 25.5(18-50)	27.40±15.81 27.5(0-63)	*U*=166.5 *p*=0.681

Tablo 4.12. Tip 1 DM'li ve Sağlıklı Ergenlerin Saldırganlık ve KZVDDE Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon (pearson correlation)

	Fiziksel Saldırganlık	**Sözel Saldırganlık**	**Öfke**	**Düşmanlık**	**Dolaylı Saldırganlık**	**Toplam Saldırganlık**	**Otonom İşlevler**	**Sosyal İşlevler**	**Toplam KZVDDE**
DM'Lİ ERGENLER									
Fiziksel Saldırganlık	1.000								
Sözel Saldırganlık	.582**	1.000							
Öfke	.349**	.425**	1.000						
Düşmanlık	.351**	.387**	.585**	1.000					
Dolaylı Saldırganlık	.261*	.276*	.448**	.610**	1.000				
Toplam Saldırganlık	.688**	.660**	.781**	.822**	.665**	1.000			
Otonom İşlevler	.155	.259	.515**	.550**	.413*	.496**	1.000		
Sosyal İşlevler	.207	.346*	.474**	.371*	.374*	.452**	.757**	1.000	
Toplam KZVDDE	.202	.324	.535**	.487**	.406*	.504**	.941**	.922**	1.000
SAĞLIKLI ERGENLER									
Fiziksel Saldırganlık	1.000								
Sözel Saldırganlık	.603**	1.000							
Öfke	.674**	.610**	1.000						
Düşmanlık	.457**	.487**	.608**	1.000					
Dolaylı Saldırganlık	.612**	.463**	.527**	.429**	1.000				
Toplam Saldırganlık	.861**	.756**	.876**	.733**	.723**	1.000			
Otonom İşlevler	.377**	.341**	.471**	.453**	.399**	.501**	1.000		
Sosyal İşlevler	.305**	.289**	.346**	.341**	.287**	.385**	.796**	1.000	
Toplam KZVDDE	.360**	.330**	.425**	.412**	.357**	.463**	.934**	.956**	1.000

** $p < 0.01$ * $p < 0.05$

Tip 1 DM'li ve sağlıklı ergenlerin saldırganlık ve KZVDDE puan ortalamaları arasındaki korelasyon (pearson correlation) Tablo 4.12'de verilmiştir. DM'li ergenlerde KZVDDE otonom, sosyal işlevler ve toplam ölçek puan ortalamaları ile saldırganlık ölçeği öfke, düşmanlık, dolaylı ve toplam saldırganlık puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir. Sağlıklı ergenlerde ise KZVDDE tüm alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamaları ile saldırganlık tüm alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 4.12).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu bölümde Tip 1 DM'li ve sağlıklı ergenlerde saldırganlık ve kendine zarar verme davranışlarını belirlemek amacı ile yapılan çalışmadan elde edilen veriler iki başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Tip 1 DM'li ve sağlıklı ergenlerin tanıtıcı özelliklerinin tartışılması

5.2. Tip 1 DM'li ve sağlıklı ergenlerde saldırganlık ve kendine zarar verme davranışlarının tartışılması

5.1. TİP 1 DM'Lİ VE SAĞLIKLI ERGENLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Ergenlik döneminde özellikle 15-18 yaşlarında, duygularında ve ruhsal durumlarında dalgalanmalar yaşayan ergenler, saldırganlık ve KZVD'yi benmerkezci olmaları (41) nedeniyle yaygın olarak yaşayabilirler (78,80,81,87). Fizyolojik yapısında ve düşünme süreçlerinde meydana gelen değişimle beraber ergenler, ahlaki ve etik bakımdan daha yüksek bir sağduyuya sahip olurlar. Ancak bedensel değişimler ile ilgili yaşadıkları kaygılar, olgun davranarak farklı görünmeye çabalarken ailesi ile yaşadıkları engellemeler, gelecek kaygısı ve meslek seçimi gibi yaş dönem özelliği nedeniyle ergenler bir risk grubu olarak kabul edilmektedirler (101).

Bu çalışmada Tip 1 DM'li ergenlerin %30.0'ının 15, sağlıklı ergenlerin %25.7'sinin 17 yaşında, DM'li ergenlerin %50.0'ının, sağlıklı ergenlerin %51.7'sinin kız, DM'li ergenlerin %75.0'ının, sağlıklı ergenlerin ise %75.9'unun çekirdek aileye ve DM'li ergenlerin %73.3'ünün, sağlıklı ergenlerin %70.5'inin 1-2 kardeşe sahip olduğu belirlenmiştir. DM'li ergenlerin %91.7'si, sağlıklı ergenlerin %84.6'sı orta gelir düzeyine

sahip olduklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.1). Bu bulgular dikkate alındığında, çalışmaya katılan DM'li ve sağlıklı ergenlerin yaş, cinsiyet, aile tipi, kardeş sayısı ve gelir düzeyi özellikleri yönüyle birbirlerine benzer oldukları söylenebilir.

Çalışmada, öğrenim gördükleri sınıfa göre DM'li ve sağlıklı ergenler arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Bu farkın nedeni, çalışmaya katılan DM'li ergenlerin %5.0'ının 15 yaşında olmalarına karşın, 8. sınıfta öğrenim görüyor olmaları ve %11.7'sinin okula gitmiyor olması olabilir. Yapılan çalışmalarda da hastalık ve tedavisi nedeniyle Tip 1 DM'li ergenlerin öğrenimlerine ara verdikleri, devamsızlık yaptıkları ve okulu bıraktıkları belirlenmiştir (102-105). Ayrıca bu çalışmada, bir işte çalışma durumlarına göre DM'li ve sağlıklı ergenler arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Okulu bırakmış olmaları ya da öğrenimlerine ara vermeleri nedeniyle DM'li ergenler bir işte çalışmayı tercih etmiş olmaları ve çalışmaya katılan DM'li ergenlerin %13.3'ünün bir işte çalışıyor olması bu farkın nedeni olabilir.

Diyabet fiziksel bir hastalık olmanın yanı sıra, biyopsikososyal boyutları olan hastalıktır. DM'li ergen, fiziksel, duygusal, ruhsal, sosyal ve cinsellikle ilgili bir dizi sorun ve çatışmayla karşı karşıyadır (29). Bu nedenle DM'li ergenlerde stres gibi psikososyal problemler daha çok görülebilir (39,47-51). Ancak bu çalışmada, son bir yıl içinde strese sokan bir olay/durum yaşama durumuna göresağlıklı ergenlerin DM'li ergenlerden daha fazla stres yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.1). DM'li ve sağlıklı ergenlerin ebeveynlerinin çocuklarına ilişkin beklentileri farklı olabilir. DM'li bir ergenin ailesi hastalık yönetimine odaklanarak çocuğuna karşı aşırı koruyucu, kollayıcı bir tutum içinde iken (102,106,107), sağlıklı ergenin ailesi çocuğun öğrenimi, geleceği (meslek seçimi) ve üniversiteye giriş sınavına odaklanarak baskıcı, otoriter bir tutum gösterebileceğinden DM'li ve sağlıklı ergenlerin yaşadığı stres durumları değişkenlik göstermiş olabilir. Ayrıca DM'li ergenlerin %60.0'ının tanı süresinin 5 yıl ve üzerinde olduğu düşünüldüğünde, DM'li ergenlerin hastalık yönetiminin sorumluluğunu alırken, stresle başetme becerilerinin de gelişmiş olduğu düşünülebilir.

Ergenlik dönemi, çocuğun hastalık yönetimi ve metabolik kontrolünün güç olduğu, ergenlerin ve ebeveynlerin en fazla sorun yaşadıkları bir dönem (108) olması nedeniyle, DM gibi bir kronik hastalık varlığı ergenin annesi, babası, kardeşleri ve arkadaşları ile ilişkilerini etkileyebilir. Çünkü, DM nedeniyle ergenler akranlarından farklı

hissetmekte, sosyal izolasyon yaşamaktadırlar (45,54). Ancak bu çalışmada, sağlıklı ergenlerin DM'li ergenlere göre anne-baba ilişkilerini daha kötü olarak ifade ettikleri belirlenmiştir (p<0.05) (Tablo 4.2). DM'li ve sağlıklı ergenlerin ebeveynlerinin çocuklarından beklentilerinin farklı olması birbirleriyle ilişkilerini etkileyebilir. Dolayısıyla sağlıklı ergenlerden geleceğe ilişkin beklentiler ebeveynler ve çocuklar arasında gerginlik yaratıp ilişkilerini olumsuz etkilerken, DM'li ergenlerin hastalık yönetimi nedeniyle ebeveynleri ile paylaşımlarının daha fazla olması, ilişkilerini olumlu yönde etkilemiş olabilir. Bu dönemde ergen ile ebeveynler arasında uyumun olması, hastalığın yönetimini güçlendirerek metabolik kontrolün istendik düzeyde olmasını sağlamaktadır (109). Ancak literatürde, Tip 1 DM'li ergenler ve anneleri arasında iletişim sorunlarının yaşandığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (107,110,111).

Ebeveynlerin hasta çocuk ile daha fazla ilgilenmeleri, sağlıklı kardeşlerin hasta çocuğu kıskanmalarına ve anne-baba tarafından ihmal edilmişlik duygusu yaşamalarına neden olabilir ve bu durum kardeş ilişkilerinin olumsuz etkilenmesine yol açabilir (112,113). Ancak, bu çalışmada DM'li ergenlerin %83.3'ü kardeşleri ile ilişkilerinin iyi olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca, çalışmaya katılan sağlıklı ergenler DM'li ergenlere göre kardeş ilişkilerini daha kötü olarak ifade etmişlerdir (p<0.05) (Tablo 4.2).

Kronik bir hastalığa sahip olmak, bireyi hem fiziksel hem de psikososyal yönden etkilemektedir. Özellikle Tip 1 DM'li ergenler hastalık ve tedavileri nedeniyle kendilerini akranlarından farklı hissedebilir, hastalığını saklayabilir ve arkadaş ilişkileri olumsuz etkilenebilir (17,102,112). Bu çalışmada DM'li ergenlerin %13.3'ü arkadaş ilişkilerini kötü olarak belirtirken, sağlıklı ergenlerin tamamı arkadaş ilişkilerini iyi olarak belirtmişlerdir (Tablo 4.2). Davidson et al. (114) 34 Tip 1 DM'li ergenle (12-20 yaş) yaptıkları çalışmada, ergenler hastalıklarını arkadaşlarına nasıl açıklayacaklarını bilemediklerini ve arkadaş ilişkilerinin kendileri için stresör olduğunu ifade ettiklerini belirlemişlerdir. Bayat ve Çavuşoğlu'nun (40) 40 ergenle yaptıkları çalışmada, ergenlerin %37.5'inin hastalıklarını arkadaşlarına açıklamadıkları bulunmuştur. Bu ergenler akranları tarafından farklı algılanmak istemedikleri ve reddedilmekten korktukları için arkadaşlarından DM'li olduklarını sakladıklarını belirtmişlerdir. Kahriman ve Platin'in (37) DM'li ergenlerle yaptıkları bir çalışmada, ergenler hastalıklarını arkadaşlarına söylediklerinde arkadaşlarının kendilerini bırakacağını düşünmüşlerdir. Ayrıca kendilerini farklı hissettiklerini ifade etmişlerdir.

DM yönetiminde önemli olan insülin ve diyet tedavisi, ergenin sosyal yaşamını, okul ve arkadaş ilişkilerini ve sosyal aktivitelere katılımını sınırlayabilir (102). Hastalığın yönetiminde yaşanılan sorunlar (sık poliklinik kontrolü, hastaneye yatışlar, komplikasyonlar vb) ergenin okul ve sosyal yaşantısını, akademik başarısını ve okul devamlılığını olumsuz etkileyebilir (102,103). Öğrenimine ara vermek ya da okulu bırakmak zorunda kalan ergenin tüm yaşamı olumsuz etkilenebilir, bu da ergenin kendi yaşamını olumsuz değerlendirmesine neden olabilir. Bu çalışmada DM'li ergenler, tedavi programına uyumda yaşadıkları sorunlar nedeniyle (Tablo 4.5 ve Tablo 4.6) kendi yaşamlarını daha zor, kötü, başarısız, gizemli, kontrolsüz ve çatışmalı olarak değerlendirmiş olabilirler. Sağlıklı ergenlerin ise DM'li ergenlere göre kendi yaşamlarını daha kolay, iyi, uyumlu, başarılı, canlı, kontrollü ve barışık olarak ifade ettikleri bu çalışmada belirlenmiştir (Tablo 4.3). Yapılan çalışmalarda da Tip 1 DM'li ergenlerin başetme ve problem çözme becerilerinin yetersiz, benlik saygılarının, akademik başarılarının ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir (46,52,103,115-117).

Çalışmaya katılan sağlıklı ergenlerin DM'li ergenlere göre kendi yaşamlarına ilişkin duygularını daha güçlü, aktif, umutlu ve dengeli olarak ifade ettikleri saptanmıştır. Ayrıca, DM'li ergenlerin sağlıklı ergenlere göre kendi yaşamlarına ilişkin duygularını daha yüksek beklentili (p<0.05), bağımsız (p<0.05), önemli, geleceğe odaklı ve özgür olarak nitelendirdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.4). Hastalık yönetimi sorumluluğunu alması, DM'li ergenlerin kendilerini daha özgür, bağımsız, önemli hissetmesine neden olabilir. DM, ergenin geleceğine ilişkin planlarını gözden geçirmesine ve yaşamdan beklentisinin yüksek olmasına neden olmuş olabilir.

Tip 1 DM'nin yönetiminde en önemli unsurlardan ikisi insülin yapma ve diyete uymadır. Ancak, DM'li ergenler akranlarından farklı görünmemek için okulda insülin enjeksiyonunu yapmayabilir ve diyetine uymayabilirler (102). DM, ergenlerin kendilerini akranlarından farklı hissetmesine, dolayısıyla hastalığını gizlemesine, hastalık yönetimine uymayan davranışlar sergilemesine, hastalık yönetiminin ve metabolik kontrolün kötüye gitmesine neden olacağı ve hastane yatışları, okul devamsızlıkları gibi bir kısır döngü oluşturacağı için DM'li ergenler sağlıklı ergenlere göre daha çok stresörle başetmek zorunda kalacaktırlar (102). Bu çalışmada, en son bakılan HbA1c düzeyine göre DM'li ergenlerin %65.0'ının metabolik kontrolünün kötü

olduğu, DM'li ergenlerin %41.7'sinin Tip 1 DM ve tedavisi nedeniyle okul ve sosyal yaşantısının etkilendiğini ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 4.5). Öz ve arkadaşları (46), Tip 1 DM'li çocukların benlik saygılarının sağlıklı çocuklardan daha düşük olduğunu ve bu durumun okula devamı da olumsuz etkilediğini belirlemişlerdir. Sağlıklı çocuklarla DM'li çocukların benlik saygısı açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada ise her iki grubun benlik saygısı yönünden benzer puan aldıkları belirlenmiştir (118).

Ergenlik döneminde; içsel karışıklıklar, ruhsal çalkantılar (1,2,41) yaşayan ergenler, bu dönemde hastalıklarını farklı olarak deneyimleyebilmekte, bu deneyimlere farklı anlamlar yükleyebilmekte ve (42) bu durum ergenin tedaviye uyumunu zorlaştırmaktadır. Ergenlikte fiziksel görünüm ve işlevsellik çok önemli olduğundan, hastalık nedeniyle fiziksel bozukluğun olması ve işlev kaybı özgüvenin olumsuz etkilenmesine neden olabilir (17). Hastalık ve tedavisi, ergenin akranlarıyla ilişkisini engelleyecek bir durum yaratırsa, uyum sorunları daha fazla görülebilir (119). Bu çalışmada, DM'li ergenlerin %16.7'si tedavi programının kendisine uygun olmadığını ve tedavi programına uymayı istemediklerini belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan DM'li ergenler özellikle egzersiz ve diyete uymadıklarını ve uymama nedeni olarak da okulda buna zaman ayıramadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.6). Çalışmada DM'li ergenlerin %11.7'sinin çoğunlukla okul ve unutkanlık nedeniyle insülinini düzenli yapmadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.6). Bu bulgular Tip 1 DM'li ergenlerin okulda akranlarının yanında tedavi programında yer alan diyet, egzersiz ve insülin uygulamasını yapmak istemediklerini göstermektedir. Çünkü Tip 1 DM'li ergenler sağlıklı akranları tarafından reddedilmekten, farklı algılanmaktan korkmaktadırlar (17,37,38,40). Benzer şekilde, Amerika'da 11-19 yaş grubu ergenlerle yapılan bir çalışmada, ergenlerin %25.0'ının son 10 gün içinde en az bir kez insülin enjeksiyonlarını unuttukları için yapmadıkları saptanmıştır (120).

Çalışmaya katılan DM'li ergenlerin %64.7'sinin fazla yeme, %33.3'ünün hiç/fazla/az egzersiz yapma, %60.0'ının ise fazla doz insülin yapma gibi davranışlarla Tip 1 DM tedavisine uymadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.6). Fazla yeme, hiç/fazla/az egzersiz yapma ve fazla doz insülin yapma gibi davranışlar DM'li ergenlerin hastalık yönetimini ve metabolik kontrolünü olumsuz etkileyebileceği ve sağlık durumlarını kötüye götürebileceği için, bu davranışlar kendine zarar verme davranışı olarak kabul edilebilir.

5.2. TİP 1 DM'Lİ VE SAĞLIKLI ERGENLERDE SALDIRGANLIK VE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞLARININ TARTIŞILMASI

Kişinin ne bir çocuk, ne bir yetişkin olduğu, henüz toplumsal sorumluluklarına sahip olmadığı, ama rolleri keşfedebileceği, sınayabileceği, deneyebileceği ara evre olan ergenlik (1), çocuklara özgü bağımlılıktan bağımsız ve sorumlu yetişkinliğe geçiş dönemidir (121). Bu dönemde görülen hormonal değişimler, otonomi artışının getirdiği bağımsızlaşma duygusu (74), aile ve toplumun ergenden rol beklentilerinin değişmesi/artması ergenlerin ikilem yaşamalarına, öfke duymalarına neden olabilir ve öfkelerini saldırgan davranışla gösterebilirler. Saldırganlık davranışı en fazla ergenlik döneminde görülmektedir (2). Singer et al. (12), saldırganlığın ergenlerde ortaokul öğrencilerine göre daha fazla görüldüğünü belirlemişlerdir.

Ergenlik döneminde hastalığa bağlı güvensizlik, yetersizlik, güçsüzlük duyguları, depresyon ve saldırgan davranışlar gelişebilmektedir. Ergenlerde kronik hastalık, gelişmekte olan bağımsızlığın engellenmesine neden olacağı için öfke yaratır (119). Bu nedenle, kronik hastalığı olan ergenler saldırganlık davranışı açısından risk olarak değerlendirilmeli ve bu dönemde saldırganlığı azaltmaya yönelik müdahalelerin uygulanması gerekmektedir (74). Psikodrama teknikleri kullanılarak yapılan grup uygulamalarının ergenlerde saldırganlığı azaltmadaki etkisinin incelendiği bir çalışmada, çalışma öncesi ergenlerde saldırganlık davranışının yüksek olduğu, psikodrama teknikleri ile saldırganlık davranışının azaldığı belirlenmiştir (11). Tip 1 DM'li ve sağlıklı ergenlerde saldırganlık davranışının incelendiği bu çalışmada; beklenenin aksine çalışmaya katılan sağlıklı ergenlerin saldırganlık ölçeği tüm alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamalarının DM'li ergenlerden fazla olduğu, fiziksel, düşmanlık, dolaylı, toplam saldırganlık puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7). Dönem özelliği nedeniyle kimlik karmaşası yaşayan sağlıklı ergenlerin DM'li ergenlerden daha fazla yaşadıkları stres, sınav kaygısı ve olumsuz aile ilişkileri (Tablo 4.1) saldırganlık davranışının yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir. Ergenlerde sınav kaygısı çok yaygın olarak görülmektedir, aile ve toplumda artan başarı beklentisi de ergeni olumsuz etkilemektedir (122). Bu beklentiler ergenlerin kendilerini saldırgan davranışlarla ifade etmesine neden oluyor olabilir. DM'li ergenlerin aileleri ise çocuğun daha çok hastalık yönetimine odaklanmaktadırlar. Aynı zamanda, saldırganlık öfkenin dışa vurumudur ve

çevreye yansıtılmış şeklidir. Ama DM'li ergenler akranlardan farklı olmamak adına hastalıklarını gizlemeye çalıştıklarından, öfkelerini saldırgan davranış ile değil, kendine zarar verme davranışı, özellikle de tedaviye uyumda sorunlu davranışlarla gösterebilirler. Bu çalışmada da DM'li ergenler tedaviye uyumu ve hastalık yönetimini zora sokan, sağlık durumlarını bozan fazla yeme, az/hiç/çok egzersiz yapma, fazla doz insülin yapma (Tablo 4.6) gibi sorunlu davranışlarla kendine zarar verme eğilimindedirler. Ve bu davranışlar saldırganlığın kendine zarar verme davranışına dönüşmüş şekli olarak yorumlanabilir.

Bu çalışmada DM'li ve sağlıklı ergenlerin saldırganlık düzeyleri arasında bir fark olmadığı, her iki grubun çoğunluğunun normal saldırganlık düzeyinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8). Bu bulgu, DM'li ergenlerin %60.0'ının tanı süresinin 5 yıl ve üzeri, ortalama tanı yılının 6.17±3.47 yıl ve hastalık komplikasyonları nedeniyle hastane yatışlarının daha az olduğu dikkate alındığında, DM'li ergenlerin hastalık yönetimini öğrendikleri ve başetme becerilerini geliştirdikleri, dolayısıyla sağlıklı ergenlere benzer davranış özellikleri gösterebildikleri şeklinde yorumlanabilir.

DM ergenin hem fizyopatolojik süreçlerle organizmasında değişiklikler oluştururken, hem de ruhsal denge ve uyumunda birtakım farklılıklar oluşturmaktadır. Bu nedenle ergen fiziksel, duygusal, ruhsal ve sosyal konularla ilgili bir dizi sorun ve çatışmayla karşı karşıyadır (29). Özellikle stres, depresyon, saldırganlık ve KZVD, DM'li ergen üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Ancak DM'li ve sağlıklı ergenler arasındaki KZVD'nin karşılaştırıldığı bu çalışmada, sağlıklı ergenlerin kesme (p<0.05), ısırma (p<0.05), yakma, cilde bir harf/yazı şekil kazıma (p<0.05), çimdikleme, saç kopartma, tırnaklama, kendini sert bir yere çarpma/kendine vurma, yara iyileşmesine engel olma (p<0.05), cildi sert bir yüzeye sürtme, kendine iğne batırma ve tehlikeli/zararlı madde içme/yutma gibi KZVD'yi DM'li ergenlerden daha fazla uyguladıkları belirlenmiştir (Tablo 4.10). KZVDDE'nin Davranışlar Bölümü'nde yer alan davranışları sağlıklı ergenlere göre daha az yaptığı belirlenen DM'li ergenlerin fazla yeme, hiç/fazla/az egzersiz yapma ve fazla doz insülin yapma gibi davranışlar göstermesi (Tablo 4.6), kendine zarar verme davranışı olarak kabul edilebilir. Çünkü bu davranışlar DM'li ergenin hastalık yönetimi ve metabolik kontrolünün kötüye gitmesine ve sağlık durumunun bozulmasına neden olabilir.

Kendine zarar verme davranışı (KZVD); kişinin bilinçli ölüm isteği olmadan, isteyerek ve amaçlı olarak yapılan, doku hasarı ile sonuçlanan, tekrarlayıcı kendi bedenine yönelik girişimidir (9,75-81). Ergenlik döneminde yaygın olarak görülmekte ve görülme sıklığının %12'ye kadar olabileceği tahmin edilmektedir (87). Kendine zarar verme davranışına yol açan risk faktörleri arasında düşük benlik saygısı, olumsuz yaşam olayları, okul başarısının düşük olması sayılabilir. DM de ergenin benlik saygısını, yaşam kalitesini, okul başarısını olumsuz etkileyeceğinden kendine zarar verme davranışına yol açabilir (81).

Bu çalışmada kullanılan KZVDDE'nin İşlevler Bölümü, Otonom ve Sosyal İşlevler'den oluşmaktadır. Otonom İşlevler'in içerisinde sakinleşmiş hissetmek, kendine duyduğu öfkeyi göstermek, intihar girişiminden kaçınmak, kendini kötü hissettiğini göstermek gibi davranışlar yer almaktadır (4). Bu amaçlarla DM'li ergenin de dikkat çekmek amacı ile fazla yeme, hiç/fazla/az egzersiz yapma ve fazla doz insülin yapma gibi davranışları KZVD olarak değerlendirilebilir. Bu çalışmada DM'li ergenlerin otonom işlevler toplam puan ortalamalarının sağlıklı ergenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.10). Her ne kadar DM'li ergenlere göre sağlıklı ergenlerin KZVDDE'nin davranışlar bölümünde yer alan davranışları daha fazla yapmış olduklarının (Tablo 4.9) bu çalışmada belirlenmesine karşın, hastalık yönetimi ve tedaviye uyumu zorlaştıran (fazla yeme, hiç/fazla/az egzersiz yapma ve fazla doz insülin yapma…) davranışlar da kendine zarar verme davranışları olduğu için ve bu çalışmaya katılan DM'li ergenlerin bu davranışları sık tekrarladığı düşünüldüğünde, toplam işlevler puan ortalamalarının sağlıklı ergenlerden yüksek oluşu beklendik bir sonuçtur. Çalışmada kullanılan KZVDDE'nin Sosyal İşlevler Bölümünde; diğer kişiler ile arasına sınır koyma, duygusal stres ile başetme, akranlarla uyum sağlama, kendini anlatma, acıya dayanma, intikam alma ve otonomisini gösterme gibi davranışlar yer almaktadır (4). Bu çalışmada DM'li ergenlerin sosyal işlevler bölümünde yer alan kendiyle ilgilenme (p<0.05), heyecan arama, kişilerarası etkileşim, dayanıklılık ve toplam sosyal işlevler puan ortalamalarının sağlıklı ergenlerden fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.10). Akranlarından farklı olmak istemeyen DM'li ergenler akranlarına uyum sağlamak ve otonomisini göstermek amacıyla DM tedavi programına uymayan davranışlar (fazla yeme, öğün atlama, az/hiç/çok egzersiz yapma, fazla doz insülin yapma, insülin dozu atlama…) gösterebilirler. Bu çalışmada da DM'li ergenlerin fazla yeme, az/hiç/çok egzersiz yapma ve fazla doz insülin yapma gibi davranışları fazla yaptığı (Tablo 4.6)

dikkate alındığında, duygusal stresi ile başetmek, akranları ile uyum sağlamak, kendini anlatmak, hastalıktan intikam almak ve otonomisini göstermek amacıyla bu tarz kendine zarar verme davranışlarını sergiledikleri ve bu nedenle toplam işlevler puan ortalamalarının sağlıklı ergenlerden yüksek olduğu düşünülebilir. Yapılan literatür taramasında, sağlıklı ve kronik hastalığı olan ergenlerde KZVD'nin karşılaştırıldığı çalışmaya rastlanılamamıştır. Klonsky ve Glenn'in 235 kolej öğrencisi ile yaptıkları çalışmada, ergenlerin otonom, sosyal işlev ve toplam işlev puan ortalamalarının bu çalışmaya katılan sağlıklı ergenlerin puan ortalamalarına benzer olduğu belirlenirken (91); ergenler ve genç erişkinler arasında yaygın olarak görülmeye başlayan KZVD'nin incelendiği başka çalışmalarda Klonsky and Glenn (123) ve Bildik ve arkadaşlarının (4) elde edilen bulguların bu çalışma bulgularından yüksek olduğu saptanmıştır.

DM'li ergenlerin Otonom ve Sosyal İşlevler puan ortalamalarının sağlıklı ergenlerden yüksek olduğu belirlenen bu çalışmada, DM'li ergenlerin KZVDDE toplam puan ortalamalarının (18.43±12.90) da sağlıklı ergenlerden (17.15±14.34) daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.10). DM'li ergenlerin Otonom, Sosyal İşlev ve KZVDDE toplam puan ortalamalarının sağlıklı ergenlerden yüksek olmasının nedeni, sağlıklı ergenlerin öfkelerini saldırgan davranışlarla dışa vurmaları, DM'li ergenlerin de hastalık yönetimine ilişkin yaptıkları uygulamaları kendine zarar verme davranışı (fazla yeme, az/hiç/çok egzersiz yapma ve fazla doz insülin yapma gibi) olarak kullanmaları olabilir.

Bu çalışmada hem DM'li hem de sağlıklı ergenlerin saldırganlık düzeyi arttıkça, KZVDDE alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamalarının yükseldiği saptanmıştır (Tablo 4.11). Bu bulgu, ister sağlıklı ister DM'li olsun, ergenlerin öfke duygularını saldırgan ve kendine zarar verme davranışı şeklinde yansıttıklarını göstermektedir. Saldırganlık düzeylerine göre DM'li ergenlerin KZVDDE puan ortalamalarının sağlıklı ergenlerden yüksek olması, akranlarından farklı olmamak, otonomilerini göstermek için DM'nin tedavisinde yer alan diyet, insülin ve egzersiz programlarını kötü amaçlı kullanarak kendilerine zarar verdiklerini göstermektedir.

Ayrıca, bu çalışmada DM'li ergenlerde KZVDDE otonom, sosyal işlevler ve toplam ölçek puan ortalamaları ile saldırganlık ölçeği öfke, düşmanlık, dolaylı ve toplam saldırganlık puan ortalamaları arasında pozitif yönde ilişki olduğu; sağlıklı ergenlerde ise KZVDDE tüm alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamaları ile saldırganlık ölçeği tüm alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta düzeyde

ilişki olduğu, yani saldırganlık puan ortalamaları arttıkça, KZVDDE puan ortalamalarının da arttığı saptanmıştır (Tablo 4.12). Hem DM'li hem de sağlıklı ergenlerin saldırganlık düzeyi arttıkça, KZVD alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamalarının yükseldiği (Tablo 4.11) dikkate alındığında, ergenlerin yaşadıkları öfke duygularını ya dışa vurarak saldırgan davranış şeklinde ya da kendilerine yönlendirerek kendine zarar verme davranışı şeklinde gösterdikleri söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler

Tip 1 DM'li ve sağlıklı ergenlerde saldırganlık ve kendine zarar verme davranışlarını belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmanın sonuçları aşağıda sıralanmıştır.

- Çalışmaya katılan Tip 1 DM'li ergenlerin yaklaşık 1/3'ünün 15 yaşında, yarısının kızve 1/4'ünün 10. sınıf; sağlıklı ergenlerin ise 1/4'ünün 17 yaşında, yarısının kız ve 1/3'ünün 9. sınıf öğrencisi olduğu belirlenmiştir. DM'li ve sağlıklı ergenlerin çoğunluğunun çekirdek aile yapısında ve 1-2 kardeşe sahip olduğu saptanmıştır. DM'li ve sağlıklı ergenlerin büyük bir çoğunluğu gelirlerinin orta düzeyde olduğunu, herhangi bir işte çalışmadıklarını ve DM'li ve sağlıklı ergenlerin yarısından fazlası son bir yıl içinde strese sokan bir olay/durum yaşamadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.1).
- Tip 1 DM'li ergenlerin büyük bir çoğunluğu anneleri, babaları ve kardeşleri ile ilişkilerinin iyi olduğunu belirtirken, sağlıklı ergenlerin büyük bir çoğunluğu ise anneleri, babaları ve kardeşleri ile ilişkilerinin kötü olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca Tip 1 DM'li ergenlerin büyük bir çoğunluğunun, sağlıklı ergenlerin tamamının arkadaşları ile ilişkilerinin iyi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).
- Sağlıklı ergenlerin DM'li ergenlere göre kendi yaşamlarını daha kolay, iyi, uyumlu, başarılı, canlı, kontrollü ve barışık olarak ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 4.3).
- Sağlıklı ergenlerin DM'li ergenlere göre kendi yaşamlarına ilişkin duygularını daha güçlü, aktif, umutlu ve dengeli olarak ifade ettikleri saptanmıştır. DM'li ergenlerin ise kendi yaşamlarına ilişkin duygularını daha yüksek beklentili, bağımsız, önemli, geleceğe odaklı, ödüllü ve özgür olarak nitelendirdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.4).

- DM'li ergenlerin yarısından fazlasının tanı ve insülin kullanma süresinin 5 yıl ve üzeri olduğu, büyük bir çoğunluğunun ara ve ana öğün şeklinde beslendikleri, tamamının kalem enjeksiyon ile insulin yaptığı, hızlı etkili ve uzun etkili insülin kullandığı, çoğunluğunun insülini kendisinin yaptığı, 1/3'ünün 3 kez/gün ve üzeri kan şekerini ölçtüğü, yarısının poliklinik kontrolüne annesi ile birlikte geldiği ve çoğunluğunun diyabet eğitimini hemşireden aldığı belirlenmiştir. DM'li ergenlerin çok azı hipoglisemi, hiperglisemi ve ketoasidoz nedeniyle son bir yıl içinde hastanede yattıklarını belirtmişlerdir. En son bakılan HbA1c düzeyine göre DM'li ergenlerin çoğunluğunun metabolik kontrolünün kötü olduğu ve yarısından fazlasının Tip 1 DM ve tedavisi nedeniyle okul ve sosyal yaşantısının etkilenmemiş olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5).
- DM'li ergenlerin çoğunluğu tedavi programının kendisine uygun olmadığını ve tedavi programına uymayı istemediklerini belirtmişlerdir. Tip 1 DM'li ergenlerin yarısından fazlası okul nedeniyle düzenli egzersiz ve diyet programlarına uymadıklarını ifade etmişlerdir. DM'li ergenlerin çok azının okul ve unutkanlık nedeniyle düzenli insülin yapmadıkları belirlenmiştir. DM'li ergenlerin yarısından fazlasının yiyerek, tamamının hiç/fazla/az egzersiz yaparak, yarısından çoğunun fazla doz insülin yaparak Tip 1 DM tedavisine uymadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.6).
- Sağlıklı ergenlerin saldırganlık ölçeği tüm alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamalarının DM'li ergenlerden fazla olduğu ve fiziksel, düşmanlık, dolaylı ve toplam saldırganlık puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu (p<0.05) belirlenmiştir (Tablo 4.7).
- DM'li ve sağlıklı ergenlerin çoğunluğunun normal saldırganlık düzeyinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8).
- Sağlıklı ergenlerin kendine zarar verme davranışlarını DM'li ergenlere göre daha fazla uyguladıkları belirlenmiştir. DM'li ve sağlıklı çocukların kesme, ısırma, cilde bir harf/yazı şekil kazıma ve yara iyileşmesine engel olma davranışlarını yapma durumları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4.9).

- Tip 1 DM'li ergenlerin toplam otonom, sosyal işlevler ve toplam KZVDDE puan ortalamalarının sağlıklı ergenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.10).
- Hem DM'li hem de sağlıklı ergenlerden saldırganlık düzeyi yüksek olanların KZVDDE alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamalarının yüksek olduğu, saldırganlık düzeyi arttıkça KZVDDE puan ortalamalarının arttığı, ancak DM'li ergenlerin puan ortalamalarının sağlıklı ergenlerden yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.11).
- DM'li ergenlerde KZVDDE otonom, sosyal işlevler ve toplam ölçek puan ortalamaları ile saldırganlık ölçeği öfke, düşmanlık, dolaylı ve toplam saldırganlık puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu; sağlıklı ergenlerde ise KZVDDE tüm alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamaları ile saldırganlık ölçeği tüm alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.12).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Sağlıklı ergenler için;

- Ergenlere stres-öfke yönetimi ve etkili iletişim becerilerine ilişkin rehberlik hizmetleri ve okul sağlığı hemşiresi tarafından eğitim verilmesi,
- Ergenlerdeki şiddet ve saldırganlık davranışlarını azaltmak için ergenlik dönem özellikleri dikkate alınarak ailelerinin ve okul yönetimlerinin spor (özellikle takım sporları), sosyal ve kültürel etkinliklere ağırlık vermesi için rehberlik hizmetleri ve okul sağlığı hemşiresi tarafından yönlendirilmesi,
- Okul-aile işbirliğinin sağlanarak ailelere, ergenlik dönem özellikleri ve ergen ile iletişime ilişkin rehberlik hizmetleri ve okul sağlığı hemşiresi tarafından eğitim verilmesi,
- KZVD ve saldırganlık davranışı yüksek çıkan sağlıklı ergenlerin ileri destek (çocuk psikiyatrisi vb) için rehberlik hizmetleri ve okul sağlığı hemşiresi tarafından yönlendirilmesi,
- Bu önerilerin yerine getirilebilmesi için tüm okullarda okul sağlığı hemşiresi kadrosunun oluşturulması önerilebilir.

DM'li ergenler için;

- DM'li ergenlerin tedavi programlarında yer alan insülin, egzersiz ve diyetin kendine zarar vermek için kullanıp kullanmadığının sağlık ekibi tarafından araştırılması ve ailelerin bu konuda bilgilendirilmesi,
- DM'li ergenlere stres-öfke yönetimi konusunda sağlık ekibi tarafından eğitim verilmesi,
- DM'li ergenlerin ailelerine DM'li ergenlerin dönem özellikleri ve ergen ile iletişime ilişkin sağlık ekibi tarafından eğitim verilmesi,
- DM'li ergenlerin KZVD ve saldırganlık davranışı açısından sağlık ekibi tarafından izlenmesi,
- Poliklinikte izlemi yapılan DM'li ergenler için sosyal destek grubunun (çocuk psikiyatristi, psikolok, hemşire, hehim, sosyal çalışman, ergen ve aileler) oluşturulması,
- Ayrıca, hem sağlıklı hem de kronik hastalığa sahip ergenlerde saldırganlık ve kendine zarar verme davranışlarına ilişkin karşılaştırmalı ve müdahaleli/deneysel (psikodrama, motivasyonel görüşme vb) çalışmaların yapılması önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

1. Koç M. Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2004; 17: 231-256.
2. Yavuzer H. Çocuk Psikolojisi (28.Basım), Necla Feroğlu (Edt), Remzi Kitabevi, İstanbul, 2005: s 262-337.
3. Williams-Evans SA, Myers S. Adolescent violence. The ABNF Journal 2004; 15: 31-34.
4. Bildik T, Somer O, Kabukçu Başay B, ve ark. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Turk Psikiyatri Derg 2013; 24: 49-57.
5. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of The Inventory of Statements about Self-injury (ISAS). J Psychopathol Behav Assess 2009; 31: 215-219.
6. Claassen CA, Trivedi MH, Shimizu I, et al. Epidemiology of nonfatal deliberate self-harm in the United States as described in three medical databases. Suicide Life Threat Behav 2006; 36: 192-212.
7. Lloyd-Richardson E, Perrine N, Dierker L, et al. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. Psychol Med 2007; 37: 1183-1192.
8. Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Sar V, et al. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. Psychiatry Clin Neurosci 2003; 57: 119-126.
9. Ögel K ve Aksoy A. "Kendine zarar verme davranışı raporu", Yeniden Yayın, İstanbul, 2006: s 3-27. (http://www.ogelk.net/Dosyadepo/kzvdrapor2.pdf) (Erişim Tarihi: 20.02.2013).

10. Toprak S, Çetin İ, Güven T, et al. Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. Psychiatry Res 2011; 187: 140-144.
11. Karataş Z, Gökçakan Z. Psikodrama teknikleri kullanılarak yapılan grup uygulamalarının ergenlerde saldırganlığı azaltmadaki etkisinin incelenmesi. Turk Psikiyatri Derg 2009; 20: 357-366.
12. Singer MI, Miller DB, Guo S,et al. Contributors to violent behavior among elemantary and middle school children. Pediatrics 1999; 104: 878-884.
13. Kesen F, Deniz E, Durmuşoğlu N. Ergenlerde saldırganlık ve öfke düzeyleri arasındaki ilişki: Yetiştirme yurtları üzerinde bir araştırma. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2007; 17: 353-364.
14. Eroğlu SE. Saldırganlık davranışının boyutları ve ilişkili olduğu faktörler: Lise ve üniversite öğrencileri üzerine karşılaştırmalı bir çalışma. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2009; 21: 205-221.
15. Gördeles Beşer N, Çam O. Suça yatkın ergenlerde olumlu kişilerarası ilişkiler geliştirme programının etkinliğinin incelenmesi. Anatolian Journal of Psychiatry 2009; 10: 226-232.
16. Gül E, Bayat M. Diyabetli çocukların kardeşlerinin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005; 14: 7-12.
17. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği (10. Baskı), Cilt 1-2, Sistem Ofset Basımevi, Ankara, 2008.
18. Diyabet Tanı ve Tedavi. http://www.diyabet.gov.tr/index.php?lang=tr&page=27 (Erişim Tarihi: 16.01.2013).
19. Roy T, Lloyd CE. Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review. J Affect Disord 2012; 142: 8-21.
20. Bernstein CM, Stockwell MS, Gallagher MP, et al. Mental health issues in adolescents and young adults with type 1 diabetes: Prevalence and impact on glycemic control. Clin Pediatr (Phila) 2013; 52: 10-15.
21. Hillege S, Beale B, McMaster R. Enhancing management of depression and type 1 diabetes in adolescents and young adults.Arch Psychiatr Nurs 2011; 25: 57-67.
22. Herzer M, Vesco A, Ingerski LM, et al. Explaining the family conflict-glycemic control link through psychological variables in adolescents with type 1diabetes. J Behav Med 2011; 34: 268-274.
23. Herzer M, Hood KK. Anxiety symptoms in adolescents with type 1 diabetes: Association with blood glucose monitoring and glycemic control. J Pediatr Psychol 2010; 35: 415-25.

24. Hilliard ME, Herzer M, Dolan LM, et al. Psychological screening in adolescents with type1 diabetes predicts outcomes one year later. Diabetes Res Clin Pract 2011; 94: 39-44.
25. Arıkan Ş, Antar S. Diyabet kampına katılan ergen ve çocukluk çağındaki tip 1 diyabetik hastaların ruhsal bulgu ve belirtilerinin değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi 2007; 34: 294-298.
26. Pouwer F, Geelhoed-Duijvestijn PHLM, Tack§ CJ, et al. Education and psychological aspects prevalence of comorbid depression is high in out-patients with type 1 or type 2 diabetes mellitus. Results from three out-patient clinics in the Netherlands. Diabet Med 2010; 27: 217–224.
27. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2013; 36: 67-74.
28. Abacı A, Böber E, Büyükgebiz A. Tip 1 diabet, Güncel Pediatri 2007; 5: 1-10.
29. Erdoğan S. Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler, Tavaslı Matbaacılık, İstanbul, 2002.
30. Günöz H, Saka N. Diyabetes mellitus. İçinde: Pediatri, Neyzi O, Ertuğrul T (edt) Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 1990: s 1354-1370.
31. Perantie DC, Lim A, Wu J, et al. Effects of prior hypoglycemia and hyperglycemia on cognition in children with type 1 diabetes mellitus. Pediatr Diabetes 2008; 9: 87-95.
32. Öztürk C, Ayar D. Tip 1 Diyabetes Mellituslu hastalarda yaşam kalitesi ve önemi. DEUHYO ED 2013; 6: 99-101.
33. Ausılı E, Tabacco F, Focarelli B, et al. Multidimensional study on quality of life in children with type 1 diabetes. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2007; 11: 249-255.
34. Aba N, Tel H. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon ve özbakım gücü, Cumhuriyet Hem Der 2012; 1: 18-23.
35. Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. Diabetes Metab Res Rev 1999; 15: 205-218.
36. Hanna KM, Guthrie D. Parental involvement in adolescents‘ diabetes management. Diabetes Spectrum 2003; 16: 184 -187.
37. Kahriman İ, Platin N. Tip 1 diyabeti olan adölesanlar hastalıkları için ne diyorlar, 4. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongre Kitabı, s 106, 22-25 Mayıs 2013, Adıyaman Üniversitesi, Adıyaman
38. Storch E, Lewin A, Silverstein JH. Peer victimization and psychosocial adjustment in children with type 1 diabetes. Clin Pediatr (Phila) 2004; 43: 467-471.
39. Çırlak A, Büyükgönenç L. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi’nde yatarak tedavi gören ve kronik hastalığı olan çocuklarda depresyon, 2. Ulusal ve 1. Uluslararası

Akdeniz Pediatri Hemşireliği Kongre Kitabı, s 286, 16-19 Kasım 2009, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

40. Bayat M, Çavuşoğlu H. Diyabetin adölesan üzerindeki etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 7: 1-12.
41. Yiğit R. Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme, Sistem Ofset, Ankara, 2009: s 177-197.
42. Weeks DP. Application of the life-span developmental perspective to nursing research with adolescents. J Pediatr Nurs 1991; 6: 38-48.
43. Mellin AE, Neumark-Stainzer D, Patterson JM. Parenting adolescent girls with type 1 diabetes: Parents‘ perspectives. J Pediatr Psychol 2004; 29: 221-230.
44. Wagner VM, Muller-Godeffroy E, Von Sengbusch S, et al. Metabolic control and type of insulin regime influences health-related quality of life in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. Eur J Pediatr 2005; 164: 491-6.
45. Kuperminc GP, Allen JP. Social orientation: Problem behavior and motivations toward ınterpersonal problem solving among high risk adolescents. J Youth Adolesc 2001; 30: 597–622.
46. Öz R, Yılmaz HB, Akçay N. Tip 1 DM'li çocuklarda benlik saygısını etkileyen faktörler. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2009; 6: 330-338.
47. Northam EA, Matthews LK, Anderson PJ, et al. Psychiatric morbidity and health outcome in type 1 diabetes-perspectives from a prospective longitudinal study. Diabet Med 2004; 22: 152-157.
48. Leonard BJ, Jang YP, Savik K, et al. Psychosocial factors associated with levels of metabolic control in youth with type 1 diabetes. J Pediatr Nurs 2002; 7: 28-37.
49. Al-Amer RM, Sobeh MM, Zayed AA, et al. Depression among adults with diabetes in jordan: Risk factors and relationship to blood sugar control. J Diabetes Complications 2011; 25: 247-252.
50. Li C, Ford ES, Zhao G, et al. Prevalence and correlates of undiagnosed depression among U.S. adults with diabetes: The behavioral risk factor surveillannce system, 2006. Diabetes Res Clin Pract 2009; 83: 268-279.
51. Sullivan B. Self-esteem and depression in adolescent diabetic girls. Diabetes Care 1978; 1: 18-22.
52. Egede LE, Ellis C. Diabetes and depression: Global perspectives. Diabetes Res Clin Pract 2010; 87: 302-312.
53. Fettahoğlu Ç, Koparan C, Özatalay ED. İnsüline bağımlı diabetes mellitus tanılı çocuk ve ergenlerde gözlenen ruhsal güçlükler. Türkiye'de Psikiyatri 2007; 9: 32-36.

54. Hood KK, Grey M, Whitemore R, et al. Depression in type 1 diabetes in children natural history and correlates. J Psychosom Res 2002; 53: 907-911.
55. Hood KK, Huestis S, Maher A, et al. Depressive symptoms in children and adolescents with type 1 diabetes: Association with diabetes-specific characteristics. Diabetes Care 2006; 29: 1389-1391.
56. Grossman HY, Brınk S, Hauser TS. Self- efficacy in adolescent girls and boys with insulin- dependant diabetes mellitus. Diabetes Care 1987; 10: 324-329.
57. Inge SK, Stemmler M. Coping with everyday stress and links to medical and psychosocial adaptation in diabetic adolescents. J Adolesc Health 2003; 33: 180-188.
58. Yıldız SA. Ebeveyn tutumları ve saldırganlık. Polis Bilimleri Dergisi 2004; 6: 131-150.
59. Özmen KS. Aile içinde öfke ve saldırganlığın yansımaları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 2004; 37: 27-39.
60. Morris S. Promoting social skills among students with nonverbal learning disabilities. Teaching Exceptional Children 2002; 34: 66-70.
61. Özen Y. Saldırganlık, psikolojik şiddet ve duygusal zekâ arasındaki ilişki. Akademik Bakış Dergisi 2013; 35: 1-14.
62. Boxer P, Tisak MS. Children's beliefs about the continuity of aggression. Aggressive Behavior 2005; 32: 172-188.
63. (http://karabuk.meb.gov.tr/arsiv/dosyalar/Okullarda_Saldirganlik.pdf) (Erişim Tarihi: 29.08.2013).
64. (http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/40/500/5952.pdf) (Erişim Tarihi: 29.08.2013).
65. Yavuzer N. İnsanın saldırgan ve yıkıcı doğasını anlamak. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimleri Dergisi 2013; 23: 43-57.
66. Bandura A, Ross D, Ross SA. Transmission of aggression through imitation of aggressive models. J Abnorm Soc Psychol 1961; 63: 575-582.
67. DeBord K. Childhood aggression: Where does it come from? How can it be managed? www.ces.ncsu.edu/depts/fcs/pdfs/fcs_504.pdf (Erişim Tarihi: 29.08.2013).
68. Kılınç E, Murat M. Genel lise 9. sınıf öğrencilerinin bazı değişkenlere ve sürekli kaygı düzeylerine göre saldırganlık düzeylerinin incelenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2012; 11: 835-853.
69. Card AN, Stucky DB, Sawalani MG, et. al. Direct and indirect aggression during childhood and adolescence: A meta-analytic review of gender differences, intercorrelations, and relations to maladjustment. Child Dev 2008; 79: 1185-1229.
70. Öcel H. Üniversite öğrencilerinde dolaylı saldırganlığın kullanımında cinsiyet farklılıkları. Edebiyat Fakültesi Dergisi 2011; 28: 141-156.

71. Öztürk N. Ortaöğretim 9. Sınıf Öğrencilerinin Saldırganlık Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Bilim Uzmanlığı Tezi, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya 2008: 2.
72. Gentile DA, Lynch PJ, Linder RJ, et al. The effects of violent video game habits on adolescent hostility, aggressive behaviors, and school performance. J Adolesc 2004; 27: 5-22.
73. Şahan M. Lise Öğrencilerinde Saldırganlığı Yordayan Bazı Değişkenlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, Ankara 2007: 4.
74. Herrman DS, McWhirter JJ. Anger and agression management in young adolescents: An experimental validation of the SCARE program. Education and Treatment of Children 2003; 26: 273-302.
75. Aksoy A, Ögel K. Kendine zarar verme davranışı. Anatolian Journal of Psychiatry 2003; 4: 226-236.
76. White Kress VE. Self-ınjurious behaviors: Assessment and diagnosis. Journal of Counseling & Development 2003; 81: 490-496.
77. Serim B, Taş VF, Güvenir T. Ergenlerde kendine zarar verme davranışı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2009; 16: 51-58.
78. Clarke L, Whittaker M. Self-mutilation: Culture, contexts and nursing responses. J Clin Nurs 1998; 7: 129-137.
79. Simpson C, Bore KS. Self-injury: Counseling youth who self-mutilate. American Counseling Association. 2008. (http://counselingoutfitters.com/vistas/ACAPCD/ACAPCD-18.pdf) (Erişim Tarihi:29.08.2013).
80. Hawton K, Saunders K, Connor R. Self-harm and suicide in adolescents. Lancet 2012; 379: 2373-82.
81. Greydanus DE, Shek D. Deliberate self-harm and suicide in adolescents. Keio J Med 2009; 58: 144-151.
82. http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=177330 (Erişim Tarihi: 29.08.2013).
83. Favazza AR. Repetitive self-mutilation. Psychiatric Annal 1992; 22: 60-63.
84. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. Am J Orthopsychiatry 1998; 68: 609-20.
85. Husain MI, Waheed W, Husain N. Self-harm in British South Asian women: Psychosocial correlates and strategies for prevention. Ann Gen Psychiatry 2006; 5: 1-7.

86. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Tantam+D%2C+Whittaker+J.+Personality+disorder+and+self-wounding.+Br+J+Psychiatry+1992%3B161%3A451-464) (Erişim Tarihi: 29.08.2013).
87. Roberts-Dobie S, Donatelle RJ. School counselors and student self-injury. J Sch Health 2007; 77: 257-264.
88. Hawton K, Harriss L, Hodder K, et al. The influence of the economic and social environment on deliberate self- harm and suicide: An ecological and person-based study. Psychol Med 2001; 31: 827-836.
89. Kumar G, Pepe D, Steer RA. Adolescent psychiatric in patients self-reported reasons for cutting themselves. J Nerv Ment Dis 2004; 192: 830-6.
90. (http://psycnet.apa.org/journals/ccp/76/1/39/) (Erişim Tarihi:29.08.2013).
91. Klonsky DE, Moyer A. Child sexuel abuse and non-suicidal self-injury: Meta-analysis. Br J Psychiatry 2008; 192: 1-5.
92. Matsumoto T, Imamura F, Chiba Y, et al. Prevalences of lifetime histories of self-cutting and suicidal ideation in Japanese adolescents: Differences by age. Psychiatry Clin Neurosci 2008; 62: 362-364.
93. Ross S, Heath N. A study of the frequency of self- mutilation in a community sample of adolescents. Journal of Youth and Adolescence 2002; 31: 67-77.
94. Klonsky ED. Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography and functions. Psychol Med 2011; 1-6.
95. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self mutilative behavior. J Consult Clin Psychol2004; 5: 885-890.
96. Barry DT, Lochman JE. Aggression in adolescents: Strategies for parents and educators. *www.nasponline.org/.../nasp_**aggression**.pdf* (Erişim Tarihi: 29.08.2013).
97. Adana F, Arslantaş H. Ergenlikte öfke ve öfkenin yönetiminde okul hemşiresinin rolü. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2011; 12: 57-62.
98. Yavuzer Y, Üre Ö. Saldırganlığı önlemeye yönelik psiko-eğitim programının lise öğrencilerindeki saldırganlığı azaltmaya yetkisi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2010; 24: 389-405.
99. Can S. "Aggression questionnaire" Adlı Ölçeğin Türk Populasyonunda Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, Genel Kurmay Başkanlığı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servis Şefliği, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2002.
100. Buss AH, Warren WL. Aggression questionnaire-manuel. Western Psychological Services, Los Angeles, CA, 2000; 1-53.

101. Gül SK, Güneş Dİ. Ergenlik dönemi sorunları ve şiddet. Sosyal Bilimler Dergisi 2009; 11: 79-101.
102. Boztepe H. Tip 1 diyabetin yönetiminde riskli bir dönem: Ergenlik. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2012; 82-89.
103. Wodrich DL, Hasan K, Parent KB. Type 1 diabetes mellitus and school: A rewiev. Pediatr Diabetes 2011; 12: 63-70.
104. Glaab LA, Brown N, Danedan D. School attendance in children with Type 1 diabetes. Diabet Med 2005; 22: 421-426.
105. Parent KB, Wodrich DL, Hasan KS. Type 1 diabetes mellitus and school: A comparison of patients and healthy siblings. Pediatr Diabetes 2009; 10: 554-562.
106. Cyranka K, Rutkowski K, Krol J, et al. Differences in marital communication and parental attitudes between parents of healthy children and parents of children with type 1 diabetes. Psychiatr Pol 2012; 46: 523-38.
107. Tattersal R. Psychosocial aspects of diabetes in childhood and adolescence. Pediatr Ann 1987; 16: 728-740.
108. Carroll A, Marrero D. How do parents perceive their adolescent's diabetes: A qualitative study. Diabet Med 2006; 23: 1222-4.
109. Lewandowski A, Drotar D. The relationship between parent- reported social support and adherence to medical treatment in families of adolescents with type 1 diabetes. J Pediatr Psychol 2007; 32: 427-436.
110. Marshall M, Carter B, Rose K, et al. Living with type 1 diabetes: Perceptions of children and their parents. J Clin Nurs 2009; 18: 1703- 1710.
111. Dashiff C, Hardeman T, McLain R. Parent- adolescent communication and diabetes: An integrative review. JAN 2008; 62: 140-162.
112. Er M. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2006; 49: 155-168.
113. Sleeman F, Northam EA, Crouch W, et al. Psychological adjustment of well siblings of children with type 1 diabetes. Diabet Med 2010; 27-1084-7.
114. Davidson M, Penney ED, Muller B, et al. Stressors and self-care challenges faced by adolescents living with Type 1 diabetes. Appl Nurs Res 2004; 17: 72-80.
115. Jaser SS, Faulkner MS, Whittemore R, et al. Coping, self-management, and adaptation in adolescents with type 1 dibetes. Ann Behav Med 2012; 43: 311-9.
116. Guo J, Whittemore R, Grey M, et al. Diabetes self-management, depressive symptoms, quality of life and metabolic control in youth with type 1 diabetes in China. J Clin Nurs 2012; 22: 69-79.

117. Li R, Xiong F, Hu Y, et al. Survey on quality of life in children and adolescents with type 1 diabetes. Zhejiang Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban 2013; 42: 388-95.
118. Vlachioti E, Petsios K, Boutopoulou B, et al. Assessment of self-reported self-esteem in healthy and diabetic children and adolescents in Greece. J Diabetes2010; 2: 104-111.
119. Erdoğan A, Karaman MG. Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların tanınması ve yönetilmesi. Anatolian Journal of Psychiatry 2008; 9: 244-252
120. Weissberg-Benchell J, Glasgow AM, Tynan WD, et al. Adolescent diabetes management and mismanagement. Diabetes Care 1995; 18: 77-82.
121. http://www.unicef.org.tr/tr/content/article/785/ergenler-cevreleri-ve-saglik.html (Erişim Tarihi: 17.07.2013).
122. Çapulcuoğlu U, Gündüz B. Öğrenci tükenmişliğini yordamada stresle başa çıkma, sınav kaygısı, akademik yetkinlik ve anne-baba tutumları. Eğitim Bilimleri Araştırmaları Dergisi 2013; 1: 201-215.
123. Glenn CR, Klonsky ED. One-year test-retest reliability of the inventory of statements about self-injury (ISAS). Assessment 2011; 18: 375-8.

EKLER

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (EK-1)

- **BİLGİLENDİRME**

Bu çalışma, sağlıklı ve Tip 1 DM tanısı ile izlenen ergenlerde saldırganlık ve kendine zarar verme davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu amaçla; Erciyes Üniversitesi Fevzi Mercan-Mustafa Eraslan Çocuk Hastanesi Çocuk Endokrin Polikliniği'nde izlenen Tip 1 DM'li ergenler ve Kayseri Talas Lisesi'nde öğrenim gören sağlıklı ergenler için ayrı ayrı hazırlanan Tanıtıcı Özellikler Anket Formu'nu ve Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri ile Saldırganlık Ölçeği'ni ergenlerden doldurmaları istenmektedir.Bu çalışmaya katılıp katılmamakta özgürsünüz. Elde edilen veriler bilimsel amaç için toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederiz.

Yağmur SEZER EFE
Erciyes Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik AD Yüksek Lisans Öğrencisi
Tel: 0506 437 85 62

ERGEN İÇİN GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Aşağıda imzası bulunan ben, ……yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım.

Çalışma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında bana saygı gösterileceğine inanıyorum. Söz konusu çalışmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih: **Adı Soyadı**

İmza

EBEVEYN İÇİN GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Aşağıda imzası bulunan ben, ……yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım.

Çalışma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında benim ve çocuğumun mahremiyetine saygı gösterileceğine inanıyorum. Söz konusu çalışmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendimin ve çocuğumun katılmasını kabul ediyorum.

Tarih: **Adı Soyadı**

İmza

EK-2: SAĞLIKLI ERGENLER İÇİN TANITICI ÖZELLİKLER ANKET FORMU

Adı Soyadı: **Anket No:**

Adres: **Tarih:**

Telefon Numarası:

1- Doğum tarihiniz:……

2- Cinsiyetiniz: 1) Kız 2) Erkek

3- Kaçıncı sınıfta okuyorsunuz?

1) 9. sınıf 2) 10. sınıf 3) 11. sınıf 4) 12. sınıf

4-Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır (6. soruya geçiniz)

5-Çalışma durumunuz:

1) Tam gün
2) Yarım gün
3) Diğer (açıklayınız……)

6- Kaç kardeşsiniz?(Sen dahil)……

7- Gelir düzeyiniz nasıldır?

1) Gelir giderden az (Düşük)
2) Gelir ile gider eşit (Orta)
3) Gelir giderden fazla (Yüksek)

8- Sosyal güvenceniz var mı?

1) Var (Belirtiniz):……..)
2) Yok

9- Aile tipiniz:

1) Çekirdek aile 2) Geniş aile 3) Parçalanmış aile (Boşanma, ölüm)

Anne, baba, kardeşlerin ve arkadaşlarınla ilişkin nasıl?

	Çok iyi	**İyi**	**Ne iyi ne kötü**	**İyi değil**	**Hiç iyi değil**
10- Annemle ilişkim					
11- Babamla ilişkim					
12- Kardeşlerimle ilişkim					
13- Arkadaşlarımla ilişkim					

14- Son bir yılda seni strese sokan sınava hazırlanma gibi durumlar yaşadın mı?

1)Evet

(açıklayınız……..)

2)Hayır

15- Herhangi bir kronik hastalığın var mı? (Şeker Hastalığı, Kalp Hastalığı, Astım…)

1)Evet
(açıklayınız……)
2)Hayır

16- Aşağıda 9 çift (iki uçlu) sıfat verilmiştir. Bunlar senin yaşayabileceğin duygularla baş etmeni değerlendirmeye yöneliktir. Lütfen her çift sıfatı dikkatlice inceleyip ölçekte senin baş etmeni en uygun şekilde yansıtan seçeneği işaretle. Her sıfat için 1'den 7'ye kadar olan aralıklardan birini seç. (1 en az, 7 en çok) Lütfen yanıtsız ifade bırakma.

Hayatta Yaşadığın Duygular

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	
Düşük beklenti								Yüksek beklenti
Bağımlı								Bağımsız
Güçsüz								Güçlü
Pasif								Aktif
Önemsiz								Önemli
Şimdiye odaklı								Geleceğe odaklı
Ceza								Ödül
Kısıtlı								Özgür
Umutsuz								Umutlu
Dengesiz								Dengeli

17- Aşağıda 10 çift (iki uçlu) sıfat verilmiştir. Bunlar senin baş etmeni değerlendirmeye yöneliktir. Lütfen her çift sıfatı dikkatlice inceleyip, ölçekte senin baş etmeni en uygun şekilde yansıtan seçeneği işaretler misin? Her sıfat için 1'den 7'ye kadar olan aralıklardan birini seç (1 en az, 7 en çok). Lütfen yanıtsız ifade bırakma.

Ergen Olarak Yaşamak

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	
Zor								Kolay
Kötü								İyi
Uyumsuz								Uyumlu
Başarısız								Başarılı
Bıkkın								Canlı
Gizemli								Açık
Kontrolsüz								Kontrollü
Utanma								Gurur duyma
Çatışmalı								Barışık
Huzursuz								Huzurlu

EK-3: TİP 1 DM'Lİ ERGENLER İÇİN TANITICI ÖZELLİKLER ANKET FORMU

Adı Soyadı: **Anket No:**
Adres: **Tarih:**
Telefon Numarası:

1- Doğum tarihiniz:……

2- Cinsiyetiniz: 1) Kız 2) Erkek

3- Kaçıncı sınıfta okuyorsunuz?
1) 9. 2) 10. 3) 11. 4) 12.

4-Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
1)Evet 2)Hayır

5-Çalışma durumunuz:
1) Tam gün
2) Yarım gün
3) Diğer (açıklayınız……)

6- Kaç kardeşsiniz?(Sen dahil)……

7- Gelir düzeyiniz nasıldır?
1) Gelir giderden az (Düşük)
2) Gelir ile gider eşit (Orta)
3) Gelir giderden fazla (Yüksek)

8- Sosyal güvenceniz var mı?
1) Var (Belirtiniz):……..)
2) Yok

9- Aile tipiniz:
1) Çekirdek aile 2) Geniş aile 3) Parçalanmış aile (Boşanma, ölüm)

10- Son bir yılda seni strese sokan sınava hazırlanma gibi durumlar yaşadın mı?
1)Evet
(açıklayınız……..)
2)Hayır

11- Oturduğunuz yer; 1)Köy 2)Kasaba 3)İlçe 4)İl

12- Kaç yıldır Tip 1 DM hastasısınız? (Tanı süresi)
.....ay/yıl aldım.

13- Tip 1 DM dışında başka kronik hastalığınız var mı?(Kalp hastalığı, astım …)
1)Evet (açıklayınız,……..……..…….)
2)Hayır

14-Tip 1 DM tedavisi için kaç ay/yıldır insülin kullanıyorsunuz/yapıyorsunuz?

.....ay/yıl

15- Hastalığında hangi beslenme modelini kullanıyorsun?

1) Karbonhidrat sayımı serbest
2) Sabah, öğlen ve akşam sabit yemekler ve ara öğünler

16- İnsülinini hangi tip tedavi ile uyguluyorsun?

1) Enjeksiyon
2) Kalem
3) Pompa

17- Tip 1 DM tedavisine ilişkin hangi tip insülin kullanıyorsunuz ve günde kaç kez insülin yapıyorsunuz? (Hangi tip insülin kullandığınızı tablodan seçiniz ve yuvarlak içine alınız.)

İnsülin tipi	**Piyasadaki adı**	**Günde kaç kez uygulandığı**
Kısa etkili insülin	Humulin R	
	Actrapid	
Hızlı etkili insülin	Apidra	
	Humulog	
	Novorapid	
Orta etkili insülin	Humulin N	
	İnsulatard	
Uzun etkili İnsülin	Lantus	
	Levemir	
Hazır karışım insülin	Humilin M 70/30	
	Mixtard 30	
	Humulog mix 25	
	Humolog mix 50	
	Novomix 30	

18- Tip 1 DM tedavisinde insülini kim yapıyor?

1)Kendim
2)Annem ve ben
3)Diğer (açıklayınız……..)

19- Kan şekerini günde kaç kez ölçüyorsun?

1) Hiç 2) 1 kez 3) 2 kez 4) 3 kez ve üzeri 5) Diğer (açıklayınız…)

20- Tip 1 DM'e yönelik diyabet eğitimi aldınız mı?

1)Evet (kimden?.....…….…)
2)Hayır

21- Son bir yılda Tip 1 DM'un komplikasyonlarına bağlı pediatri servisinde yatışınız oldu mu?

Hipoglisemi için	1)Evet (Kaç kez?.....)	2)Hayır
Hiperglisemi için	1)Evet (Kaç kez?.....)	2)Hayır
Ketaoasidoz için	1)Evet (Kaç kez?.....)	2)Hayır

22- Hastalığınızdan dolayı ne sıklıkta kontrollere gidiyorsunuz?

1)Üç ayda bir
2)Altı ayda bir
3)Diğer (açıklayınız ……. Gün/Ay)

23- Endokrin poliklinik kontrollerine kimle birlikte gidiyorsunuz?

1)Kendim
2)Annem
3)Babam
4)Arkadaşlarım
5)Diğer (açıklayınız……..)

24- Tip 1 DM'a yönelik tedavi programı size uygun mu?

1)Evet
2)Hayır (Neden?.....)

25-Tip 1 DM'a yönelik tedavi programında yer alan düzenliegzersiz programına uyuyor musunuz?

1)Evet
2)Hayır (Neden?.....)

26-Tip 1 DM'a yönelik tedavi programında yer alan diyete uyuyor musunuz?

1)Evet
2)Hayır (Neden?.....)

27-Tip 1 DM'a yönelik tedavi programında yer alan insulini düzenli kullanıyor musunuz?

1)Evet
2)Hayır (Neden?.....)

28-Tip 1 DM'a yönelik tedavi programınıza uymayan ne tür davranış/davranışlar yapıyorsunuz?

a) Diyete ilişkin (örn. Öğün atlama/fazla yeme gibi)

Bunun sana zarar verebileceğini biliyor musun?

1)Evet (Neden?.....
2)Hayır

Bu davranış/davranışları bilerek/isteyerek mi yapıyorsunuz?

1)Evet
2)Hayır (Neden?.....)

b) Egzersize ilişkin (örn. fazla/az yürüme gibi)

Bunun sana zarar verebileceğini biliyor musun?

1)Evet (Neden?.....
2)Hayır

Bu davranış/davranışları bilerek/isteyerek mi yapıyorsunuz?

1)Evet

2)Hayır (Neden?.....)

c) İnsüline ilişkin (örn. doz atlama/fazla doz yapma gibi)

Bunun sana zarar verebileceğini biliyor musun?

1)Evet (Neden?.....

2)Hayır

Bu davranış/davranışları bilerek/isteyerek mi yapıyorsunuz?

1)Evet

2)Hayır (Neden?.....)

Tip 1 DM tedavisinden dolayı;

	1)Evet	**2)Hayır**
29- okul yaşantın etkilendi mi?		
30- sosyal yaşantın (gezi, tatil….) etkilendi mi?		
31- arkadaşlarınla ilişkin etkilendi mi?		
32- annen ile ilişkin etkilendi mi?		
33- babanla ilişkin etkilendi mi?		
34- kardeşlerinle ilişkin etkilendi mi?		

35-Aşağıda 10 çift (iki uçlu) sıfat verilmiştir. Bunlar senin diabetle baş etmeni değerlendirmeye yöneliktir. Lütfen her çift sıfatı dikkatlice inceleyip, ölçekte senin diabetle baş etmeni en uygun şekilde yansıtan seçeneği işaretler misin? Her sıfat için 1'den 7'ye kadar olan aralıklardan birini seç (1 en az, 7 en çok). Lütfen yanıtsız ifade bırakma.

Diabetle Yaşamak

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	
Zor								Kolay
Kötü								İyi
Uyumsuz								Uyumlu
Başarısız								Başarılı
Bıkkın								Canlı
Gizemli								Açık
Kontrolsüz								Kontrollü
Utanma								Gurur duyma
Çatışmalı								Barışık
Huzursuz								Huzurlu

36-Aşağıda 10 çift (iki uçlu) sıfat verilmiştir. Bunlar senin diabet hastalığına bağlı olarak yaşayabileceğin duygularla baş etmeni değerlendirmeye yöneliktir. Lütfen her çift sıfatı dikkatlice inceleyip ölçekte senin diabete bağlı yaşayabileceğin duygularla baş etmeni en uygun şekilde yansıtan seçeneği işaretle. Her sıfat için 1'den 7'ye kadar olan aralıklardan birini seç (1 en az, 7 en çok). Lütfen yanıtsız ifade bırakma.

Diabette Yaşanabilecek Duygular

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	
Düşük beklenti								Yüksek beklenti
Bağımlı								Bağımsız
Güçsüz								Güçlü
Pasif								Aktif
Önemsiz								Önemli
Şimdiye odaklı								Geleceğe odaklı
Ceza								Ödül
Kısıtlı								Özgür
Umutsuz								Umutlu
Dengesiz								Dengeli

37- Görüşme Yapılan Gündeki Laboratuar Değerleri

Testler	**Ölçüm Değerleri**
HbA1c	
Kan şekeri	

EK-4: KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI DEĞERLENDİRME ENVANTERİ

BÖLÜM I: DAVRANIŞLAR

Aşağıdaki anket çeşitli kendini yaralama davranışlarını sorgulamaktadır. Lütfen yalnızca belirtilen davranışı **kasıtlı olarak (isteyerek, amaçlı)** ve **intihar amacı olmaksızın** gerçekleştirmiş iseniz işaretleyiniz.

1. Lütfen aşağıdaki maddeleri kasıtlı olarak yaşamınız boyunca kaç kez yaptığınızı belirtiniz (0, 5, 10, 100 vb.):

Kesme	
Isırma	
Yakma	
Cilde bir harf/yazı şekil kazıma	
Çimdikleme	
Saç kopartma (kökünden)	
Tırnaklama (deriyi kanatacak kadar)	
Kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma	
Yaranın iyileşmesine engel olma (ör: kabuklarını koparma)	
Cildi sert bir yüzeye sürtme	
Kendine iğne batırma	
Tehlikeli/zararlı madde içme/ yutma	
Diğer	

****

Önemli: Eğer yukarıda belirtilen davranışlardan bir ya da daha fazlasını gerçekleştirmiş iseniz anketin kalan kısmını doldurunuz. Eğer belirtilen davranışlardan hiç birisini gerçekleştirmemiş iseniz anketin kalan kısmını doldurmayınız ve bir sonraki ankete geçiniz.

****

2. Hangi yaşta?

1)İlk kez kendine zarar verdiğinde kaç yaşındaydın? .....

2)En son ne zaman kendine zarar verdiniz? (yaklaşık gün/ay/yıl) …….

3. Kendine zarar verme davranışı sırasında fiziksel acı hisseder misiniz?

1)EVET 2) BAZEN 3)HAYIR

4. Kendine zarar verme davranışı sırasında yalnız mı olursunuz?

1)EVET 2) BAZEN 3)HAYIR

5. Tipik olarak kendine zarar verme dürtüsü oluştuktan ne kadar süre sonra eylemi gerçekleştirirsiniz?

1)<1 saat 2) 1-3 saat 3) 3-6 saat

4) 6-12 saat 5) 12-24 saat 6) >1gün

6. Kendine zarar verme davranışınızı sona erdirmek ister misiniz / istediniz mi?

1) EVET 2) HAYIR

BÖLÜM II: İŞLEVLER

Yönerge:

Bu anket intihar amaçlı olamayan kendine zarar verme davranışı deneyimini daha iyi anlamamızı sağlamaya yönelik oluşturulmuştur. Aşağıda sizin kendinize zarar verme deneyiminizle ilişkili olabilecek ya da olmayabilecek durumlar bir liste olarak verilmiştir. Lütfen sizin için en uygun olan durumları belirleyiniz.

- Belirtilen durum size **hiç uygun değilse** "0" işaretleyiniz
- Belirtilen durum size **kısmen uygunsa** "1" işaretleyiniz
- Belirtilen durum size **çok uygunsa** "2" işaretleyiniz

"Kendime zarar verdiğimde, …	**0**	**1**	**2**
1….kendimi sakinleşmiş hissederim			
2….kendim ve başkaları arasında sınır çizmiş olurum			
3….kendimi cezalandırmış olurum			
4…kendime özen göstermek için bir yol bulmuş olurum (yaramla ilgilenerek)			
5… uyuşukluk hissinden kurtulmak için acı oluşturmuş olurum			
6….intihar girişimi dürtümden kaçınmış olurum			
7….heyecan ve coşku yaşatan bir şey yapmış olurum			
8….akranlarımla aramda bir bağ kurulmuş olur			
9….başkalarının hissettiğim duygusal acının boyutunu anlamalarını sağlamış olurum			
10…acıya dayanıklılığımı görmüş olurum			
11…kendimi berbat hissettiğime dair bir işaret bırakmış olurum			
12…birisinden hıncımı çıkartmış olurum			
13…kendi kendime yeterliliğimi kanıtlamış olurum			
14…içimde biriken duygusal baskıdan kurtulmuş olurum			
15…başkalarından ayrı olduğumu göstermiş olurum			
16…değersiz veya akılsızlığımdan dolayı kendime duyduğum öfkeyi göstermiş olurum			
17…duygusal stresime kıyasla baş etmesi daha kolay olan bir fiziksel yara yaratmış olurum			
18…fiziksel acı bile olsa bir şeyler hissetmiş olurum (hiçbir şey hissetmemektense)			
19…İntihar düşüncelerime gerçekten intihar girişiminde bulunmak yerine başka şekilde yanıt vermiş olurum			
20…uç bir şey yaparak kendimi veya başkalarını eğlendirmiş olurum			
21…başkalarına uyum sağlamış olurum			
22…başkalarından ilgi ya da yardım istemiş olurum			
23…güçlü veya dayanıklı olduğumu göstermiş olurum			
24…duygusal acımın gerçekliğini kendime göstermiş olurum			
25…başkalarından intikam almış olurum			
26…başkalarının yardımına bel bağlamadığımı göstermiş olurum			
27…kaygı, hüsran, öfke ve diğer bunaltıcı hislerim hafiflemiş olur			
28…kendim ve başkaları arasında bariyer inşa etmiş olurum			
29…kendimden hoşnut olmamam ya da kendimden iğrenmeme bir yanıt vermiş olurum			
30…kendimi yaramın iyileşmesine odaklarım, bu; benim için sevindirici ya da tatmin edici olabilir			
31…kendimi gerçek hissetmediğimde hala hayatta olduğumdan emin olmuş olurum			
32…intihar düşüncelerimi sonlandırmış olurum			
33…sınırlarımı zorlamış olurum (paraşütle atlamak ya da uçta bir şey yapmak gibi			
34…arkadaşlarım ve sevdiklerimle aramda bir dostluk ya da akrabalık bağı simgesi oluşturmuş olurum			
35…sevdiğim birinin benden ayrılmasına ya da beni terk etmesine engel olmuş olurum			
36…fiziksel acıya katlanabileceğimi kanıtlamış olurum			
37…yaşadığım duygusal stresi anlamlandırmış olurum			
38…bana yakın birini incitmeye çalışmış olurum			
39… özerkliğimi / bağımsızlığımı ortaya koymuş olurum			

(İsteğe bağlı) Aşağıdaki boşluğa, sizin için yukarıda sıralanmış olanlardan daha doğru durumlar var ise bir liste halinde yazınız:

(İsteğe bağlı) Aşağıdaki boşluğa, size uymasa bile yukarıda sıralanmış olanlara eklenmesi gerektiğini düşündüğünüz durumlar var ise bir liste halinde yazınız

EK-5: SALDIRGANLIK ÖLÇEĞİ

	KARAKTERİNİZE EN UYGUN YANITI (X) ŞEKLİNDE İŞARETLEYİNİZ	Hiç Uygun Değil	Çok Az Uygun	Biraz Uygun	Çok Uygun	Tam Uygun
1	Arkadaşlarım çok münakaşacı olduğumu söylerler					
2	Şans hep başkalarına gülüyor, onlardan yana oluyor					
3	Birden parlarım ama çabuk sakinleşirim					
4	Kendimi sık sık diğer insanlarla tartışırken bulurum					
5	Bazen hayatın bana adaletli davranmadığını düşünürüm					
6	İnsanlarla aynı fikirde olmazsam, onlarla tartışmaktan kendimi alıkoyamam					
7	Bazen ortada hiçbir neden yokken parlarım					
8	Kız ya da erkek birisi beni kışkırtırsa ona vurabilirim					
9	Bazen niye bu kadar katı olduğumu merak ediyorum					
10	Tanıdığım insanları tehdit ettiğim olmuştur					
11	Biri çok üzerime geldiğinde, sıkıştırdığında ona vurabilirim					
12	Öfkemi kontrol etmekte çok zorluk çekerim					
13	Eğer çok kızarsam o kişini yaptığı işleri berbat edebilirim					
14	Kapıyı arkadan gelenin yüzüne çarpacak kadar çıldırabilirim					
15	İnsanlar bana patronluk tasladıklarında, onların inadına işi ağırdan alırım					
16	İnsanlar bana nazik davrandıklarında ne isteyeceklerini merak ederim					
17	Her şeyi dağıtacak kadar çılgınlaşabilirim					
18	Bazen sevmediklerim hakkında dedikodu yayar, onlara çamur atarım					
19	Ben sakin biriyim.					
20	İnsanlar beni kızdırırlarsa, onlara gerçek düşüncelerimi söyleyebilirim.					
21	Bazen insanların arkamdan bana güldüklerini hissederim					
22	İstediğimi elde edemediğim zaman, kızgınlığımı gösteririm					
23	Bazen birine vurma isteğimi kontrol edemem					
24	Pek çok insandan daha sık kavga ederim					
25	Eğer biri bana vurursa bende ona vururum					
26	Arkadaşlarımla aynı fikirde olmadığımda açıkça söylerim					
27	Haklarımı korumak için şiddete başvurmam gerekirse, hiç çekinmem					
28	Fazla dostça davranan yabancılara güvenmem					
29	Bazen kendimi patlamaya hazır bir bomba gibi hissederim					
30	Beni gerçekten rahatsız edenlere susarak, ilgilenmeyerek tepki veririm					
31	Arkadaşlarımın arkamdan, benim hakkımda konuştuklarını bilirim					
32	Bazı arkadaşlarım, benim düşünmeden hareket ettiğimi düşünürler					
33	Bazen hiçbir şey düşünemeyecek kadar kıskanç olurum					
34	El şakası yapmaktan hoşlanırım					

Ek-5: KURUM İZİNLERİ

T.C.
KAYSERİ VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

14.02.2013-004090

Sayı : 94025929/605.01/

Konu : Anket İzni

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Dairesi Başkanlığı)

İlgi : 30/01/2013 tarih ve 14065294-044/0183-0115 sayılı yazınız.

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden **Yağmur SEZER EFE,in "Sağlık ve TIP 1 Diabetes'lu Ergenlerde Saldırganlık ve Kendine Zarar Verme Davranışları "** İlimiz Talas İlçesinde yer alan Talas Lisesindeki Öğrencilere uygulanması konulu yüksek lisans tez çalışması yapmasında bir sakıncanın olmadığı Anket Değerlendirme Komisyonu tarafından tespit edilmiş olup, eğitim–öğretimi aksatmadan Okul Müdürünün gözetiminde ve sorumluluğunda yapması, araştırma sonucundan Okul Müdürlüğünün, Müdürlüğümüze bilgi vermesi kaydıyla uygun görüldüğü ile ilgili Valilik Makamının 13/02/2013 tarih ve 004056 sayılı onay örneği ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Bilal YILMAZ
İl Milli Eğitim Müdürü

EKLER:
EK: 1- Onay Örneği (1 sayfa)
2- Onay Örneği (10 sayfa)

Bilgi b. 13-02-2013

Kurum Adres :
Hacı Saki Mh Osman Kavuncu Bulvarı
No:40/B 38010 Kocasinan / KAYSERİ
Web Sayfası : http://kayseri.meb.gov.tr
e-posta adresi : kayserimem@meb.gov.tr
Telefon : (352) 330 11 25 (pbx)
Belge Geçer : (352) 320 98 53

Bilgi için:
Şef :
Şb.Müd. :Sehlen GÜRBÜZ(136)
arge38@meb.gov.tr
Telefon : (352) 330 11 25 (160)
Faks : (352) 3363017

T.C. KAYSERİ VALİLİĞİ İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ
EĞİTİME %100 DESTEK
TURKEY 2013 FIFA
okullar hayat olsun

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Sayı : 76309330 - 117

Tarih : 08/02/2013

Konu: Anket

HASTANELER BAŞHEKİMLİĞİ'NE

İlgi: 05.02.2013 tarih ve 741 sayılı yazınız

İlgili yazınız gereğince Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Yağmur Sezer EFE'nin anket çalışmasını Anabilim Dalımızda yapması uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Türkan PATIROĞLU
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Başkan V.

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, 38039 – KAYSERİ
Tel : (0) 352 437 49 01 Fax : (0) 352 437 52 73 e-mail : tfh@erciyes.edu.tr

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURULUN ADI	: ERCİYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
AÇIK ADRES	: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Melikgazi/KAYSERİ
TELEFON	: 0 352 437 49 10 - 11
FAKS	: 0 352 437 52 85
E-POSTA	: byancar@erciyes.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sağlıklı ve Tip I Diabetes Mellitus'lu Ergenlerde saldırganlık ve kendine zarar verme davranışları				
ARIŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU					
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yard.Doç.Dr. Emine Erdem				
KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği				
KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yard.Doç.Dr. Emine Erdem				
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/Kayseri				
DESTEKLEYİCİ					
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ					
ARAŞTIRMA FAZI	FAZ 1				
	FAZ 2				
	FAZ 3				
	FAZ 4				
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon				
	Yüksek Doz Araştırması				
	Diğer İse Belirtiniz	X	Yüksek Lisans Tezi		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ X	ÇOKMERKEZ		ULUSAL X	ULUSLARARASI

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER

BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe	İngilizce	Diğer
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe	İngilizce	Diğer
OLGU RAPOR FORMU			Türkçe	İngilizce	Diğer
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe	İngilizce	Diğer

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER

BELGE ADI		Açıklama
TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ		
SİGORTA		
ARAŞTIRMA BÜTÇESİ		
BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFERFORMU		
HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ		
İLAN		
YILLIK BİLDİRİM		
SONUÇ RAPORU		

ASLI gibidir

Bahri YANCAR

Fakülte Şefi

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER			
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ		ASLI GİBİDİR
	DİĞER		Bahri YANCAR Fakülte Şefi

KARAR BİLGİLERİ		
	Karar No : 2013/123	**Karar Tarihi :** 05.02.2013
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI : Prof. Dr. Kader KÖSE

ETİK KURUL ÜYELERİ

Ünvanı / Adı Soyadı Ek Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Kader KÖSE	Tıbbi Biyokimya	E.Ü. Tıp Fak.	E K X	E H X	E X H	
Prof.Dr. Olgun KONTAŞ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E X K	E H X	E X H	
Prof. Dr. Duran ARSLAN	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E X K	E H X	E X H	
Prof. Dr. Nazan DOLU	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E K X	E H X	E X H	
Prof. Dr. İrfan ÖZYAZGAN	Plastik ve Rekonst.	E.Ü. Tıp Fak.	E X K	E H X	E X H	
Doç. Dr. Polat DURUKAN	Acil Tıp	E.Ü. Tıp Fak.	E X K	E H X	E X H	
Doç.Dr. Fatih TANRIVERDİ	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E X K	E H X	E X H	
Doç.Dr. Leyla HASDIRAZ	Göğüs Cerrahisi	E.Ü. Tıp Fak.	E K X	E H X	E X H	
Doç.Dr. Ertuğrul MAVİLİ	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E X K	E H X	E X H	
Doç. Dr. Hasan B. ULUSOY	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E X K	E H X	E X H	
Doç. Dr. Mehmet A. SOMDAŞ	KBB	Kayseri Eğitim Hastanesi	E X K	E H X	E X H	
Yard. Doç. Dr. Ferhan ELMALI	Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E X K	E H X	E H X	
Av. Zübeyde ÇELEBİ	Avukat	Hukuk Müşaviri	E K X	E H X	E X H	
Ecz. Şükran TERZİ	Eczacı	Serbest Eczacı	E K X	E H X	E H X	
Yusuf Oğuz ALTUNTAŞ	Sivil Üye	Sivil-Tiyatro Sanatçısı	E X K	E H X	E H X	

T.C
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI AKADEMİK KURUL KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
25.01. 2013	2012/ 03	04

Anabilim Dalı Akademik Kurulu 25.01.2013 Cuma günü saat 10.00 da Anabilim Dalı Başkan V. Doç.Dr. Sultan TAŞCI başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Yağmur SEZER EFE 'nin **"Sağlıklı ve TIP 1 Diabetes Mellitus'lu Ergenlerde Saldırganlık ve Kendine Zarar Verme Davranışları"** isimli tez çalışmasını Yrd.Doç.Dr.Emine ERDEM Danışmanlığında yapmasına oy birliği ile karar verildi.

Öğretim Üyesi	Görevi	İmza
Prof.Dr. E.Ümit SEVİĞ	Anabilim Dalı Başkanı	İzinli
Doç.Dr. Mürüvvet BAŞER	Üye	
Doç.Dr. Sultan TAŞCI	Üye	
Doç.Dr. Meral BAYAT	Üye	

ASLI GİBİDİR

Burhan ÇOLAK
Erciyes Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fakülte Sekreteri

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Yağmur SEZER EFE

Uyruğu: T.C.

Doğum Tarihi ve Yeri: 30 Mayıs 1988, Mersin

Medeni Durumu: Evli

Tel: +90 506 437 85 62

email: ysezerefe@erciyes.edu.tr

Yazışma Adresi: ERÜSBF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

Melikgazi/KAYSERİ

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2011- Halen
Lisans	Hacettepe Üniversitesi SBF	2005-2010
Lise	Behice Yazgan Kız Lisesi	2003-2005

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2013–Halen	ERÜ SBF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD	Araştırma Görevlisi
2012-2013	Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu	Araştırma Görevlisi
2012-2011	Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyhekim Psikiyatri Kliniği	Hemşire
2010-2011	Ankara Bayındır Hastanesi	Hemşire

YABANCI DİL

İngilizce