



KKTC
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
REHBERLİK ve PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK ANABİLİMDALI

DİYABET HASTASI ÇOCUKLARIN PSİKOLOJİK
SORUNLARINA: DANIŞMANLIKTA MÜDAHALEDE
BULUNULMASINA YÖNELİK KARŞILAŞTIRMALI
BİLGİ ve TUTUM DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayla ÖZEKMEKÇİ

Danışman
Dr. Zafer BEKİROĞULLARI

KKTC
OCAK, 2009



Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Bu çalışma jürimiz Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı'nda
YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Prof. Dr. Orhan Çiftçi

Üye: Yard. Doç. Dr. Aşkın Kiraz

Üye: Dr. Zafer Bekiroğulları

Dr. Betirgülleri

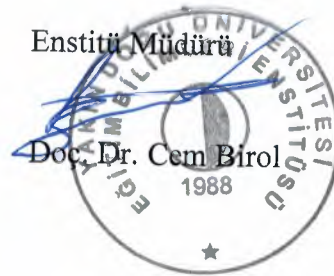
Onay

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

26/.../2009

Enstitü Müdürü

Doc. Dr. Cem Birol



ÖZET

DİYABET HASTASI ÇOCUKLARIN PSİKOLOJİK SORUNLARINA; DANIŞMANLIKTAKİ MÜDAHALEDE BULUNULMASINA YÖNELİK KARŞILAŞTIRMALI BİLGİ VE TUTUM DEĞERLENDİRMESİ (KKTC Örneği)

ÖZEKMEKÇİ, Ayla

Yüksek Lisans, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Dr. Zafer BEKİROĞULLARI

Bu araştırma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)'de Eğitim Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Fakültesi öğrencilerinin Diyabet hastası çocukların Psikolojik Sorunlarına; Danışmanlıkta Müdahalede Bulunmasına Yönelik Karşılaştırmalı Bilgi ve Tutum Değerlendirmesini ortaya çıkarmayı amaçlamıştır. Çalışmada kullanılan; "Tip 1 diyabet çocukların yaşadıkları psikolojik sorunlara yönelik rehber öğretmen ve psikolojik danışma bilgi ve tutum ölçeği" (Bekiroğulları& Özekmekçi 2008) kullanılmıştır.

SUMMARY

COMPERATIVE INFORMATION AND ATTITUDE EVALUATION TO THE PSYCHOLOGICAL ISSUES OF THE DIABETIC CHILDREN, AIMED AT INTERVENTION IN CONSULTATION (A REFERANCE FROM TRNC)

OZEKMEKCI, Ayla

Depertmant of Guidance and Psychological Counseling

Thesis Consultant: Dr. Zafer BEKİROĞULLARI

This study aims to reveal the comperative information and evaluate the attitude of Guidance and Psychological Counseling Faculty students, comperative information and attitude evaluation to the psychological issues of the diabetic children, aimed at intervention in consultation. The psychological events that Type 1 diabetic children has lived towards to guidance teacher and psychological consultant information attitude (Bekiroğulları&Özekmekçi 2008) was used.

ÖNSÖZ

Çağımızda diyabetli çocuklar ve adolesanlar büyüyen varlıklardır, bu nedenle de özel ve değişen ihtiyaçları vardır. Onların ihtiyaçları toplum ve sağlık personeli tarafından tanınmalı ve göz önüne alınmalıdır. Bununla birlikte diyabetli çocukların ve adolesanların önemli fizyolojik, tıbbi, psikolojik, sosyal ve duygusal farklılıkları vardır.

Bu farklılıklar herkesin geçtiği büyüme ve gelişme dönemlerinden kaynaklanmaktadır. Çocuk çağında ortaya çıkan diyabet normal kişisel ve aile ilişkilerini olumsuz etkilenmektedir. Diyabetli olan çocuk ve ailelerin psikososyal destek alma hakkına sahiptirler.

Toplum diyabetli çocuk ve ailelerini ihtiyacı olan bütün konularda desteklenmelidir. Yeni kuşakların yetiştirilmesinde psikolojik danışman ve rehber öğretmenlerinin bu konuda bilgilendirilmesini ön görüyorum.

Bu araştırmada bana katkı sağlayan ve her zaman yardımlarını esirgemeyen danışmanım Sayın Dr. Zafer Bekiroğulları'na teşekkürü bir borç bilirim.

Tüm yaşamım boyunca maddi ve manevi desteklerini hiç esirgemeyen

Annem: Serpil Özekmekçi

Babam: Atay Özekmekçi

Ağabeylerim: Niyazi Özekmekçi

Kemal Özekmekçi

Dedem Niyazi Alpago

Nenem Ayla Alpapo'ya sonsuz saygılarımla

İÇİNDEKİLER	sayfa
JÜRİ ÜYELERİNİN İMZA SAYFASI.....	ii
ÖZET.....	iii
SUMMARY	iv
ÖNSÖZ.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
KISALTMALAR.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
TABLolar LİSTESİ.....	x
 BÖLÜM I	
GİRİŞ.....	1
Problem.....	1
Amaç.....	13
Problem Cümlesi.....	14
Alt Problemler.....	14
Önem.....	15
Sayıtlılar.....	15
Sınırlılıklar.....	16
Tanımlar.....	16
 BÖLÜM II	
KURAMSAL ÇERÇEVE	20
 BÖLÜM III	
İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	42
 BÖLÜM IV	
YÖNTEM.....	47
Araştırmanın Modeli.....	47
Evren ve Örneklem.....	47
Veri Toplama Araçları.....	47

Uygulama.....	48
Verilerin Çözümü ve Yorumlanması.....	48
Süre ve Olanaklar	49
BÖLÜM V	
BULGULAR VE YORUMLAR.....	51
BÖLÜM VI	
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	59
Sonuç.....	59
Öneriler.....	61
KAYNAKÇA.....	63
EKLER.....	74
Ek-1	74
Ek-2.....	76

KISALTMALAR

PDR: Danışman ve Rehber Öğretmen

YDÜ: Yakın Doğu Üniversitesi

İBDM: İnsüline Bağımlı Diabetüs Mellitus

OBS: Organik Beyin Sendromu

DM: Diabetüs Mellitus

DKA: Diyabetik Ketoasidoz

GTB: Glukoz Tolerans Bozukluğu

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Yapılan Çalışmalar.....	50
----------------------------------	----

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Tip 1 diyabetle ilgili bilgi ve tutum düzeyleri.....	51
Tablo 2: Cinsiyetlerine göre dağılımı.....	52
Tablo 3: Cinsiyet durumlarına göre bilgi düzeyleri.....	52
Tablo 4: Cinsiyet durumuna göre bilgi düzeyi farkı.....	53
Tablo 5: Cinsiyet durumlarına göre tutum düzeyleri	53
Tablo 6: Cinsiyet durumlarına göre olumlu tutum düzeyleri farkı.....	54
Tablo 7: Çevresinde diyabet hastası olan ve olmayanların düzeyleri.....	55
Tablo 8: Çevresinde diyabet hastası olanla olmayan bilgi düzeyleri ortalaması.....	55
Tablo 9: Çevresinde Tip 1 diyabet hastası olan öğrencilerin tip 1 diyabetle ilgili bilgi düzeyleri arasındaki fark.....	57
Tablo 10: Yakın çevresinde diyabet hastası olanla, çevresinde diyabet hastası olmayan öğrencilerin tutum düzeyleri.....	57
Tablo 11: Olumlu tutum düzeyleri ile çevresinde diyabet hastası olmayan tutum düzeyleri arasındaki fark.....	58

BÖLÜM I

GİRİŞ

Bu bölümde araştırmanın problemi, amacı, önemi, sınırlılıkları ve araştırmada kullanılan bazı kavramların tanımları verilmektedir.

Problem

Çocuk aile içerisinde doğar, büyür ve gelişir. Sağlıklı olmak yaşamın sürdürülmesinde temel unsurdur. Günümüzde kronik hastalığı bulunan “diyabet çocuk” ve “diyabet yetişkin” nüfusu gittikçe artmaktadır. (Yılmaz ve Diğerleri, 2004).

Çocuklarda diyabet görülme sıklığı ülkeden ülkeye farklılık göstermekte olup Avrupa ve Amerika’da %2.2-0.3, İskandinav ülkelerinde ise %0.3-0.5 gibi önemli bir sayıyı oluşturmaktadır. Türkiye’de 1999 yılında yapılan bir çalışmada da çocuk ve adolesan çağındaki diyabet görülme sıklığı yüz binde 2.54 olarak bulunmuştur (Günöz H,1999). Kıbrıs’ta ilgili durumları yansıtan kesin bir çalışmaya rastlanmamıştır. (Bekiroğulları ve Özekmekci 2008a).

Diyabetli çocuk ve ergenlerde depresyon önemli bir sorundur (Grey ve Diğerleri,2002).

Diyabet ve Depresyonun birlikteliği öz kırım düşüncelerinde artma (Kovacs ve Diğerleri, 1997), daha sık hastaneye yatma (Garrison ve Diğerleri, 2005),

Akut komplikasyonlarda da (diabetik ketosaidoz ya da hipoglisemi) artış gibi olumsuz sonuçlar için risk oluşturmaktadır (Rewers ve Diğerleri, 2002) .

Depresyonun İnsüline Bağımlı Diyabetüs Mellitus üzerine olan olumsuz etkilerinin yanı sıra İBDM'in depresyon üzerine olan olumsuz etkilerini de göz ardı edilmemelidir (Bekiroğulları ve Özekmekci 2008b).

Gençlerde depresyonun eşik altı görünümünün de klinik depresyon kadar zarar verici olabildiğine dair kanıtlar bulunmaktadır. Depresif belirtilerin eşik altı görünümüleri depresyondan daha sıktır ve genç insanlarda yüksek düzey depresif belirtiler sonraki depresyonun habercisidir (Stewart ve Diğerleri, 2005a).

Depresyon ve anksiyete gibi belirtiler hastanın önerilen tedaviye katılımına olan olumsuz etkilerinin ya da kendine zarar verme davranışlarının bir formu olarak istemli olarak tedaviye katılmamalarına neden olarak olumsuz sonuçların ortaya çıkmasında etkili olabilirler (Garrison ve Diğerleri, 2005).

Diyabet denilince hepimizin aklına toplumda sık görülen önemli bir hastalık gelir. Ya birinci dereceden bir yakınınızda ya da akrabalarınızdan birinde mevcuttur. Ömür boyu süren bu hastalıkla başa çıkmanın yolu, bu hastalığı ciddiye almaktan, onu iyi öğrenmekten ve disiplinli bir şekilde tedavisini A'dan Z'ye dikkatli bir şekilde sürdürmekten geçiyor (Kaftancıoğlu,2007).

Dünyada diyabet gelişim süreci içinde olan bir hastalıktır. Diyabete ilişkin küresel değişiklikler çocuk ve ergenleri de etkilemekte ve her tip diyabetin sıklığı artmaktadır. Dünyanın bir çok ülkesinde, çocukluk çağı diyabet yılda %3-5 oranında artış göstermekte, tip 2 diyabet ise giderek daha küçük yaşlarda görülmektedir. Kronik bir hastalığın prognozunu belirleyici en önemli öğelerden biri izleminin niteliği ve niceliğidir. Düzenli aralar ile izlem ve tedaviye uyum, iyi prognozun ön koşullarıdır. Bu koşul kronik bir hastalık olan Tip 1 diyabet için de çok önemli ve öncelikli olup, uzun sürede gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi veya geciktirilmesi için zorunludur. İzlemede gerekenlerin eksiksiz yapılması yanında gereksiz yaklaşımlardan kaçınılması etik ve ekonomik açıdan önem taşır (ISPAD Guidelines,2000).

Diyabetli olma, hastalığın kendisi ve bakımı hakkında yeterli bilgi sahibi olmayı gerektirir. Diyabetle yaşayan kimseler bu hastalığın günün 24 saatinin birlikte geçirildiği bir hastalık olduğunu bilirler. Genellikle hastanın tatil, doğum günleri, partiler, hastalık ve ağır egzersiz gibi diyabet tarafından etkilenen gündelik işler üzerinde deneyim kazanması bir yıl kadar süre alabilir. Hekim ise, hastanın şeker hastalığının gidiş süreci içinde tedavinin planlayıcısı ve yol göstericisidir (Hanas,2001).

Dünyada Avrupa nüfusunun üçte biri kadar, yaklaşık 100 milyondan fazla insanın şeker hastası olduğu bilinmektedir. Uluslararası diyabet federasyonuna göre bir salgın gibi yayılan bu hastalık, herkesi tehdit etmektedir. Diyabet, genellikle bir batı hastalığıdır. Örneğin ABD’de her 20 kişiden biri diyabetiktir. Tıp dilinde “Diabetes Mellitus” halk arasında Şeker Hastalığı ömür boyu devam eden, hastanın yaşam kalitesini direkt etkileyen, kalp ve böbrek rahatsızlıklarına yakalanma riskinin yüksek olduğu önemli bir hastalıktır. Her ne kadar istatistikçiler iç karartıcı görünse de, modern dünya bu öldürücü hastalığa karşı koyabilir, onunla etkin bir şekilde mücadele edilebilir (Kaftancıoğlu,2007).

Şeker (tıp dilinde glukoz),vücudun tüm hücrelerinin kullandığı çok önemli bir enerji kaynağıdır. Organlarınızın çalışabilmesi için yediğiniz besinlerdeki enerjiye gereksinimi vardır. Besinlerdeki enerjinin kullanılabilmesi için sindirim kanalında şekerlere parçalanması gerekir. Bu şekerler kana geçerek organlara taşınır. Şeker yani glukoz hücreler için en temel enerji kaynağıdır. Ancak, kandaki şeker miktarının uzun süreli olarak yüksek bulunması durumunda enerji olarak kullanılamaz. Hatta hücreler için zarar verici (zehir) etki yaratarak damarlar başta olmak üzere bazı temel organlarda hasar yaratır. Bu yüzden açlık ve tokluk durumlarında, vücudun kan şekeri yönünden belli sınırlar içinde tutulmasında zorunluluk vardır. Vücuttaki kan şekerini normal sınırlarda tutan organ ise pankreasır. Pankreas, karının sol üst tarafında midenin arkasında yer alır. Yaklaşık olarak uzunluğu 12-15 cm, ağırlığı 70-100 gr kadardır. Pankreas iki tip işlevi birlikte yürütür. Bunlardan birisi hormonları salgılamak, diğeri besinleri sindirmenizi sağlayan birçok enzimi de bağırsaklara salgılamaktır.

Pankreas hem kan şekerini dengelemeye, hem de organlara enerji kaynağı olan şekeri hücre içine (özellikle yağ, kas, karaciğer) sokmak için insülin adındaki bir hormonu kana verir. Ayrıca, kan şekerinin çok düştüğü durumlarda yaşamsal önemdeki organların zedelenmesini engellemek için glukagon adında, kan şekerini yükseltici hormon da salgılar. İnsülin, şekeri hücrelerin içine sokarken, kan şekerinin düşmesine neden olur. Kan şekeri kanın 100 mililitresinde miligram cinsinden (mg/dl) veya litrede milimol (mmol/L) cinsinden belirtilir. mmol/L'yi, mg/dl'ye çevirmek için 18 ile çarpmak yeterlidir. Normal kan şekeri sınırları açlıkta 70-100 mg/dl'dir (3.8-6.1 mmol/L). Açlık kan şekeri 126 mg/dl'yi (7.0 mmol/L) geçmemelidir. Yemeklerden 2 saat sonra ölçülen kan şekeri en fazla 140 mg/dl olmalıdır. Birey kendini bu düzeylerde iyi hisseder. Yükselmesi (140 mg/dl ve üzeri) veya düşmesi (60 mg/dl ve aşağısı) birtakım şikayetlere yol açar. İşte insülin bu dengeyi sağlar. Şeker hastalığı yani diyabet, pankreastaki insülinin ya hiç salgılanmaması ya da salgısındaki bozukluk ile veya hücreye giriş noktasındaki alıcılarda ya da hücre içindeki iletide bir kusur sonucu oluşur.

Bu son durumu anahtar-kilit modeline benzetebilir. Anahtar (insülin), kilide sokulduğu (hücre içindeki ileti) zaman kapı açılır (insülin etkisi). İnsülin etkisi olmadığında kanda şeker yükselir. Şeker, her tür hücre için en önemli ve vazgeçilmez yakıt kaynağıdır. Otomobil nasıl benzinsiz çalışmaz ise, vücuttaki organlarda insülinin etkisi olmadan çalışamaz. Şeker belli düzeylerin üzerine çıktığında yani 180 mg/dl'yi geçince; vücut hücrelerin hasarlanmasını önlemek için idrar yoluyla şekeri atmaya çalışır. O zaman idrarda da şeker çıkmaya başlar. Şeker idrarla atılırken, yoğun bir bileşik olduğundan böbreklerdeki suyu da birlikte sürükler. Böylece idrarla bol su ve tuz kaybedilir. Vücudun fazla su kaybetmesi sonucu kan yoğunlaşır. Bu durumda beyindeki susuzluk merkezi uyarılır ve kişi çok su içme isteği duyar. Böylece diyabetin erken bulgularından bol ve sık idrara çıkmak, susamak ve su içme isteği ortaya çıkar. Oluşum biçimi ve hastalığın seyrindeki özelliklerine göre diyabetin Tip 1, Tip 2 ve gestasyonel diyabet şekilleri vardır. En sık görülen diyabet şekli Tip 2'dir. Tip 2 diyabetin bulguları yavaş ortaya çıkar. Çoğunlukla hasta bunları fark etmez. Rastgele ölçülen kan şekeri veya organ

hasarları ile ortaya çıkar. En sık görülen hasarlar görme bozuklukları, ellerde ve ayaklarda uyuşma, karıncalanma, yara iyileşmesinde gecikme, kalp-damar hastalığı, tansiyon yüksekliği, gebelerde iri doğum ve düşüktür.

Eğer insülin salgısı hiç yoksa Tip 1 diyabet oluşur. Bu tip diyabet daha çok çocuk ve gençlerde görülür. Bağışıklık sisteminin bozulması sebebiyle, kişinin pankreası kendisine yabancılaşır. Kişinin kendi bağışıklık hücreleri, insülin salgılayan pankreasın adacık hücrelerine saldırmaya başlar. Bu saldırı sonucu insülin yapan hücreler yok olur. Pankreas insülin yapamaz duruma gelir. Kanda insülin bulunmadığından, Tip 1 diyabette şikayetler çok hızlı başlar ve gelişir. Şeker koması hızla gelişebilir. Hastaya tedavisinde mutlaka insülin verilir. Eğer düzensiz insülin salgısı varsa veya insülin etki etmiyor ise Tip 2 diyabet oluşur. Tip 2 diyabet daha çok orta (40 yaş üzeri) ve ileri yaşta görülür. Şişmanlarda, ailesinde diyabet olanlarda, tosumuk doğuran gebelerde, hipertansiyonu olanlarda gelişme riski fazladır. Hasta tedavisinde haplar ve insülin kullanılır. Şikayetler uzun sürede yavaş yavaş gelişir. Kişi bunları fark etmeden, ilerlemiş organ hasarları (göz, böbrek, kalp, diyabetik ayak...vb) ile doktora başvurabilir.

Diyabetikler şu şikayetlerle de doktora gelebilirler:

- Yorgunluk, halsizlik, kilo kaybı
- Cilt yaralarının geç kapanması, zor iyileşmesi
- Sık sık enfeksiyon gelişmesi
- Kuru ve kaşıntılı cilt
- Sık idrar yapma, ağız kuruluğu, çok su içme
- Kadınlarda mantar hastalıkları
- Açlık hissi ve çok yemek yeme
- Bulanık görme
- Ellerde ve ayaklarda uyuşma
- Cinsel sorunlar (Yılmaz ve Diğerleri,2002).

Diyabet görölme sıklığı dünya çapında da artıyor ve 2025 yılında Tip 2 diyabetli nüfusunun neredeyse iki katına çıkacağı tahmin ediliyor. Ayrıca, İngiltere’de çocuklarda Tip 1 diyabet giderek daha erken yaşlarda gelişiyor gibi görünmekte ve erişkin çağın erken evrelerinde Tip 2 diyabet gelişen hasta sayısı giderek artmaktadır. Bu gibi değişikliklerin birçok nedeni vardır ve herhangi bir kişide birden çok etmenin rolü olabilir. Bu etkenlerden biri de genetikdir.

Genetik tek yumurta ikizlerini ve diyabetli hastaların soyağaçlarını inceleyen araştırmacılar, kalıtımın her iki diyabet tipinde de önemli bir etmen olduğunu belirlediler. İkizlerden birinde tip 1 diyabet varsa, ikincisinde gelişme olasılığı yaklaşık yüzde 50, anne babada varsa çocukta gelişme olasılığı ise yüzde beştir. Diyabetin kalıtımla kime geçeceğini önceden tam olarak tahmin etmek zordur. Az sayıda ailede diyabet gelişme eğilimi daha güçlüdür ve bilim adamları bu durumdan sorumlu olabilecek çeşitli genler saptamışlardır. Bu gibi durumlarda aile üyelerini test etmek ve bu kişilerde diyabet gelişme riskini belirlemek mümkün olabilir. Bununla birlikte, diyabet vakalarının büyük bir bölümünde sorumlu genleri saptamak güçtür; bu da diyabeti tek bir genin sorumlu olduğu kistik fibroz gibi diğer bazı durumlardan ayırıyor. Dolayısıyla, yakın akrabalarından birinde diyabet olması, sizde de mutlaka diyabet gelişeceği anlamına gelmez. Kalıtımla diyabet eğilimi geçen kişilerin bazılarında diyabet hiçbir zaman gelişmeyebiliyor; bu da kalıtım yanında başka bazı etmenlerin de rolü olduğunu düşündürüyor. Diğer bir etkende Enfeksiyondur. Bir süredir çocuklarda ve gençlerde Tip 1 diyabetin, çevrede öksürük ve nezlenin yaygın olduğu bazı aylarda daha sık ortaya çıktığı biliniyor. Kabakulak ve Koksaki virüsleri gibi bazı virüslerin pankreasa zarar vererek, diyabete yol açabileceği de bilinmektedir. Ancak doktorların, tek tek hastalarda diyabetin başlamasıyla özgül bir enfeksiyon atağı arasında bağlantı kurması enderdir. Bunun olası bir açıklaması, enfeksiyonun başlattığı sürecin yıllar sonra açığa çıkması olabilir.

Çevresel etmenler de diyabetin oluşmasına bir etkendir. İlginç bir bulgu da, diyabet riskinin düşük olduğu bir ülkeden riskin yüksek olduğu bir ülkeye göç eden kişilerde diyabet gelişme olasılığının, geldikleri ülkede yaşayan kişilerle aynı

olmasıdır. Yaşam biçimindeki büyük değişikliklerin de kişide diyabet gelişme olasılığının artırabildiği bilinmektedir. Bunun iyi bir örneği, Pasifik adalarından Nauru'da fosfat kaynaklarının bulunmasıyla çok zenginleşen adalılarının beslenmesinin fazlasıyla değişmesine, çok kilo almalarına ve diyabet gelişimine daha yatkın olmalarına neden olmuştur. Bütün bunlar beslenme, çevresel etmenler ve diyabet arasında önemli bağlar olduğunu göstermektedir. Ancak, diyabet gelişimi ile kişinin tükettiği şeker ve tatlı miktarı arasında doğrudan bir bağlantı olduğu söylenemez.

İkincil diyabet ise az sayıda kişide pankreastaki bir başka hastalık nedeniyle diyabet gelişebilir. Örneğin pankreatit (ya da pankreas iltihabı) bu salgı bezinin büyük bir bölümünü tahrip ederek, diyabete yol açabilir.

Cushing sendromu (vücut aşırı miktarda steroid hormon üretir) ya da akromegali (vücut çok fazla büyüme hormonu üretir) gibi hormonal bir hastalığı olanlarda, hastalığın bir yan etkisi olarak diyabet de gelişebilir. Diyabet ayrıca uzun süre aşırı miktarda alkol almanın pankreasa verdiği zarar sonucunda da ortaya çıkabilir. Stresin Diyabetle bağlantısında; birçok kişi diyabetin başlangıcını kaza ya da bir başka hastalık gibi stresli bir olaya bağlasa da, stresle diyabet arasında doğrudan bir bağ olduğunu kanıtlamak pek mümkün değildir. Bu rastlantının nedeni kişilerin daha çok stresli olaylar nedeniyle doktora başvurmaları ve diyabet tanısının da bu fırsattan yararlanılarak yapılan incelemelerde konulması olabilir (Bilous,2004).

Diyabet riski altında olan kişilerde ise;

- Ailesinde diyabet hastalığı olanlar
- Şişman ve kilo fazlalığı olanlar
- Hareketsiz yaşantı sürenler
- Hamileliği sırasında kan şekeri yükselenler
- 4 kilodan ağır bebek doğuran kadınlar
- Yüksek tansiyonlu hastalar
- Kan şekerini yükselten ilaç kullananlar
- Aşırı stres altında yaşayanlar (Kaftancıoğlu,2007).

Diyabetik hastada davranışlar, duygusal, bilişsel ve insanlar arası ilişkilere dönük tepkiler gelişir. Gelişen psikososyal tepkiler, hasta aile ve hekim için yeni güçlüklerle yol açar. Diyabetin kendisi beyin işlevlerini bozarak ruhsal bozukluklara (organik Beyin Sendromu) yol açabileceği gibi, hastalığın algılanması ve hastanın yaşam alanlarına etkisine bağlı olarak da ciddi ruhsal tepkiler (depresyon, anksiyete) gelişebilir. Psikopatolojik tepkiler, diyabetin görünümünü, şiddetini, ortaya çıkışını, seyrini, tedaviye cevabını ve gidişini etkiler.

Diyabetli hastanın bütüncül tedavisi, fiziksel tedaviler ile beraber, hastalığa eşlik eden organik mental, psikofizyolojik, psikopatolojik, davranışsal ve psikososyal tabloların tanı ve tedavisini gerektirir.

1-Stres - kan şeker ilişkisi

Diyabetin ortaya çıkışı ile yaşam olayları ilişkisini araştıran yüzlerce klinik ve laboratuvar araştırma yapılmıştır. Diyabetin ortaya çıkışında genetik faktörlerden öte, çeşitli çevresel faktörler vardır. İşte bu faktörlerin arasında biyolojik faktörlerle beraber, psikolojik zorlanmalar da, hastalığın ortaya çıkış ve şiddetinde etkili olmaktadır.

Birçok araştırmacı diyabetin ortaya çıkmasında başlatıcı "tigger" faktörler arasında ruhsal zorlanma yaratan yaşam olaylarının söz konusu olduğunu belirtmiştir. Anksiyete durumlarında, epinefrin salgısının uyarıldığı ve bunun da insülin etkisini azalttığı bilinmektedir. En basit psikososyal zorlanma ve ruhsal çatışmada dahi serbest yağ asitleri, kortizol ve kan şekeri artar.

Stres altındaki organizmada genellikle artan glukagon, katekolaminler, kortizol, büyüme hormonu, hiperglisemi ve ketokolamin düzeyi yüksek bulunmuştur. Tıbbi tedaviye rağmen kan şekeri düzenlenemeyen olgularda stres ve kaygı önemli bir etkidir. Böyle durumlarda insülin dozunu arttırmadan önce, psikolojik değerlendirme yapılmalıdır. Öte yandan, İBDM ilişkin otoimmün mekanizmalar ve

merkezi sinir sisteminin, immun işlevlerin düzenlenmesindeki rolü dikkate alınınca, psikolojik ve davranışsal mekanizmaların rolü daha da netleşmektedir.

2-Emosyonel Tepkiler

Diyabetik kişilerde, emosyonel tepkiler ve uyum güçlükleri en sık karşılaşılan sorun alanlardır. Doğal sıkıntıdan, kayıp tepkisine, narsistik bütünlüğün tehdit altında hissedilmesine dek tepkiler uyandırır. Gelecek endişesi, bağımsızlığını, yetersizliğini kaybedeceği korkusu, beden görünümünün bozulacağı endişeleri, hastanın duygu durumunu, zihinsel işlevlerini, dengesini, fiziksel duygusal otonomisini, vücut imajını, sosyal alanını etkiler. Eski çatışmalar ve çözülmemiş sorunlar ortaya çıkar. Temel özgüven duygusu zedelenir. Geleceğe ilişkin umut ve beklentileri, yaşam amaçları zorlanır.

Diyabetik hastalarda; hastalığın şiddetine, hastanın kişilik yapısına ve çevre faktörlerine göre değişmekle birlikte bazı ortak temel kaygı alanları vardır. Bunların en yaygın olanlarını şöyle tanımlayabiliriz:

- Kendi kendine yeterliliğini ve bağımsızlığını kaybedeceği endişesi
- Vücut işlevleri bedeni üzerinde denetimini kaybedeceği kaygısı
- Vücut organ ve bölümlerinin zedeleneceği endişesi
- Çevrenin ilgi ve desteğini zaman içinde kaybolacağı endişesi
- Cinsel yeterliliğinin azalacağı endişesi (özellikle erkek hastalarda)
- Suçluluk ve cezalandırılma endişesi ve tepkileri (geçmiş de yaptıkları yada yapamadıklarına ilişkin)

Böyle bir hastada temelden özgüven duygusu zedelenmiştir. Hastaların, hastalıklarına karşı geliştirdikleri tepkilerin başlıcaları şöyledir:

- Matem tepkisi
- İsyan duygusu
- İnkar
- Kaygı

- Depresyon
- Kızgınlık
- Patalojik bağımlılık
- Regresyon

Bu durumda danışmandan destek alınmalıdır.

3-Depressif Hastalık

Diyabetli hastalarda depresyon genel nüfusa göre daha fazladır. Diğer birçok kronik hastalıkta olduğu gibi diyabetli hastalarda da gelişen psikolojik sendromlar arasında en yaygın depresyondur. Diyabete eşlik eden depresyon hastanın uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye cevabı, prognozu, diyabetin seyrini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkiler.

Depresif hastalık, diyabetin denetimini bozar. Depresyon semptomları ile diyabetin semptomları birbirini artırıcı yönde etki eder. Depresyonda gelişen hormonal bozukluklar kan şekerinin denetimini bozduğu gibi, kan şekerindeki düzensizlikler depressif tablonun şiddetlendiği belirtilmiştir. Diyabetik bir hastada depressif hastalık tanısına dönük çekirdek belirti ve bulguları şöyle tanımlanabilir;

- Değersizlik duyguları (kişi durumu hakkında değil, kendisi hakkında kötü hissetmektedir) veya suçluluk düşünceleri
- İlgi alanları ve etkinliklere dönük yaygın ilgi kaybı
- Başarısızlık, çaresizlik, değersizlik düşünceleri
- Tekrarlayıcı ölüm düşünceleri
- Karar verme Güçlükleri
- Ağlama halleri

Depresyona giren hasta danışmanlık hizmetlerinden yardım alarak bu durumdan uzaklaştırılmaya çalışılmalıdır.

4-Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete, duygulanımda kaygı, korku, sıkıntı hali olup, fizyolojik, bilişsel ve davranışsal bileşikleri vardır. Benliğin kendini tehdit altında hissettiği gerilim halidir. Hastalığın getirdiği engellenmeler, yeterliliğin kaybı endişesi, ölüm korkusu, hastalığın önem ve sembolik anlamı, gerçek ya da kişisel algılanmış tehlikeler kaygı yaratır. Kaygı hali, otonomik ve kronik bir seyir kazanmış ise, kişinin günlük yaşantısını bozacak düzeyde ise yardım gerektirir.

Diyabetik hastalarda hipoglisemik atakların neden olabileceği organik kaygı bozukluğu ile psikojen bir sendrom olarak kaygı hali ayırt edilmelidir.

5-Organik beyin sendromu:

Diyabetik hastalarda depresyondan sonra, organik beyin sendromu (O.B.S) en yaygın ikinci psikiyatrik sorun alanıdır.

Organik bozukluklar ve buna bağlı belirti ve bulgular akut başlangıçlı ve geri dönüşümlü ise, akut organik beyin sendromu (delirium) (beyindeki bozukluklardan doğan işlev kayıpları); şu ya da bu ölçüde geri dönüşümsüz ve değişmez nitelikte ise, kronik organik beyin sendromu (demans) olarak tanımlanır.

Tıbbi servislerde hastalarda ortaya çıkan davranış bozuklukları, şaşkınlık, huzursuzluk, durgunluk, yönelim bozukluğu, bilinç bozukluğu, ruhsal işlevlerde karışıklık, algı kusurları, bellek bozuklukları, duygulanımda uygunsuzluk, düşünce akışında ve içeriğinde bozukluk gibi belirli ve bulgular gözlenince O.B.S olasılığı düşünülmelidir.

6-Diyabet hasta ve ailesi

Hastalık hali, kişide olduğu kadar, ailede de krize neden olur. Hasta ile aile arasındaki ilişkilerde güçlükler çıkar. Aile ilişkilerindeki bozulma diyabetin denetimini daha da güçleştirir. Hastanın uyumunu zorlaştıran 4 farklı aile tipi tanımlanmıştır.

- Aşırı koruyucu ve aşırı kaygılı aile
- Aşırı hoşgörölü ve teslimiyetçi aile
- Mükemmeliyetçi ve denetleyici aile
- İlgisiz ve reddedici aile

İlişkilerde dengeli, duyguların serbestçe ifadesine fırsat veren, çatışmaların az, işbirliğinin fazla olduğu ailelerde hastanın uyumu en iyi olmaktadır. Ailenin tutumu ilgili, ancak aşırı kaygılı olmamalıdır. Aile için rollerin net olmaması, aşırı koruyuculuğun egemen olduğu, rijit ve çatışmaları göz ardı eden aile ortamları, hastanın uyumunu güçleştirmektedir. Olası çatışmaların karşılıklı görmezlikten gelinmesi, duyguların inkar edilmesi, çatışmaların çözümünü daha da güçleştirmektedir.

7-Hasta-hekim ilişkisi

Hastanın hastalığına gerçekçi ve akılcı uyumunda hekimin tutumu da önemlidir. Bu hastalarla ilişkide açık iletişim, bilgilendirme, duyguların ve tepkilerin ifade edilmesinin kolaylaştırılması önemlidir. Doğru bilgi, hastalığın doğru algılanmasını sağlayacaktır. İlgili, yönlendirici tutum sağlanmalıdır. Diyabet kronik bir fiziksel hastalık olarak hastanın yaşamının birçok alanını etkiler. Kan şekeri düzensizlikleri merkezi sinir sistemini etkilemektedir. Depressif hastalık ve kaygı bozukluğu sıklıkla gelişir. Hastanın ruhsal durumu ve çatışmaları, hastalığın seyrini, tedaviye cevabı etkilemektedir. Depressif hastalık ve kaygı bozukluğu sıklıkla gelişir. Hastanın ruhsal durumu ve çatışmaları, hastalığın seyrini, tedaviye cevabı etkilemektedir.

Hastalık ve komplikasyonlar, vücut imajı endişeleri, iş-aile-okul sorunları ve aile içi rollerde zorlanmalara yol açar. Komplikasyonlar ne kadar erken ortaya çıkarsa ruhsal yansımalar o denli şiddetli olur.

Hastanın insülin gereksinimi, enjeksiyonlar, beslenme ve hareket kısıtlılığı yaşam alanlarını zorlar. Hem hipoglisemi hem hiperglisemi riski izlenmeyi daha da güçleştirir. Yaşam boyu bir hastalık oluşu yeni uyum ve dengelerin geliştirilmesini

zorunlu kılar. Diyabetik bir hastanın optimum tedavisi, fiziksel tedavi ve bakım ile ruhsal tedavi ve bakımının eş güdüm içinde ve eşzamanlı sağlanmasını gerektirir. Tıbbi tedavi yanında, bilgilendirme ve eğitim sağlanmalıdır. Anksiyete bozukluğu ve depressif hastalık durumları psikotrop tedavi gerektirir.

Genç diyabetlilerin bu sorunları yaşamaları ve ya rahat atlatabilmeleri için öncelikle diyabetli kişinin ve diyabetli ailesinin bu durumu kabullenmesi, hastalıkla nasıl yaşanacağı konusunda bilgilennemeleri gerekmektedir. Hem kişisel hem de ailevi sorunların çözülmesi, kabullenme gücünün ve diyabete uyumunun artırılması, hem de yaşam kalitesinin artırılması açısından, diyabetli ve ailesinin danışmanlık alması gerekmektedir.

Bu bağlamda Rehber Öğretmen ve Danışman adaylarının mesleklerine hazırlık sürecinde Tip I diyabet ile ilgili bilgi düzeyleri ve Tip I diyabet hastası olan çocuklara yönelik uygulanması gereken Danışmanlık Süreci ile ilgili olumlu tutum düzeyleri varılan durumu algılamak, alınması gereken önlemleri gelecek adına gerçekleştirebilmek için şarttır.

Amaç

Tip 1 diyabet hastası olan bir bireye ve çevresine ilgili durumu benimsetmek ilk basamaktır. İBDM tanısı olan çocuklar ve ergenlerin yaşadıkları güçlükler ve bunun üzerine etkili olabilecek diyabete bağlı faktörlerin tanımlanması için Rehberlik ve Danışman öğrencilerine gelecekte büyük görevler düşmektedir.

Bu bağlamda çalışmamız yapılması gerekenlerin ilk basamaklandırması olarak Rehberlik ve Danışmanlık Bölümü Öğrencileri'nin özellikle Tip1 diyabet hastalığını ne kadar tanıdıklarına dair bilgi düzeyinin ortaya çıkarılmasını ve Tip I diyabet hastası olan çocuklara yönelik uygulanması gereken Danışmanlık Süreci ile ilgili olumlu tutum düzeylerini ortaya çıkarmaya çalışmaktır.

Problem Cümlesi

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ndeki Yakın Doğu Üniversitesi'nde Eğitim Bilimleri Enstitü bünyesindeki Rehberlik ve Danışmanlık Bölümü Öğrencilerinin, Diyabet Hastası Çocukların Sorunlarına; Danışmanlıkta Müdahalede Bulunulmasına Yönelik Karşılaştırmalı Bilgi ve Tutum düzeyleri durumu nedir?

Alt Problemler

- 1- Araştırmaya katılan öğrencilerin Tip 1 Diyabet ile ilgili bilgi düzeyleri?
- 2- Araştırmaya katılan öğrencilerin Tip 1 Diyabet hastası olan çocuklara yönelik uygulanması gereken danışmanlık süreci ile ilgili olumlu tutum düzeyleri?
- 3- Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre bilgi düzeyleri?
- 4- Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyete göre bilgi düzeyleri farklılık göstermekte midir?
- 5- Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre Tip 1 Diyabet hastası olan çocuklara yönelik uygulanması gereken danışmanlık süreci ile ilgili olumlu tutum düzeyleri?
- 6- Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre tutum düzeyleri farkı?
- 7- Araştırmaya katılan öğrencilerin çevresinde (ailesinde) Diyabet hastası olanla olmayanların düzeyi?
- 8- Araştırmaya katılan öğrencilerin çevresinde (ailesinde) Diyabet hastası olan öğrencilerin bilgi düzeyleri ve yakın çevresinde (ailesinde) diyabet hastası olmayan öğrencilerin bilgi düzeyleri?
- 9- Araştırmaya katılan öğrencilerin yakın çevresinde (ailesinde) diyabet hastası olan öğrencilerin Tip 1 Diyabet ile ilgili bilgi düzeyleri arasındaki farkı?
- 10- Araştırmaya katılan öğrencilerin yakın çevresinde (ailesinde) Diyabet hastası olan çocuklara yönelik uygulanması gereken danışmanlık süreci ile ilgili olumlu tutum düzeyleri ile çevresinde (ailesinde) diyabet hastası olmayan öğrencilerin danışmanlık süreci ile ilgili tutum düzeyleri?

- 11- Araştırmaya katılan öğrencilerin yakın çevresinde (ailesinde) Diyabet hastası olan öğrencilerin uygulaması gereken danışmanlık süreci ile ilgili olumlu tutum düzeyleri arasındaki fark?

Önem:

- 1- Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsüne bağlı Rehberlik ve Danışmanlık bölümünde okuyan Rehberlik ve Psikoloji Danışmanlık Öğrencilerinin gelecekte Rehberlik ve Danışmanlık görevlerini daha iyi değerlendirmelerine,
- 2- Rehber ve Danışman yetiştiren kurumların Diyabet Hastalığında bireye Danışmanlık Programların düzenlenmesine,
- 3- Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti bünyesindeki tüm eğitim merkezlerinde Diyabet ve Diyabet eğitiminde danışmanlık ile ilgili görüşlerini geliştirmeye yönelik hizmet-içi eğitim çalışmalarına katkı sağlayacağına,
- 4- Bu konu ile ilgili yapılacak yeni araştırmalara ışık tutacağı umulmaktadır.

Sayıtlılar

Araştırmada;

- 1- Araştırmaya konu olan öğrenciler anketlere gerçek düşüncelerini yansıtarak samimi cevap verdiği,
- 2- Araştırmada kullanılan ölçeğin, Psikoloji Danışman ve Rehber öğrencilerinin görüşlerini belirlemeye yeterli olduğu,
- 3- Araştırma konusunun kuramsal çerçevesini oluşturmak amacıyla taranan kaynakların güvenilir ve geçerli bilgiler vereceği,
- 4- Örneklemin evreni temsil ettiği
- 5- Yapılan istatistiki işlemlerin geçerli ve güvenilir olduğu varsayılmıştır.

Sınırlılıklar

Bu araştırma ;

- 1- Kapsam açısından öğrencilerin Tip 1 diyabet hastası olan çocukların sorunlarına; Danışmanlıkta Müdahale de Bulunulmasına yönelik karşılaştırmalı bilgi ve tutum değerlendirmesini belirlemekte ve bu becerilerin KKTC Yakın Doğu Üniversitesi Rehberlik ve danışmanlık bölümü 1.2.3.4. sınıf öğrencileri, cinsiyet, sınıf, doğum yeri, yaşadığı yer, akademik başarısı değişkenleri açısından ortaya koymakta,
- 2- Yöntem açısından tarama modeliyle ,
- 3- Çalışılan kademe açısından eğitim fakültesi PDR bölümü öğrencileri (üniversite)düzeyi ile,
- 4- Veri kaynağı açısından ydÜ, eğitim fakültesi ve pdr öğrencileri,
- 5- Zaman dilimi açısından 2007-2008 güz dönemi eğitim öğretim yılı ile sınırlıdır.

Kavramlar ve Tanımlar

Eğitim: Bilindiği gibi eğitim, en geniş anlamda, bireyin doğumuyla başlayan ve yaşamı boyunca devam eden bir süreci betimlemektedir. Bu süreçte birey, doğuştan getirdiği pek çok özelliğini çevreyle etkileşim sırasında ortaya çıkarma ve geliştirme olanağı bulmakta, yeni bilgi, beceri ve tutumlar kazanmaktadır (Kuzgun, Deryakulu 2004).

Danışma ve Rehberlik: Genelde, danışma ve rehberlik hizmetleri kavramları birlikte kullanılır. danışma, rehberliğin merkezini ve özünü oluşturur. Rehberlik ve danışma biçiminde kullanıldığında, rehberlik ağırlıklı danışma anlamına gelir. danışma ve rehberlik biçiminde kullanıldığında ise, danışma ağırlıklı, rehberlik hizmetleri olduğu anlaşılır. danışma rehberliğin vazgeçilmez ve ayrılamaz hizmet alanını oluşturmaktadır. danışma ve rehberliğin amacı “kendini gerçekleştirme” (self-actualizing) dir (Can 2002).

Diyabet: Kanda şeker seviyesinin yükselmesi ve idrara geçmesiyle belirgin kronik bir hastalıktır. Hastalığın en önemli göstergesi kanda şeker yüksekliğinin gösterilmesi olmakla beraber şeker hastalığı sadece şeker yüksekliğinden ibaret değildir. Hastalığın esas nedeni, pankreas iç salgı bezinden salgılanan insülin hormonunun eksikliğidir. Bu eksiklik insülinin hiç yapılamaması şeklinde olabilir veya insülin normal salgılandığı halde, dokulardaki etkisini engelleyen etkenlerden dolayı kan şekeri yükselmektedir. Şeker hastalığının yalnız şeker metabolizmasını ilgilendiren bir hastalık olduğu izlenimi varsa da, gerçekte insülin yetersizliğine bağlı olarak yağ ve protein metabolizmalarında da aksamalar olmaktadır (Bilous,2004).

Tip 1 Diyabet: Hasta vücudunun, hiç insülin yapamadığı diyabet tipi. Tip 1 diyabet, juvenil(gençlik çağı) diyabeti olarak da adlandırılır, genellikle 35 yaşından önce tanı konulur. Tip 1 diyabet insüline bağımlıdır, yani hastalığın başlangıcından itibaren insülin gereklidir (Hanas, 2001).

Tip 2 Diyabet: Vücudun yaptığı insülinin gereken şekilde kullanılmadığı diyabet tipi. Tip 2 diyabet genellikle ileri yaşlarda başlayan diyabet olarak adlandırılır, başlama yaşı 35-40 ve üstüdür. Tip 2 diyabette insülin üretimi tümüyle bozulmamıştır (Hanas, 2001).

Glukagon: Vücutta bulunan ve kan şekeri düzeyini yükselten, kimyasal bir madde, bir hormon. Glukagon pankreasta yapılır, kandaki şeker düzeyi normalin altına inmeye başladığında kana verilir. Glukagon, enjeksiyon yoluyla kullanabilecek bir ilaç olarak da mevcuttur. Kan şekerinin çok aşırı azaldığı durumlarda, hasta bayıldığında veya ağızdan bir şey alamadığı zaman tedavi amacıyla kullanılır (Hanas , 2001).

Glikoz: Basit bir şeker. Kanda bulunan ve dokuların enerji elde etmekte kullandıkları şeker türü (Hanas, 2001).

Komplikasyon: Bir hastalığa bağlı olarak meydana gelen ve her hastada görülmeyebilen sağlık sorunu (Kaftancıoğlu,2007).

İnsülin: Kandaki şekerin hücrelere girmesine olanak vererek kan şeker düzeyini düşüren, kimyasal bir madde, bir hormon, Vücutta insülin, pankreasta yapılır ve kan şekeri düzeyi normalin üzerine doğru yükselmeye başladığında kana verilir. İnsülin enjeksiyon yoluyla kullanabilen bir ilaç olarak da mevcuttur ve diyabet tedavisinde kullanılır (Bilous,2004).

Pankreas: Midenin aşağı bölümünün arka kısmında yer alan bir organ. Besinlerdeki besleyici maddelerin kana karışacak duruma getirilmesinde kullanılan sindirim enzimleriyle, insülin ve glukagon gibi yaşamsal önemi olan kimyasal maddeler, bu organın özel hücrelerinde yapılır (Kaftancıoğlu,2007).

Beslenme: Diyabette beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesinin amacı; hayat boyunca uygulayabilinecek en ideal beslenme programını oluşturarak kan şekerini normale yakın seviyede tutmak, hiperglisemi ve hipoglisemiye önlemek, ideal vücut ağırlığını sağlamak ve korumak, hastalıkla ilgili olarak uzun dönemde gelişebilecek büyük ve küçük damar komplikasyonlarını önlemek, çocukluk ve ergenlik döneminde normal büyüme ve gelişmeyi sağlamak, gebelik ve emzirme döneminde yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlamak, kısaca yaşam kalitesini yükseltmek ve yaşam süresini uzatmaktır (Cummings ve Diğerleri,1999).

Egzersiz: İstemli kas faaliyeti ile vücut metabolizma hızının yükseltilmesi ve fazladan enerji oluşturularak, bu enerjinin aktivitede kullanılması işlemine egzersiz denmektedir (Alberti ve Diğerleri,1997).

Öncelikle egzersiz, sağlıklı yaşamın bir parçasıdır. Düzenli yapılacak fizik egzersizi kan şekeri seviyesini düşürmeye, insülinin vücutta daha etkili olmasına yardımcı olur. Ayrıca daha fazla enerji verir, kan dolaşımını düzenler, kasları güçlendirir, kolesterol seviyesini düzenler. Kötü huylu (LDL) kolesterolü azaltıp, iyi huylu kolesterolü (HDL) artırır. Kalp krizi riskini önler ya da geciktirir, terlemek suretiyle fazla kiloların azaltılmasına yardımcı olur. Sonuç olarak, egzersizin şeker

hastaları üzerinde son derece olumlu etkileri olduğunu ve kan şekeri düzeyini düşürdüğü söylenmektedir (Kaftancıoğlu,2007).

Hipoglisemi: Hipoglisemi kan şekeri düşüklüğü demektir. Bazen kan şekeri düşük değilken hatta yüksekken de aynı bulgular yaşanabilir. Hipoglisemi bulgularını hisler olarak isimlendirmek uygun olabilir, çünkü bu bulgular hastaya kan şekerinin düşüklüğünü haber verir, fakat kan şekerinin gerçek değeri konusunda bir şey söylenmez (Deckert ve Diğerleri,1989).

Hiperglisemi (kan şekeri çok yüksekse) : Açlık kan şekeri normalde70/110 mg/dl arasındadır. Kan şekeri normal değerlerin üzerine çıkması hiperglisemi olarak adlandırılır. Hiperglisemi teşhisinin amacı hem arteriyel (makrovasküler) ve mikrovasküler diyabet komplikasyonları açısından risk altındakilerin, hem de herhangi bir semptomu olanların tanımlanmasıdır. Bu değişik riskler için kan şekeri düzeyleride değişir ve tedavinin şeklini belirlerler (Hansson ve Diğerleri,1998).

Poliüri: İdrarla şeker atılırken idrarın içinde erimiş olarak şeker bulunacağı için idrarla bol miktarda su da çıkar (Laing ve Diğerleri,1999).

Polidipsi: Vücuttan idrarla çok su atıldığı için vücutta su azalır ve çok su içme ihtiyacı duyar (Laing ve Diğerleri,1999).

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE

Eğitim insanlık tarihi boyunca eğitim, hem mevcut kültürü aktaran statik yapısıyla, hem de kültürel dönüşümlere göre, kendini yeniden yapılandırma ihtiyacından doğan dinamik yapısıyla, daima toplumların ilgi odağı olmuştur.

Eğitimin anlam ve işlevleri üzerinde görüş ayrılıkları bulunmakla birlikte, çağdaş eğitimin öğrencilerin, bedensel, zihinsel, duygusal ve toplumsal bütün kapasitelerini, kendilerine en uygun biçimde geliştirmesi konusunda tam bir görüş birliği vardır. Bireyin bütün yönlerini geliştirmek esastır. Böyle bir eğitim, insan odaklı eğitim olmakla birlikte, toplumun hedefleri de göz ardı edilmemektedir. Ayrıca, bireyde kendini tanıma ve değerlerini oluşturma bilincini geliştirmek esastır. Çağdaş eğitim anlayışında, öğrencileri bilgi yüklenen değil, merkeze alan öğrenmeyi öğrenen, kişilikleri gelişmiş, yeteneklerini kullanan, problem çözen, analiz ve sentez yapabilen, akılcı, yaratıcı, yapıcı, duygu ve düşünceleri dengeli, sevgi dolu, hoşgörülü, ulusal ve evrensel değerlere saygılı vatandaşlar olarak gelişmelerini sağlamak için öğrenci kişilik hizmetlerine ihtiyaç vardır. Öğrenci kişilik hizmetleri ise, çağdaş eğitimin ayrılmaz bir boyutudur. Öğretim ve yönetim hizmetlerinden farklı, kendine özgü bir hizmettir. Öğrenci kişilik hizmetlerinin kapsamında, sosyal ve eğitsel etkinlikler, sosyal yardımlar, özel eğitim ve özel yetiştirme, sağlık hizmetleri, rehberlik ve danışma bulunur. danışma, danışmanla danışanlar arasında kurulan özel bir etkileşim yöntemidir. Bireysel ya da grupla yapılabilir. danışma ve rehberliğin amacı "kendini gerçekleştirme"dir. İnsancı psikolojinin geliştirdiği kavramdır. Kendini gerçekleştirme insanı bütün olarak alır (Can,2002).

DM, çoğunlukla kullanıldığı şekliyle diyabet, insanoğlunca eski çağlardan beri bilinmekteydi. Diabetus "akan" anlamına ve mellitus da "bal gibi tatlı" anlamına gelir. Diyabet genellikle tip 1 ve tip 2 şeklinde ayrılır. İÖ 1550 yılına ait mısır hiyerogliflerinde diyabetin bulguları tariflenmiştir. Bazı veriler tanımlanan diyabet tipinin tip 2 olduğunu, tip 1 diyabetin son iki yüzyıldır bilinen daha yeni bir

hastalık olduğunu göstermektedir. Diyabet tanısı idrarın tadılması ile yapılırdı. Kan şekerini düşüren alkolün dışında gerçek bir tedavisi yoktu. İnsülin bulunmadan önce, diyabet ölümcül bir hastalıktı. İnsülinle tedavi edilen ilk insan, Leonard Thomson isimli 14 yaşında bir erkek çocuktur; Kanada'da 1922 yılında tedavi edilmiştir. İsveç'te ilk insülin 1923 yılında kullanılmıştır. Diğerleriyle birlikte tedavi edilen 5 yaşındaki bir erkek çocuk 70 yıl diyabetle yaşamıştır. İnsülin piyasaya ilk çıktığında enjeksiyon öncesi suyla karıştırılıp hazırlanan toz veya hazırlanan toz veya tabletler olarak hazırlanmaktaydı (Hanas ,2001).

İnsanlar kendilerinde diyabet olduğunu farklı yollardan öğrenir. Tip 1 Diyabet çoğu zaman ansızın başlar; hastanın tanı konulurken ve durum dengelenene kadar hastaneye yatırılması gerekebilir. Bu diyabet tipi bulunan kişilerin bakımı daha çok hastaneye yatırılması gerekebilir. Bu diyabet tipi bulunan kişilerin bakımı daha çok hastanede uzman bir hekim tarafından yapılır. Kişilerin çoğunda tanı basittir ve kuşkuyla yer bırakmaz, ancak az sayıda hastada kan şekeri düzeyinin sınırda olması nedeniyle ek bazı testlerin yapılması gerekir. Bu durumda şeker yükselme testi (oral glukoz tolerans testi) yaptırılması istenir. Bu durumda hastaya geceden itibaren bir şey yenmemesi söylenir, hastaneye gidildiğinde açlık kan şekeri ölçülür, daha sonra da belirli miktarda glukoz içeren bir sıvıyı içirilir. Ardından iki saat boyunca yarımşar saat arayla kan testi yapılarak, alınan bu glukozu vücudun nasıl tepki verdiği gözlemlenir. Ayrıca başlangıçta ve saatte bir idrar örneği verilmesi de talep edilir.

Test sonucuna bağlı olarak üç durum söz konusu olabilir:

- Kan şekeri normal sınırlar içindedir, bu durumda diyabet yoktur.
- Kan şekeri ortalamanın üzerindedir, ancak diyabetli olunmasına neden olacak kadar yüksek değildir. Buna glukoz tolerans bozukluğu (GTB) adı verilir ve gelecekte diyabet gelişme olasılığı bulunduğu için doktor bu hastaları sürekli izlemek isteyeceklerdir. Diyabetli olunmasına ve tedaviye gereksinim bulunmamasına rağmen, beslenme konusunda tavsiyeler yapılır.
- Kan şekeri diyabetli olduğunu gösterecek kadar yükselmiş olabilir. Bu durumda bir doktorla görüşülmesi ve uygulanması gereken tedavinin tartışılması gerekir.

İster diyetle, ister haplarla ya da insülinle olsun, diyabet tedavisinde hedef her zaman kan şekerini mümkün olduğunca normal sınırlara yaklaştırmaktır. Buna ne kadar yaklaşılsa hasta kendisini, özellikle uzun dönemde o kadar iyi hisseder. Hasta kan şekerini kendi kendisine izlemesine olanak veren iki yaklaşım vardır ve bunlardan hangisini ve hangi sıklıkla kullanacağını doktor söylemektedir. Bu iki yaklaşımdan birinde kan testleri, diğerinde ise idrar testleri kullanılıyor ve bir kere öğrenince bunların ikisinin de özel zorluğu yoktur. Son birkaç yılda geliştirilen basit parmak ucundan alınan kanla yapılan testler, insülin kullanan hastaların yaşamında büyük bir dönüşüm anlamına geldiği söylenmektedir. Hasta insülin kullanırken kan şekerini yakından izlemesinde çok yarar vardır; böylece elde edilen sonuçlara göre insülin dozunu ayarlama olanağı doğar. Hastanın diyabeti haplarla/veya diyetle denetim altında tutuluyorsa, idrar testleri de kan testleri kadar bilgi verebilir ve bu testleri uygulamak daha kolaydır. Bunların yanında, hastanede yapılan ve testten önceki 2-8 haftalık bir zaman dilimindeki ortalama kan şekeri düzeyinizi ölçen testler de var (Bilous,2004).

Çağdaş tıp ve teknolojideki ileri gelişmelere paralel olarak, günümüzde diyabet tedavi edilebilir olmanın yanında engellenebilecek bir hastalık olma durumundadır. DM, fiziksel bir hastalık olmanın yanında, psikiyatrik ve psikososyal boyutları olan bir durumdur. Hasta açısından, fiziksel özelliklerinin yanında, ruhsal, duygusal, sosyal, psikoseksüel, marital bir dizi sorun ve çatışmaları gündeme getirir.

Tarihsel açıdan, insülin koma tedavisi için, kan şekeri-beyin işlevleri davranış ilişkisini ortaya koyan somut bir örnek oluşturmaktadır. Kan şekeri ve düzensizlikleri doğrudan beyni ve ruhsal işlevleri etkilemektedir. Kişinin ruhsal ve duygusal durumu da kan şekerini etkilemektedir. Diyabete ilişkin psikiyatrik araştırmalar hormon-davranış-psikopatoloji ilişkisini anlamamıza yardımcı olmaktadır. Psikolojik çatışma ve gerginliklerin, kan şekerini etkilemesi ve bunun nörobiyolojik ve psikopatolojik mekanizmalarının anlaşılması psikosomatik tıp anlayışında ileri gelişmelere yol açmıştır. Öte yandan kronik bir hastalık olarak diyabet, yaşamın hemen her alanını etkileyen, sürekli izleme gerektiren ve bir dizi komplikasyonları olan bir durumdur. Hasta açısından ciddi baş etme sorunlarını

gündeme getirir. Hastalığın seyrinde ve tedavi düzenlenmesinde, insülin, beslenme, egzersizler yanında, emosyonel durum etkilidir (Altuntaş ve Diğerleri,1996).

Diyabet, ömür boyu devam eden bir hastalıktır. Eğer sizde diyabet varsa vücudunuz, yediğiniz besinlerdeki enerjiyi gereken şekilde kullanamıyor demektir. Oysa sağlığınız açısından besinlerdeki enerjinin kullanılması, önemlidir.

Besinler, vücudun başlıca yakıtı olan bir çeşit şekere dönüşmek üzere parçalanır. Daha sonra bu şeker kana karışır ve kandaki şeker düzeyi yükselmeye başlar. Yükselen kan şekeri pankreastan insülinin kana geçmesini artırır.

Pankreas, midenin hemen arkasında yer alan yaprak şeklinde bir organdır. İnsülin yapmak ve ihtiyaç duyulduğunda bu insülini kan dolaşımına vermek, pankreasın işidir.

İnsülin ise kandaki şeker düzeyine, kimyasal bir maddedir ve bunu, şekerin hücrelere girmesini sağlayarak gerçekleştirir. Hücrelere giren şeker yakıt olarak kullanılır. Bütün bu söylenenler gerekli şekilde cereyan ettiğinde, tam ve faal bir yaşam için gerekli enerji sağlanmış olur.

Şeker vücut hücrelerine girdiği zaman, kandaki şeker düzeyi azalır. Diyabetlilerde ise bu sistem yeterli işlemez. Şeker, hücrelerin içine gireceği yerde kanda birikmeye yerde kanda birikmeye başlar. Kanda insülin reseptörlerini doyurmaya yetecek miktarda insülin varsa, reseptörler şekerin hücreye gireceği girişleri açar. Şeker hücreye girer ve enerji elde edilmek üzere kullanılır, kan şekeri azalır. Eğer vücutdaki insülin yetersiz ise, yemek yenmemiş olsa bile kişinin kan şekeri yükselebilir. Kontrolü sağlayan insülin olmadığı sürece vücut, fazladan şeker yaparak bun kana verebilir. Bu, insülin miktarının yetmediği ya da insülinin kendine düşen görevi yapmadığı her durumda cereyan edebilen bir olaydır ve vücudun hastalık ya da yaralanma gibi stres altında olduğu zamanlarda daha çok görülür. İnsülin, kan şekerinizi gerekli düzeyde tutan anahtardır ama bu bakımdan tek başına değildir. Yiyecekleri planlamak, fiziksel bakımından aktif (faal)olmak, kişinin

ilaçlarını alması ve kan şekeri düzeyini kontrol etmesi hep birlikte etki ederek diyabeti kontrol altında tutar.

İnsülin tedavisini etkileyen faktörlere bakacak olursak, genel olarak kullanacak kişilere öneri yemeğe başlamadan 20-30 dakika önce insülin enjeksiyonu yapılması şeklindedir. Ancak bu uygulamanın çok da etkisinin olmadığı, hafif bir iyilik yarattığı bildirilmektedir.

İnsülin tedavisini etkileyen diğer faktörler ise;

- 1- İnsülin tipi ve özellikleri
- 2- İnsülin konsantrasyonu ve uygulanan doz
- 3- Enjeksiyon yeri, derinliği ve tekniği
- 4- İnsülinin yapıldığı yerdeki lokal kan akımı, birlikte egzersiz, ortamın ısısı
- 5- Karaciğer ve böbrek fonksiyonları
- 6- İnsülin antikorlarının varlığı, insülin reseptör defektlerinin var olup olmaması.
- 7- Subkutan insülin degradasyonu,
- 8- Bazı olgularda günlük farklılıklar (açıklanmayan) olarak sıralanabilir.

İnsülin de özel bir dikkat gerektirir. Enjeksiyon öncesi hazırlık safhasında ve enjeksiyon esnasında hijyen kurallarına dikkat etmek gerekir (Hanas ,2001).

Tip 1 diyabette eksik insülini yerine koymanın günlük enjeksiyonlar dışında bir yolu yoktur. İnsülini kan dolaşımınıza ulaştırmanın etkili yolu budur. Ağızdan alınırsa, bir bölümü hazmedilerek etkisizleşir, bu da ilacın kan şekerinizi denetim altına alma görevini gerektiği gibi yerine getiremeyeceği anlamına gelir. İnsülin başka yollardan da uygulamaya çalışıldı, ancak bu çabaların hepsinde sorunlarla karşılaşıldı, enjeksiyon şimdilik en pratik yol olduğu söylenmektedir. Spreyle burna sıkılan inhale insülin çalışmaları ise yeni başladı ve ilk sonuçlar umut verici olarak söylenmektedir.

İnsülin tedavisinde vücudun doğal kaynaklarını elden geldiğince iyi taklit etmek amaçlanıyor. Diyabetli olmayan bir kişide pankreas, insülini yemek yeyince salgılar.

Yemekler arasında kan şekeri düzeyi düşünce, insülin düzeyi de sıfıra doğru düşmeye başlar. Bununla birlikte, hiçbir zaman sıfıra inmez ve 24 saat boyunca kandaki insülinin, ölçülebilen düzeyin altına düştüğü hiçbir an yoktur. Aslında hasta kendisine insülin enjeksiyonları yaparken, pankreasın insülin üretim modelini taklit etmeye çalışıyor. Bu amaca farklı insülin tipleri kullanarak ve günlük enjeksiyon sayısını değiştirerek, farklı yollardan ulaşmak mümkündür. Örneğin, birçok kişi günün üç ana öğününden önce kısa etki süreli insülin enjeksiyonlarıyla birlikte, uykuda kan şekeri düzeyini denetim altında tutmak için yatma saatinde orta ya da uzun etki süreli bir insülin enjeksiyonu sistemini uygular. Çok tutulan, başarılı bir başka sistem de günde iki kez kısa ve orta etki süreli karma insülin enjeksiyonları uygulamasıdır. Bu yaklaşımın da kısa süreli bileşenin yiyeceğiniz yemek üzerinde etkili olması, orta etkili bileşenin ise öğle yemeği saatlerindeki ve geceki ihtiyacı karşılaması amaçlanır. Yıllardır gayet mutlu bir şekilde bu sistemlerden birini ya da ötekini kullanan pek çok kişi vardır ve iki sistem arasındaki fark, aslında çoğu zaman basit bir kişisel tercih sorunudur. Kendi kendine günde birkaç enjeksiyon yapmaya alışamayan az sayıdaki hastalarda ya da insülin kaynaklarında yalnızca kısmi bir azalma varsa, belki de günde bir ya da iki kez orta ya da uzun etkili insülin enjeksiyonuyla yetinmek mümkün olabilir. En iyi enjeksiyon yerleri konusunda size bazı öneriler yapılabilir. En sık kullanılan yerler uyluğun üst bölümü, kalça ve karındır; düzensiz insülin emilimine yol açabilecek küçük bir yağ bezesi oluşmaması için, her seferinde aynı yeri kullanmaktan kaçınmakta yarar vardır. Orta ya da uzun etki süreli insülinleri uyluğunuza ya da kalçanıza uygulamak, karnınızı ise çabuk etkili enjeksiyonlara saklamak iyi bir fikir olabilir, ancak asıl önemlisi kullanılan yerlerden memnun olunmasıdır. İğneler çok incedir ve genellikle iz bırakmaz. Bazen enjeksiyondan sonra biraz kanama, hatta morarma olabilir, ancak hastanın bunun için endişelenmesine gerek yoktur. Buna deri altındaki ince damarcıklardan birinin delinmesi yol açmış olabilir ve bu zaman zaman hastanın başına gelebilir. İnsülinin

kana doğrudan karışması olasılığı yoktur, bu nedenle ufak bir kanama görülürse hasta kaygılanmamalıdır. (Bilous,2004).

Tip 1 diyabetliler arasında insülinin nasıl başlanacağı konusunda İngiltere, Galler ve İrlanda arasında bile bir konsensus yoktur. Ancak Tip 1 diyabetiklerde bazal şartlarda günlük insülin ihtiyacı ortalama 40-50 Ü civarındadır. Bu nedenle bu grup hastada hiçbir veri olmasa bile tanı ile ilgili şüphenin olmaması, sıkı kontrol altında 32-36 Ü/gün civarında bir insülin dozu ile başlayıp uygun müdahaleler ile kısa sürede regülasyon sağlanabilir. Bazı olgularda daha farklı insülin dozlarına ihtiyaç duyulacağı akılda tutulmalıdır. Diyabetik ketoasidozlu (DKA) hastalarda, DKA esnasında verilen kısa etkili insülin dozu 24 saate uyarlanıp verilir. Bundan sonra glisemi profilleri çıkartılarak günlük gerçek ihtiyaç saptanır. Günlük insülin ihtiyacının yaklaşık %40-50'si bazal insülin şeklinde verilmelidir. Geri kalan %50'lik kısmın %15'i sabah kahvaltısında ve öğlen yemeklerinde,%20'lik kısım ise yemek öncesi uygulanabilir. Ancak bu oranlar mutlak oranlar değildir. Kişisel farklılıklar olabilir.

Diyabet tedavisi sırasında görülebilecek erken komplikasyonlar hipoglisemi ve hiperglisemi olarak adlandırılmaktadır. Kısa dönem komplikasyonları ya hipoglisemi ya da hiperglisemi şeklinde ortaya çıkar ve hastaneye yatışların yaygın sebebidir.

Hipoglisemi, kan şekerinin ani düşmesidir. Normal kişilerde kan şekerinin 60 mg/ dl altına indiğinde hipoglisemi bulguları ortaya çıkar. Kan şekeri 50 mg/ dl altına indiğinde hipoglisemi semptomları gözlenir. Bunlar; yorgunluk, baş ağrısı, dikkat bozukluğu ve bulanık görmedir. Tedavi edilmezse bilinç kapanır, koma ve ölüm gerçekleşebilir (Yılmaz ve Diğerleri, 2002).

Hipoglisemi kan şekerinin çok fazla düşmesi demektir ve diyabeti olmayan bir kişinin kan şekeri hiçbir zaman 60 mg/ dl'nin çok altına inmez. Çünkü vücut doğal olarak bu düşmeyi hisseder ve insülin salgılamayı durdurarak ve kan şekerini

yükselten glukagon gibi diğer hormonları salgılayarak bu durumu düzeltir. Ayrıca kişi açlık hissetmeye başlar ve bir şeyler yiyerek kan şekeri yükselir.

Hipoglisemi, Tip 1 diyabette en sık görülen akut komplikasyondur. Hipoglisemi, çocuklarda, adolesanlarda, ailelerinde ve bakıcılarında ciddi anksiyeteye neden olabilir. Diyabetik çocuklar için tutarlı ve üzerinde uzlaşmış bir hipoglisemi tanımı yoktur. Kuramsal olarak hipoglisemi nörolojik fonksiyon bozukluklarının ortaya çıktığı kan şekeri düzeyidir. Uygulamada ise, nörolojik bozukluk semptomatik veya asemptomatik olabilir ve görüldüğü kan şekeri düzeyi bireyler arasında farklılık gösterir, saat ve koşullara göre değişir, daha önce geçirilmiş önceki hipoglisemiden etkilenir. Klinik olarak hipoglisemi otonomik aktivasyon ve nöroglikopeni semptom ve bulgularına neden olur. Otonomik aktivasyon(açlık, el ve bacaklarda titreme, çarpıntı, anksiyete, solukluk, terleme).Nöroglikopeni de ise düşünme bozukluğu, ruh hali değişikliği, iritabilite, baş dönmesi, baş ağrısı, yorgunluk, konfüzyon, daha sonra da konvülsyonlar ve koma oluşabilir (Bilous,2004).

Tip 1 diyabet, juvenil (gençlik çağı) diyabeti olarak da adlandırılır, genellikle 35 yaşından önce tanı konulur. Tip 1 diyabet insüline bağımlıdır, yani hastalığın başlangıcından itibaren insülin gereklidir. Tip 1 diyabette pankreasın insülin üreten hücreleri sonuç olarak toplam insülin üretiminde azalmaya yol açacak şekilde yıkılır. İnsülin olmadan, glukoz kan dolaşımında kalır ve kan şekeri düzeyleri özellikle öğün sonraları olmak üzere yükselir. Glukoz da böylece idrara geçer. Tip 2 diyabet (insüline bağımlı olmayan diyabet) ise genellikle ileri yaşlarda başlayan diyabet olarak adlandırılır, başlama yaşı 35-40 ve üstüdür. Tip 2 diyabette insülin üretimi tümüyle bozulmamıştır. Organizma, artmış fakat yine de ilaçlarla aşılabilen bir insülin direnci sergiler. Çoğunlukla tip 2 diyabette başlangıçta insülin tedavisi pek gerekmez. Ağızdan alınan tabletler insülin içermezler, fakat panreastan insülin salgılatan hücrelerin insüline duyarlılığını artırarak etki gösterirler. Tip 2 diyabet genellikle insüline bağımlı olmayan diyabet olarak adlandırılmasına rağmen, tip 2 diyabetlilerinde %10'u da tip 1 diyabette olduğu gibi insülinle tedavi edilirler.

Diyabet tedavisi yaşam boyu insülin uygulamasını olduğu kadar, aynı zamanda başkasının yaşam stiline uyumunu da içerir. Diyabet bakımı medikal eğitimi ve tedaviyi gerektirir. Hasta ve hasta yakınlarından tedavi sorumluluğunu üzerlerine alabileceklerini duyumsamaları gerekmektedir. Diyabet hastanın kontrolüne girdiğinde, aile yaşamı da tekrar düzene girecektir. Bir çocuk, adolesan veya erişkin kronik bir hastalıkla karşı kaşıya kaldığı zaman, bu durum tüm aile için dramatik bir tabloya neden olur. Yeni bir yaşama adaptasyon güçtür ve uzun zaman alır. Çoğu insan krizle karşılaştığında aynı aşamalardan geçer.

Johnny Ludvigsson krizin değişik dönemlerini tanımlamıştır.Şok döneminde net bir şekilde düşünmek zorlaşır.Düşünceler hastanın kafasının içinde uçuşmaya başlar. Her şey gerçek dışı görünmeye başlar. Bu bizim veya benim başıma gelmiş olamaz, bu doğru olamaz vs. Bu bir rüyamı yoksa gerçek mi? Çevrede olup bitenler belirsizlik içinde görünmeye başlanır. Kimisi bilgi almaktan korkar. Kimisi doktoruna gider ve onun hareketlerinden, mimiklerinden, gözlerinden, duruşundan durumunun ağırlığını anlamaya çalışır. Kimisi gelecek için ümitli şeyler duymak ister, ancak hastalıkla ilgili tüm detayları hastalığın tedavisini, seyrini, oluş mekanizmalarını öğrenmek istemez. Kimisi de sorular sormak ister ancak bir çıkış yolu bulmak için bunun çok zor olduğunu düşünür. Hasta kendi kendine şunları söyler; Doktor beni dinlemeli, hemşire beni dinlemeli, herkes beni dinlemeli, şu an en önemli şey benim düşüncelerim. Reaksiyon dönemi hüznün, gözyaşı, agresyon ve acılı düşüncelerle seyreden reaksiyon dönemi de zaman alacaktır. Teselli önemlidir, ancak dürüst olmalı, gerçek dışı ve içten olmamalıdır. Kendini üzüntülü hissetmemen gerekiyor yaklaşımı yanlıştır. Üzülmemelisin yaklaşımı ise yüzüne yumruk yemiş hissi vermekten başka bir şeye yaramaz. Neden üzüntü hissetmemeliyiz ? Herkes böyle bir durumda üzüntü duyar. Kendini hüznü, acılı ve hayal kırıklığı içinde hissetmek son derece doğaldır.Diğer insanlar gibi sağlıklı olamadığı için kederlenir, yaşamın adaletsiz olduğunu düşünür. Bir kişi kronik bir hastalığa yakalandığında her zaman için haksızlığa uğradığını sanır. Bir süre sonra onarım dönemi başlar. Eğer kan şekeri çok düşerse ne yapılmalıdır? Enjeksiyonlar nasıl yapılmalı? Bunlar yapılmadan kişinin içi rahat edemez. İnsülin, diyet, kan şekeri ölçümü, hipoglisemi hakkında daha fazla şey öğrenilebilir. Hastalar sistematik olarak, kısa bir sürede

gerçekleri öğrenebilirler. Krizin yeniden oryantasyon dönemine girmesinden önce uzun bir zaman geçer, diyabetin önemli bir şey olduğu ama yaşama ait her şey olmadığı gerçeğini birey kabullenir. Krizin farklı dönemlerinden geçerken birey çevresinde olup bitenleri anlamakta zorluk çekerler, ancak ailede biri diyabete yakalandığında bu kaçınılmazdır. Birey için bu hastalık adil değildir, tedavi zorlu olabilir, yaşam değişmiştir. Birey ölüm korkusu yaşayabilir veya diğer insanlardan farklı olduğunu hissedebilir. Bazılarında kederli düşünceler hiç kaybolmaz, bu kişilerde profesyonel yardım gerekir. Sürekli devam eden bir inkar mekanizması diyabete uygun hale getirmeyi engelleyecektir. Kriz hangi nedenle yaşanıyor olursa olsun, bir yakınının ölümü, boşanma, diyabete yakalanma vs, her zaman için ne olduğuna dair bir bilgi hafızada skar gibi kalır. Ancak birey bu krizi altetmeye çalışırsa ve ne olduğunu kabullenirse, kriz skar yerine kolaylıkla iyileşebilecek bir yaraya dönüşecektir (Hanas ,2001).

Çocukluk yaşlarında gelişen diyabet aile yaşamını ciddi bir şekilde etkiler. Gerek birey, gerekse aile üzerinde ağır bir stres yaratabilir. Bireylerde ya da ailelerde daha önceden var olan , sosyal ya da parasal sorunlar diyabetli bir çocuğa bakma stresi ile artabilir. Diyabet bakımında çocuk ve ailenin kültürel, çevresel, gelişimsel ve kişisel şartların değerlendirilmesi öncelikli bir konudur ve bu değerlendirme tanı sırasında dikkatle yapılır. Dikkat yalnızca metabolik kontrole odaklanırsa psikososyal etkiler göz ardı edilmiş olunur ve bundan kesinlikle kaçınılır. Kötü metabolik kontrol genellikle ve sosyal zorluklarla ilişkilidir. Bu konuda zamanında ve uygun bir girişim kontrolü sağlamada çok önemli olabilir (ISPAD Guidelines,2000).

Diyabetin kuralları mı ailenin kurallarımı diye bakıldığı zaman; Diyabet çocuğun hangi yaşta olduğuna bağlı olarak "içten bir yara" haline gelebilir. Ev içindeki kurallar tartışıldığı zaman, diyabetli çocuğun nasıl motive edileceği düşünülmelidir. Kurallar ve yasaklamalar koyulurken sürekli olarak çocuğun diyabetli oluşunun hissettirilmesi çocuğun hastalığından nefret etmesine neden olacak ve hastalık birçok güzel şeyi yapmasını engelleyen bir illet olarak

görülebilecektir. Bununla birlikte, diyabetli çocuklar için konulan kurallar ve yasakların diyabeti olmayan çocuklar için de aynı şekilde geçerli olduğunu görülmektedir.

Diyabetin tedavisinde kendi davranış biçiminiz önemi büyüktür. Hastalığından nefret eden diyabetikler kısa bir süre sonra onunla kavga da etmeye başlarlar. Çoğu çocuğa sadece bazı özel günlerde şeker yemesi için izin verilir. Diğer yandan, çocuk izin verilirse her gün şekerleme yemek isteyecektir. Bu konudaki tartışmalar hemen hemen tüm ailelerde yaşanmaktadır. Bununla birlikte, şekerlemeye "hayır" denildiğinde sadece kan şekeri düzeyi üzerine olan etkisi üzerine vurgu yapmak daha uygun olur. Sıklıkla, aileler ve diyabetli çocukları arasında mümkün olduğu kadar kısa bir sürede normal kurallara geri dönülmesi gerektiğine ve sınırlamalar getirirken diyabetin mümkün olduğunca gündeme getirilmemesi gerekmektedir. Birey uzun erimde diyabetiyle arkadaşça yaşamayı başarabilmelidir. Diyabet ile ilgili çok sayıda kural ve kısıtlamalar getirilirse hasta için ters etki yapacak ve kısa bir sürede hastalığından nefret etmeye başlayacaktır. Daha küçük yaştaki diyabetiklere, gıdalar veya şekerlemeler gibi konularda getirilen kurallar ve kısıtlamaların nedeninin diyabetleri olmadığını anlatmak gerekmektedir. Bu kuralların çoğu diyabetik olmayan çocuklar içinde geçerlidir. Aksi takdirde, çocuk tüm yasaklamaların nedeninin diyabet olduğunu düşünecektir. Çocuk diyabetli olmadan önce de bazı kurallar ve kısıtlamalar söz konusuydu. Çocuk neleri yapamayacağı yerine, günlük yaşamında daha büyük yer kaplayan serbest olarak yapabileceği şeyler konusunda cesaretlendirmeye çalışılmalıdır. Birçok erişkinin gönüllü olarak yapmadığı ancak önemi olan şey de, diyabetli çocuğu günlük yaşamında birçok aktiviteyi yapabileceği konusunda cesaretlendirmek ve takdir etmektir. Çocuk kan şekeri ölçmeye başladığında, günde birkaç kez başarıyla insülin enjeksiyonunu yapabildiğinde onu takdir etmeyi aileler unutmamalıdır. Çocuğu diyabetiyle uyumlu gıdalar seçmesi konusunda cesaretlendirilmeli, aile arkasını döndüğünde çocuğun şekerleme yemediğini biliyorsa onu takdir etmeli. Takdir ve cesaretlendirme ile her şey çok daha yolunda gidecektir. Bir aile diyabet kliniğine gittiğinde de takdir edilmeye, cesaretlendirilmeye ve pozitif motivasyona gereksinimi vardır. Ailenin prensipler merkezine gidiyor gibi hissetmesi çok yanlıştır. Takdir ve cesaretlendirme olmadan bir futbol takımı ne kadar başarılı

olabilir? Diyabetli bir çocuk veya erişkin kendilerini yönlendirebilecek, kabiliyetlerini ve potansiyellerini değerlendirebilecek bir antrenöre gereksinim duyarlar. Diyabetli bir çocuğun yaşamını diyabete adapte etmesi ebeveynlerin sigarayı bırakma çabalarına göre çok daha zordur. Diğer yandan, her şeyin yolunda gittiği zamanlarda aşırı takdir ve cesaretlendirmenin de ters etkisi olabilir. Diyabetli bir çocuğun aşırı korunması çok daha kolay gelebilir. Sempatı iyidir ancak merhametin çok az yardımı olur.

Diyabet 24 saat boyunca yanınızdan ayrılmayan bir hastalıktır. Bir şekilde onunla arkadaşlık kurmaya çalışmalıdır, en azından onu düşmanlardan korumalıdır. Birey eğer hastalığından nefret ederse, yaşamını hastalıktan negatif yönde etkilenmeden sürdürmesi mümkün olmayacaktır. Bireye yakın olan insanlar sadece her şeyin diyabetli olan çocuk için en iyi olmasını isterler, ancak tek başına bu yaklaşımın bir yardımı olmaz. Diyabetli bir kişinin ne gibi bir yardım isteyebileceğinin ve tek başına neleri başarabileceğinin bilinmesi önemlidir. Aynı zamanda bir çocuk veya adolesanın, ailelerinin kendilerini güvende hissetmeleri için günlük yaşamlarına ait ne kadar çok şey bilmeleri gerektiğini anlamaları gerekir. Kolaylıkla aşırı korumacılık gelişebilir, çocuk veya adolesan bu durum karşısında kendi başına hareket etmek için aşırı reaksiyon gösterebilir veya inadına şekerli gıdalar yiyebilir. Aile içindeki her ferdin çocuğun gereksinimlerine karşı mümkün olduğunca açık olmaya çalışılmalıdır. Aynı zamanda aile ve arkadaşların diyabetle ilgili yardım edebilecek düzeyde bilgilerinin olması beklenir. Diyabetli çocuğun arkadaşları ne kadar fazla şey biliyorlarsa onlardan o kadar fazla yardım alabilme şansı var demektir. Hasta ne yapmakta olduğunu ve niçin yaptığını anlatmaya çalışmalıdır. İnsülinin nasıl etki gösterdiğini açıklamalı, egzersizin faydalarını, neden bazı zamanlar şeker yiyebildiği halde bazen yiyemediğini açıklamalıdır.

Çoğu kişi dışarıdan belli olmadıkça diyabetli olduğunu belli etmek istemez. Eğer diyabetli olduğunu çevresindekilerden saklıyorsa hastalığa henüz uyum sağlayamamış demektir. Arkadaşlarının kendini niçin iyi hissetmediğini ve bu konu da ne yapabileceklerini bilmeleri önemlidir. Birey diyabetli olduğunu öğrendiğinde en kısa zamanda çevresindeki herkesi bundan haberdar etmesi en iyi yoldur. Bunu

yaptığı zaman artık her şey hastaya daha fazla yabancı gelmemeye başlayacaktır. Acaba şuna diyabetli olduğumu söylesem mi gibi bir yaklaşım sizin için çok daha kötü olacaktır. Aile içinde diyabetin etkileri farklı yaşlarda farklılık gösterir ve çocuğun o yaştaki gelişimsel durumuna ve temel gereksinimlerine göre değişir.

Süt çocukları (0-1 ½ yaş) dönemlerinde sık kullanılan adıyla simbiyozla karakterizedir, önce anne ile çocuk arasında, daha sonra da baba ve ile çocuk arasında. Bu dönem süresince ebeveynlerin kendi gereksinimlerine verilmiştir. Çocuk bir yaşından sonra kendi başına yürümeye başladığında dünyayı yeniden keşfetmeye başlar. Bu yaşlarda diyabet kaçınılmaz olarak aileyi strese sokacaktır. Güvenliği çocuğun kendine bırakmak çok zor olur. Gıdalar ve diyabetle ilgili güven ailede her zaman soru işaretlerine neden olur. Çocuk aç olmadığı halde neden yemek zorunda olduğunu anlayamaz ve bu yaşlarda önemli beslenme problemleri riski vardır. Çocuk her iki ebeveyninin de çeşitli durumlarda kendisine yardımcı olacağı konusunda yeterli güvene sahip olmak ister. Ancak çocuk diyabetliyse malum nedenlerle bu çok kolay olamayabilir.

Aşırı koruma çocuğun dış dünyaya açılma yerine, anne-babasının kanatları altında gergin bir yaşam sürmesine yol açar. Çocuk kendisinde ağrı, anksiyete gibi duygular uyandıran enjeksiyonları ve kan testlerini anlayamaz. Çoğu kez bu tip ağrılı girişimlerin mümkün olduğu kadar hızlı yapıp, çocuğun bir an önce rahat ettirilmesi gerekir.

1-3 yaş grubu çocuklar dünyayı daha aktif olarak keşfeder. İki yaş civarında çocuk sıklıkla geçmişe bir dönüş yapar anneye yeniden çok bağımlı hale gelir. Bu çok normal bir durumdur ve ailenin çocuğa uygun olmayan davranışlarına bağlı değildir.

2-3 yaşları arası "inatçılık" dönemidir. Çocuk ilk önce ailesini test edecek, daha sonra ise kendine göre sınırlamalar koyacaktır. Bu dönem boyunca tüm çocuklar az veya çok zıtlasma halindedirler. Çocuk kendi kurallarına göre hareket etmek ister. Ancak bunlar her zaman hoş şeyler olmayacaktır. Ailenin çocuğun bu

davranışlarına bir süre daha devam edeceğini ve zamanla işlerin yoluna gireceğini bilmesi önemlidir (Laing ve Diğerleri,1999).

Okul öncesi çocuklar (3-6 yaş) bu yaşlardaki çocuklar dış dünyada olup bitenlerden daha fazla şey anlamaya başlarlar ve bir insanın vücudunun hem ağrıya hem de bazı hazlar duyulmasına neden olabildiği gerçeğini kavrarlar. Bu dönemde çocuğun inanılmaz bir hayali dünyası vardır. Bu dönem boyunca cinsel rollerin farklılaşması önem kazanır. Çocuk aynı cinsdeki ebeveynini taklit eder ve ona aşık olur, kendi karşıtı cinsten ebeveyniyle ise evlenmek istediğini söyler.4-5 yaşlarındaki bir çocuk kendini yaşamın kralı gibi hisseder, her şeyin üstesinden gelebileceğini ve özellikle de ne isterse yapabileceğini düşünür. Çocuk diğerlerini nasıl kontrol edebileceğini keşfettiği zaman kendi güç duygusunu keşfetmiş olur. Altı yaşındaki bir çocuk genellikle ailesinin isteklerini daha fazla yerine getirmeye başlar. Çocuk giderek bilinçlenmeye başlar. Suç ve ceza hakkında ilkel düşünceler başlar;’’göz göze’’,dişe diş’’. Vücudunun işlevlerini tanır hale gelir. Bandajlar düzeltme ve iyileştirme için sihirli yeteneklere sahiptir.

Çocuk diyabet hastalığına yaptığı bir yanlışlık sonucu yakalandığını düşünür ve kan şekeri ölçümü gibi işlemleri de kendisine verilen cezalar olarak yorumlar.

Çocuk bu konuyla ilgili soru sormasa bile bu konunun çocukla tartışılması gerekmektedir. Erişkinler de çoğu kez kendilerine şöyle sorarlar: ‘’bunu hak etmek için ne yaptım?’’ Kişilerin başa gelen olaylar arasında mantıklı bağlantılar kurması gerekir.Çocuğun ne kadar yemek yemesi gerekeceğinin bilinmesi de zorluklar yaratabilir. Bunun yerine çocuğun yaşamın diğer detayları ile ilgili konularda karar verebilmesine izin vermeye çalışılmalıdır. Çocuklara enjeksiyonlardan, kan şekeri ölçümlerinden ve hoş olmayan şeylerden uzun bahsetilmemelidir. Çocuk anlatılanları kolaylıkla gerçekte olduğundan daha büyük boyutlarıyla algılayabilir. Çocuk aynı zamanda diyabetin cinsiyetiyle ilgili olduğunu da sanabilir. Eğer çocuk neden diyabet olduğunu anlayamamışsa, bir kız çocuk erkek olsaydı diyabet olmayacağını, çünkü erkek kardeşinde diyabet olmadığını belirtebilir (veya tam tersi).Okula başlamak diyabeti olmayan çocuklar için bile strese yol açar. Çoğu çocuk başlangıçta

uyum sağlamakta zorluk çeker. Okul çocukları dünyayı anlamak ve keşfetmek peşindedirler. Her şeyin nasıl işlediğini merak ederler. Aynı zamanda diyabet hastalığının da nedenlerini anlamaya çalışırlar. Arkadaşlık çok önemli olmaya başlar arkadaşlarıyla aynı şeyleri yapmak da çok önemlidir. Zaman kavramı gelişir ve çocuk herhangi bir işin ne kadar sürdüğüyle yakından ilgilenir. Bilinmeyene duyulan korku çocuk başka şeylerle ilgileniyor görünse bile halen devam etmektedir. Bilgilerin çocuğun yaşına adapte edilmesi önemlidir. Zamanın yakından izlenmesi bazı konularda, örneğin insülin enjeksiyonlarının saatinde yapılmasında yardımcı olur.

Okuldaki yemeklerin lezzeti evdekiler gibi olmaz, bu nedenle çocuk okulda yemek istemeyebilir. Çocuğa okulda öğle yemeği sırasında insülin uygulamasında yardımcı olabilecek bir kişinin bulunması da zordur. Okul yöneticilerinin hipoglisemi tedavisi konusunda bilgilendirilmeleri de önemlidir. Okul yöneticileri çoğu kez çocuğun hipoglisemi semptomlarını kendi gözleriyle gördükten sonra durumun önemini kavrayacaklardır. Bu durumda okuldaki Rehber öğretmenlerine büyük görevler düşmektedir.

Orta düzey çocuklarda ise diyabet, terimlerle latent faz olarak adlandırılır. Çocuklar bu dönemde diyabet te dahil olmak üzere tüm eğitim tipleri için genellikle iyi alıcılardır. Görüş alanlarını genişletmek isterler, ancak aynı zamanda ailelerinin koydukları sınırlar arasında hareket etmeleri gerektiğini öğrenirler. Bu dönemde sosyal bir rol gelişir: bende katılabilmiriyim? Kabul edilecekmiyim? Aynı zamanda akranlarıyla yarışmalarda başlar “en iyi, en güzel, en büyük kim vs”. Akranları çok ama çok önemli bir konuma gelir. Çocuklar kendi yaş grubundan diğer diyabetli çocuklarla kendilerini rahatça ifade edebilecekleri bir ortamda bir arada bulunduklarında, örneğin diyabet kamplarında, önemli kazanımlar elde ederler. Bu yaş grubundaki çocuklar yaptıkları şeylerin doğru olduğu konusunda desteklenmek ve cesaretlendirilmek ihtiyacı duyarlar. Tüm çocuklar bu dönem boyunca yaşamdaki rolleri hakkında düşünüp aşırırlar. 9-10 yaşlarında kronik hastalığı olan çocuklar daha önce olmadığı halde hastalıklarına giderek daha fazla reaksiyon göstermeye başlarlar.” niye benim başıma geldi?” sık sorulan bir sorudur. Çocuk diyabetle ilgili

tüm zorlukları tecrübe edene kadar sıklıkla bir süre geçecektir. İlk olarak çocuk bundan sonraki yaşamında diyabetli olarak yaşayacağını anlar. Çocuğun bunu kabul etmesi zaman alabilir. Bu dönemde çocukla sık sık diyabetin icap ettirdikleri şeyler hakkında konuşulmalı ve çocuğun hastalığı kabullenmesinde yardımcı olunmalı. Burada da okulundaki rehber öğretmenine ihtiyaç duyulmaktadır. Anne-baba olarak da çocuğun diyabetiyle yakından ilgili olduğunuzu ve diyabetle yaşamının zor olduğu düşüncesine katıldığınızı göstermeniz gerekmektedir. Çocuk bir süre sonra bu dönemden çıkacaktır, ancak bazen psikolog yardımı gerekebilecektir.

Çocuk ailesinin otoritesine meydan okumadan öğrenmek için çok istekli olduğundan, diyabetin tedavisinde ergenlik öncesindeki yıllarda diyabetin yaşamın bir parçası olarak algılanmasının sağlanması çok önemlidir. Çocuk diyabetinin tedavisi için daha ergenliğe girmeden kendine güvenir hale gelmişse, özgürlük düşünceleri nedeniyle diyabet komplikasyonlarının gelişme riski azalacaktır. Puberte döneminde ise adolesanlarda erişkin kimliğinin, bağımsızlıklarının ve erişkinlerle eşit oldukları bilincinin başlaması gerekir. Artan bağımsızlık adolesanların kendi bütünlüklerini güçlü olarak savunduklarından dolayı kırıncı bir hal alabilir. Bir şekilde gelişimin erken dönemleri tekrarlanmıştır. Ergenlik dönemindeki bir çocuk sıklıkla çocuklukla erişkinlik arasında bir yerededir (Hanas ,2001).

Gelişimin önceki dönemlerinde eksik kalan parçaların daha sonraki dönemlerinde eksik kalan parçaların daha sonraki dönemlerde tamamlanma şansı olduğunu unutmamak gerekir. Çoğu aile ergenlik dönemine korkuyla bakar. Bunun yerine, ergenlik dönemini çocuğun erişkinliğe geçmeden önce yaşadığı çocukluk ve adolesan yılların “elbise provası” gözüyle bakarsa pek çok şeyi daha pozitif görebileceklerdir. Herkesin yapabildiği şeyleri yapma isteği son derece doğal olduğundan, arkadaşlar çok önemlidir. Ergenlik çağındaki bir çocuk akşamları evde yemek yerine dışarı çıkmayı ve arkadaşları ile bir şeyler yemeyi tercih eder. Ergen çocuklara insülin dozlarını ayarlamaları için bazen bağımsızlık ve sorumluluk verilmesi önemlidir. Bu çocuklar özellikle erken adolesan dönemde vücutlarıyla yakından ilgilidirler ve bunun kendilerine ait bir özellik olduğunun farkındadırlar. Diyabetin vücutlarını nasıl etkilediği konusunda iyi bilgilendirilmek isterler. Aynı

zamanda vücutlarına sürekli enjeksiyon yaptıklarından dolayı mahçupturlar. Bazı büyük çocukları muayenelere anne-babaları olmadan gelmeleri konusunda cesaretlendirilmelidir. Bir başka alternatif ise ebeveynleri muayenin sonunda odaya çağırmak ve sadece çocuğun uygun gördüğü konularda konuşmaktır. Bu şekilde çocuk doktorların profesyonel sır saklama özelliğinin aileleri için de uygulandığını düşünecektir. Çocuk ancak kendini güvende hissediyorsa şahsi bir konuda yardım isteyebilecektir. Ergen çocuklar muayeneye sıklıkla arkadaşları ile giderler. Bir kişinin yardımına ihtiyaçları olduğunu kabul ederler, ancak anne-babalarını çok yaşlı bulurlar. Bir ebeveyn için ergen çocuklarının diyabetlerine ne kadar müdahale etmeleri gerektiğini bilmek zordur. Aile klinik muayeneler de dahil olmak üzere günlük diyabet aktiviteleri içinde daha az yer aldığını için diyabet hakkındaki bilgisini idame ettirmesi zorlaşacaktır. Ergen bir çocuk diyabetini ailesinin yardımı olmadan tedaviyi etmeyi tercih eder, ancak aynı zamanda onları bilgilendirmeyi de ihmal etmez.

Ergenlik yılları diyabetle yaşanması zor bir dönemdir. Ergen bir çocuk henüz diyabeti için sorumluluk alacak kadar olgun değildir, ancak sorumluluğu anne-babasına bırakmak da hoşuna gitmez. Çocuk diyabeti başladığında ne kadar küçükse ailenin kontrolü tamamen elinde tutması o kadar kolay olur. Bu nedenle, küçük yaşlarından itibaren diyabetle birlikte yaşayan çocukların diyabeti ergenlik yıllarında başlayan çocuklara göre, ergenlik yılları boyunca diyabetlerini daha iyi kontrol altında tutmaları beklenir.

Diyabetli bir ergen için bu döneme özgü bağımsızlık düşüncesi daha zor olur. Hiçbir zaman erişkin bir insan olamayacaklarını ve hiçbir zaman kendi vücutları hakkında tam olarak karar veremeyeceklerini düşünürler. Ergen bir çocuk şüphesiz ki geleceği hakkında endişe duyar: "nasıl bir iş seçmeliyim? bir partner bulabilecek miyim? çocuğum olacak mı? Diyabete bağlı komplikasyonlar bende de gelişecek mi? vs" Geleceğe negatif bakılıyorsa bu sorular karşısında depresyona girmek çok doğaldır. Genel olarak varoluşçu düşünceler hiç de az değildir, ancak intihar düşüncelerinin de olabileceği hiçbir zaman unutulmamalıdır. Ergen bir çocuk enjeksiyonlarını bir erişkin gibi strese girmeden uygulamak ister. Hasta bunu

başaramazsa enjeksiyonlardan nefret eder ve enjeksiyonlar sırasında az da olsa yakınları tarafından zorlanması gerekebilir, hatta bazen erken yaşlara regresyon göstererek tek başına enjeksiyonlarını yapamadığı veya bireyin ağladığı gözlenir. Çocuklara erişkin diyabetiklerin de enjeksiyonları yaparken zorluk çektiklerini ve bunun gayet doğal olduğunu söylemek gerekir. Ergen çocuğun davranışlarının kabul görmesi kendine güvenlerini artıracak ve çocuğu pozitif yönde etkileyecektir. Bir ergen çocuk için iyi bir ebeveyn olmanın küçük bir çocuk için iyi bir ebeveyn olmakla aynı olmadığı bilinmelidir. Ergen çocuğun diyabete uyumunun yetersiz olması ile çocuğun ergenlik öncesindeki yıllarında giderek artan bağımsızlık gereksinimlerine ailesinin kötü uyumu arasında ilişki olduğu gözlemlenmektedir.

Çoğu ergen çocuk riskli davranışlar içindedir, az veya çok riskli olan eylemleri kendilerinin de yapabileceği inancıyla denemekten zevk alırlar. Bu özellik erkek çocuklarda kızlardan daha belirgindir. Çocukların bu özelliklerinden faydalanarak diyabet tedavisinde, örneğin insülin dozlarını kendi başlarına ayarlama onlarca cesaret verilmelidir. Önemli riskli davranışlardan biri insülin enjeksiyonlarının yapılmaması veya unutulmasıdır. İnsülin enjeksiyonları unutulduğunda kan şekeri düzeyleri dalgalı seyredecektir ve diyabeti regüle etmek mümkün olmayacaktır. Ergen çocukların mümkün olduğunca çok pratik yapmasına çalışılmalıdır. Bununla birlikte, uygulamaların doğruluğunu denetlemek ve yanlışları düzeltmek de aynı derecede önemlidir.

Diyabetli bir çocuğun sağlıklı bir kardeşi olması bazen sorun yaratabilir. Sağlıklı çocuklar sıklıkla hasta kardeşlerinin sahip olduğu avantajları görürler. Bu avantajlar sadece hasta çocuğa karşı ailenin aşırı ilgisine bağlı değildir. Sağlıklı kardeşler aynı zamanda hasta kardeşlerinin durumunu tam olarak çözümleyemedikleri için de zorluklar içindedirler. Bazı soruların yanıtlanması konusunda yardıma gereksinimleri vardır.

- Kardeşimin diyabet olması benim suçum mu?
- Bulaşıcı mı? Bana da geçer mi?
- Annem babam hasta kardeşimle ilgilenirken bana bir şey olduğunda bana kim bakacak?

Sağlıklı kardeşleri de dinlemek önemlidir, çünkü bu çocukların zaman zaman “hasta bir kişi olmamak ne kadar zor” diye düşündüğünü kabul etmek gerekebilir. Bir ebeveyn olarak şunun söylenmesi ön görülmektedir: sağlıklı olduğun için çok daha iyi olacaksın. Diyabetik olmayan çocuğa aile karşılaştığı zorlukları anladığını hissettirmesi gerekebilir. Aile diyabetik olmayan çocuğuna “Bazı zamanlarda çok zorluk çektiğini anlayabiliyorum” cümlesini söyleyebilmelidir. Sağlıklı çocuğun başının veya karnının ağrıdığını söylediğinde önemli değil diye geçiştirilmemelidir, bu sorununu aile önemsediyiğini göstermesi gerekir. Erkek veya kız kardeşin hasta kardeşden ayrı olarak doktora götürülmesi yararlı olabilir.

Aile sağlıklı kardeşe ekstra ilgi gösteriyor olabilir. Örneğin, ikisi birlikte bir şeyler yapabilirler. Ne yaptıkları o kadar önemli değildir. Anne veya babadan biriyle beraber olmak çocuk için her zaman önemli bir durumdur. Birlikte bir şeyler yemek için fırsat yaratabilir, ancak bunu diğer aile bireylerinden gizli tutmakta fayda vardır. Aile diyabetli çocuğuyla gizli olarak bir yerlere, örneğin parka veya yaşı büyükse sinemaya vs gidebilmelidir. Gizli tutmanın tek amacı ise kardeşler arasında (diyabetli olsun ya da olmasın) kıskançlık duygularının gelişmesini önlemektir.

Bir çocuk için her seferinde “onu yememelisin, biliyorsun kardeşin diyabetli” uyarısını işitmek zor bir durumdur. Sık uygulanan bir method kardeşi evde yokken izin vermektir. Diyabetli bir çocuğun büyüdükçe diğer kişilerle aynı durumda olmadığına kendisini alıştırması gerekir. Diyabetli çocuğun aile içinde haksız muamelelere maruz kaldığını hissetmemesi için onun isteğine uygun bazı düzenlemeler yapmaya çalışılmalıdır. Amaç çocuk büyüdükçe kendi başına ayakta durabilmesine olanak sağlamaktır. Diyabetli çocuğun kardeşinin doğum günü partisi istisnai bir durumdur ve çocuğu kendi tedavisini nasıl yapacağı konusunda serbest bırakmak gerekir. Diyabetli çocuk partiye katılabilmek için o gün ekstra insülin alabilir. Kardeşleri büyüdükçe aralarında genellikle güçlü bir arkadaşlık bağı kurulur. Adolesanlardaki gözlemler ise aile içi ilişkilerin erişkinliğe geçiş aşamalarında hastalıklarının sorumluluklarını üstlemede kolaylaştırıcı etkisi olduğu şeklindedir. Örneğin aile içi şiddetli tartışmalar yaşanıyorsa veya aile aşırı koruyucu bir tutum içindeyse adolesanın hastalığının sorumluluğunu ve kontrolünü üstlenmesi

zorlaşmaktadır. Parçalanmış ailelerde diyabetli varsa en iyi yaklaşım: diyabet tanısının ilk dönemlerinden itibaren ikisine de aynı bilgileri vermektir. Yeni partnerleri varsa bunların da aynı şekilde bilgilendirilmeleri gerekir. Ebeveynler arasında gerginlik yaşanıyor olabilir, ancak en iyisi erişkinlerin diyabetli çocuklarıyla çocuğun diyabetine mümkün olduğunca saygılı bir şekilde iletişim kurmalarıdır.

Diyabetli olmak doğal olarak aile içinde birtakım zorlukları da beraberinde getirir. Belirgin sorunları ya da veya psikiyatrik bozukluğu olan çocuk/adolesan hasta ya da aile üyeleri diyabet ekibi tarafından desteklenmeli, çocuk ve aile tedavisinde deneyimli sosyal hizmet görevlileri/psikolog/psikiyatrist tarafından da görülmeleri sağlanmalıdır.

Diyabet bakım ekibi diyabetle ilgili ve sosyal sorunları tanıma, bunları belirleme, bu konularda bilgilendirme ve danışmanlık hizmeti verme konularında eğitim görmüş olmalıdır.

Çocukluk diyabetinin bakım ve tedavisinin en fazla psikososyal etmenlerden etkilendiğinin bilinmesi gerekir.

Diyabetik hastalarda psikiyatrik ve psikososyal sorunlar aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- 1- Kan şekeri değişikliklerinin beyin işlevleri üzerine olumsuz etkisi vardır.
- 2- Hastalığın ruhsal açıdan kişide negatif bir yapı oluşturması ve varsa bunu agrave ettiği bilinir.
- 3- Ruhsal çatışmalar ve psikososyal zorlamalar kan şekeri ayarını bozması, diyabetin seyrini ve tedaviye yanıtını olumsuz yönde etkiler.
- 4- Diyabete, tedavi yöntemlerine veya komplikasyonların gelişmesine karşı anksiyete ve depressif mizaçlı uyum bozukluğu gelişir.

Bu nedenle, diyabetik her hasta psikolojik açıdan aşağıdaki sıra içinde ayrıntılı incelemeye tabi tutulmalıdır.

a- Biyolojik değerlendirme:

- (1) Kalıtsal (ailede, diyabet veya endokrin hastalıklar, hastalıklar açısından) analiz,
- (2) Hastanın yaşı, cinsiyeti ve yaşam evreleri,
- (3) Hastalığın niteliği ve şiddeti, gidiş süreci,
- (4) Komplikasyonun varlığı, etkilenen organlar (göz,böbrek v.b)
- (5) Temel fizyolojik fonksiyonlar.

b-Psikolojik değerlendirme:

- (1) Hastalığı algılama şekli,
- (2) Kişilik yapısı,
- (3) Ego savunma düzenekleri,
- (4) Streslerle baş etme gücü ve stili,
- (5) obje ilişkilerinin olgunluğu,
- (6) Yaşam dönemi,
- (7) Daha önceki psikiyatrik ve psikososyal uyum yeteneği ve öyküsü,
- (8) Daha önceki hastalık ve ilişkisi (deneyim ve tutumlar).

c-Psiko-sosyal değerlendirme:

- (1) Medeni durumu,
- (2) Aile ilişkilerinin dinamiği,
- (3) Kişisel-kültürel tutumlar,
- (4) Değer yargıları,
- (5) Aile ve toplumdaki yeri ve statüsü,
- (6) Ailenin ve toplumun (o) hastalığa ilişkin tutumları ve
- (7) İnsanlar arası, profesyonel ve mesleki uyum ve işlevleri.

Hastanın bu verilerin ışığı altında, ayrıntılı kişilik analizi ve psikolojik yapısı değerlendirilmelidir. Keza, diyabetik hastanın ailesi ve birinci derecede yakınlarının olaya hastaya hastalığa bakış açısı ayrıntılı olarak analize edilmeli, psikolojik destek veya tedavi aile çevresiyle birlikte yapılmalıdır.

Diyabetik hastalar, hastalığın klinik başlangıcından itibaren mutlaka pikoterapiye alınmalıdır (ISPAD Guidelines,2000).

Tüm bu bilgiler ışığında, ilgili sürecin olumsuz olarak gelişmemesi, problemlerin oluşmaması için hazırlıkların yapılması, rehberlik edilmesi ve gerektiği takdirde danışma yardımının gerçekleştirilmesi özellikle okul ortamında onu en yakından tanıyacak olan Rehber Öğretmen ve Danışman'ın birincil görevlerinden olmalıdır (Bekiroğulları ve Özekmekci 2008c).

BÖLÜM III

İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

1990 yılında yapılan araştırmalara göre insuline bağımlı ya da insulin almayan diabetli hastalardaki depresyon prevalansının araştırıldığı çalışmalar, depresyonun nokta prevalansını % 8.9-28, yaşam boyu prevalansını ise %14.4-24 olarak bildirmektedir (Lustman ve Diğerleri,1988/Rodin ve Diğerleri,1990/Winocour ve Diğerleri,1990/Seigel ve Diğerleri,1990).

1991'de yapılan çalışmada kronik bir sorun olan diyabet hem hasta çocuğun hem de sağlıklı kardeşin bağımsızlığını ve sosyal etkileşimini kısıtlamaktadır. Gallo ve arkadaşlarının yaptığı bu çalışmada sağlıklı kardeşlerin sosyal aktivitelerinin aileleri tarafından kısıtlandığı, anne-babalarının hasta kardeşlerine daha fazla ilgi gösterdiği ve kolay aktiviteleri yapmasına izin verdikleri, zor aktivitelerin ise kendilerine bırakıldığı belirtilmiştir (Galo ve Diğerleri,1991).

1991'de yapılan çalışmada kardeşi diyabet olan çocukların kardeşleri hastalandıktan sonra %73,2'si beslenme tarzlarının değiştiğini, kardeşinin diyetine uygun beslendiklerini, kardeşinin canı istemesin diye daha önce yaptıkları yemekleri yapmadıklarını, kardeşi evde yokken normal beslendiklerini, yemek saatlerinin kardeşinin iğne ve yemek saatine göre değiştiğini ifade etmiştir. Bayat'ın diyabetli çocuklar üzerinde yaptığı çalışmada da ailelerin %75'i çocuğun diyetine uygun biçimde yemek yaptıklarını ve evde tatlı yemediklerini belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi kronik hastalıktan sadece hasta olan çocuk değil ailenin tüm bireyleri etkilenmektedir (Gallo,1991/ Stewart,1991).

1991'de yapılan çalışmada kardeşi diyabet olan çocukların %38'i kardeşiyle dalga geçilmesinden ve arkadaşları tarafından dışlanmaktan korktuğu için kardeşinin hastalığını arkadaşlarına söylememiştir. Gallo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kardeşlerin %42'si kardeşinin kronik hastalığı olduğunu arkadaşlarına söylemediğini ve açıklamayacağını belirtmiştir. Kardeşinin hastalığını söyleyenler ise söyledikleri

kişilerin çok yakın arkadaşı, öğretmeni ve en yakın komşusu olduğunu, özellikle güvendikleri ve kardeşi rahatsızlandığı zaman yardım edebilecek kişiler söylediklerini ifade etmişlerdir. Gallo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bu çalışmada olduğu gibi kronik hastalığı olan çocuğun sağlıklı kardeşinin yaşı büyüdükçe kardeşinin hastalığını rahat ifade ettiği küçük kardeşlerin ise gizlediği, hastalığından dolayı hasta kardeşlerini suçladıkları ve büyük kardeşlere göre hastalığı kabullenmelerinin daha zor olduğu Saptanmıştır (Galo ve Diğerleri,1991).

1992'de Kanada'da kronik hastalıklı çocuğu olan ailelerde yapılan bir çalışmada; kardeşler arasındaki ilişkilerin bozuk olduğu ailelerde depresyon, sıkıntı, obsesif kompulsif, kişilik bozuklukları gibi sorunların iki kat daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (Stewart,1992).

1993'de yapılan bir çalışmada diabetiklerin depresyon riski altında olduğunu, depresyon prevalansının, diabetiklerde normal popülasyona göre daha sık görüldüğünü bildirilmektedir (Gavard ve Diğerleri/1993).

Diyabet hastalarında danışma ihtiyacına sıkça rastlandığı bilinmektedir. 1993'de yapılan çalışmalarda, problemlerin geliştiği belirlenmiş ve en sık olarak majör depresyon bildirilmiştir (Blanz BJ ve Diğerleri, 1993).

Yapılan çalışmalarda diyabet başlangıcının kış aylarında zirve yaptığı ve ilkbahar mevsiminde ise azaldığı görüldü. Bu mevsimsel değişim tip I diyabet gelişimi üzerine farklı tetikleyici faktörlerin olabileceğini göstermektedir. Kış mevsiminde viral enfeksiyonların daha sık görülmesi veya soğuk hava gibi faktörler insülin ihtiyacını arttırarak tip I diyabet başlangıç zamanı üzerine etkili olabilir. Diyabetli olguların ailelerinde % 5.0 ile % 13.0 arasında tip I diyabet prevalansı bildirilmiştir (Kandemir ve Diğerleri,1994/Waldhor ve Diğerleri,1999).

1996'da yapılan çalışmada da anne-babanın diyabetli çocukla daha çok ilgilendikleri, çocuğun her aktivitesini kontrol altına almaya çalıştıkları, zarar

vereceğini düşündükleri durumlara kısıtlamalar getirmeye çalıştıkları belirlenmiştir (Akdemir,1996).

1997'de yapılan çalışmalarda hem İBDM hem de depresyonu olan gençlerde sadece depresyon olan gençlere göre depresyon epizodlarının daha uzun sürdüğü ve daha sık tekrarladığı, yani daha kötü bir prognoza sahip olduğu bildirilmiştir (Kovacs ve Diğerleri,1997).

Yapılan çalışmalarda Diyabetik ergenlerde tanıdan sonraki ilk yıl ve tanıdan 10 yıl sonra, başta depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere ikincil psikiyatrik hastalıkların gelişimi için yüksek risk taşıyan iki dönem olduğu saptanmıştır. Böylesi bir hastalığa sahip olmanın başlı başına bir stres kaynağı olduğu, çünkü sağlığın kaybı, hasta ve ailesi için yeni günlük gereksinimler ve yaşam tarzında temel değişiklikleri yansıttığı ileri sürülmektedir (Kovacs ve Diğerleri, 1997a, Grey ve Diğerleri, 2002).

1998'de yapılan çalışmada tip I diyabetin başlangıç sıklığı mevsimsel farklılıklar gösterebilir. Kış mevsiminde tip I diyabet tanı sıklığının arttığı görülmektedir (Cotellessa ve Diğerleri,1998).

1999'da yapılan çalışmada çocukların hastalığı nedeniyle %66'sının günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiği bulunmuştur (Pillitre,1999).

1999'da yapılan çalışmada Almanya'da beş yaş altı çocuklarda 1993'teki insidansın100.000 insan yılı için 6.86 olduğunu, 1995 yılında ise 9.68'e yükseldiğini saptamışlardır. EURODIAB ACE çalışma grubunun verilerine göre tüm Avrupa'da 1989-1994 yılları arasında 0-14 yaş çocuklarda tip 1 DM'ün yıllık insidans artışının %3.4 olduğu, en fazla artışın da %6.3 ile 0-4 yaş arasındaki çocuklarda gözleendiği belirtilmektedir (Rosenbauer ve Diğerleri/1999).

Çocuklarda diyabet görülme sıklığı ülkeden ülkeye farklılık göstermekte olup Avrupa ve Amerika'da %2.2-0.3, İskandinav ülkelerinde ise %0.3-0.5 gibi

önemli bir sayıyı oluşturmaktadır. Türkiye de 1999 yılında yapılan bir çalışmada da çocuk ve adolesan çağındaki diyabet görülme sıklığı yüz binde 2.54 olarak bulunmuştur (Günöz H,1999). Kıbrıs'ta ilgili durumları yansıtan kesin bir çalışmaya rastlanmamıştır (Bekiroğulları ve Özekmekci 2008a).

Yapılan bazı çalışmalarda tip I diyabet insidansının erkek çocuklarda daha fazla olduğunun bildirilmesine rağmen başka çalışmalarda ise her iki cins arasında farklılık olmadığı bildirilmiştir. Çalışmamızda tip I diyabet insidansının cinsiyete göre farklılık göstermediği belirlendi (Karvonen ve Diğerleri 2000/Cerutti ve Diğerleri 1994).

2002'de Zentone yaptığı bir çalışmasında, kronik komplikasyonların varlığının depresyon için risk etkeni olduğunu bildirmiştir (Zentone,2002).

Yapılan bir çalışmada tip 1 diyabet hastalığının sadece genetik faktörlerin değil, aynı zamanda çevresel faktörlerdeki değişikliklerin de sorumlu olabileceği bildirilmektedir (Silink ve Diğerleri,2002/Rosenbauer ve Diğerleri/1999).

2002'de yapılan bir çalışmada Fransa'da 1989-1998 yıllarını kapsayan prespektif çalışmalarında şeker hastalığı insidansının yıllık %7.4 arttığını, beş yaş altı diyabetli hastalarda ise yıllık insidansın 10 yılda%4.2'den %7.4'e yükseldiğini göstermişlerdir (Charkaluk ve Diğerleri/2002).

2003'de dünyada yapılan epidemiyolojik çalışmalarının çocukluk yaş grubunda tip I diyabet insidansının arttığını göstermektedir. Tip I diyabet insidansı ve zirve tanı yaşı dağılımı ülkeler ve ülkeler içerisinde de bölgeler arasında farklılıklar göstermektedir (Cotellessa ve Diğerleri,2003/Şimşek ve Diğerleri,2003).

Yapılan bir çalışmada çocukluk çağı tip I diyabetin insidansı ve zirve tanı yaşının ülkeler ve ülke içindeki bölgeler arasında oldukça değişkenlik gösterdiğini ve bu durumun genetik farklılık ve çevresel etkenler, diyet ve yaşam tarzı alışkanlığı

gibi farklılıkların etkili olabildiği ortaya çıkarılmıştır (Cotellessa ve Diğerleri 2003/Karvonen ve Diğerleri 2000).

Yapılan bir çalışmada Tip I diyabetin etiolojisi bilinmemekle birlikte, genetik olarak duyarlı kişilerde çevresel faktörlerin pankreatik beta hücresinin yıkımına yol açan bir immün yanıtı tetikleyebileceği ileri sürülmüştür. Virüsler, toksinler, yaşamdaki stresli olaylar ve diyet gibi unsurlar tip I diyabetin etiolojisinden sorumlu tutulan faktörlerdir (Newhook ve Diğerleri,2004).

Yapılan bir çalışmada tip I diyabet genetik yatkınlık ve çevresel etmenlerin zemininde gelişen multifaktöriyel bir hastalık olduğu ortaya çıkmıştır (Newhook ve Diğerleri,2004/Cordell ve Diğerleri,1995).

2004'de Kandemir ve ark.'nın 18 yaş altındaki tip I diyabetli 477 olguda yaptıkları bir çalışmada, diyabet tanısı yaş dağılımının 4-6 yaş arasında küçük bir zirve yaptığı ve asıl 12-14 yaş arasında zirve yaptığı bildirilmiştir (Sperling,2004).

2005'de Diyabetli gençlerde yapılan çalışmalarda, depresif belirtilerin varlığının sık hastaneye yatma, hastalığa uyumun kötü olması, kötü metabolik kontrol, ebeveynlerle çatışmalarda artış gibi olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğunu göstermiştir (Stewart ve Diğerleri, 2005b, Lenmark ve Diğerleri, 2002).

Depresyonun İnsüline Bağımlı Diyabetüs Mellitus üzerine olan olumsuz etkilerinin yanı sıra İBDM'in depresyon üzerine olan olumsuz etkilerini de göz ardı edilmemelidir (Bekiroğulları ve Özekmekci 2008b).

Yapılan araştırmalara göre ilgili sürecin olumsuz olarak gelişmemesi, problemlerin oluşmaması için hazırlıkların yapılması, rehberlik edilmesi ve gerektiği takdirde danışma yardımının gerçekleştirilmesi özellikle okul ortamında onu en yakından tanıyacak olan Rehber Öğretmen ve Danışman'ın birincil görevlerinden olmalıdır (Bekiroğulları ve Özekmekci 2008c).

BÖLÜM IV

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, evren ve örneklem, verilerin toplanması, çözümlenmesi ve yorumlanmasıyla ilgili bilgilere yer verilmiştir

Araştırmanın Modeli

Bu araştırma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)'de Eğitim Fakültesi, Rehberlik ve Danışmanlık Bölümü, Diyabet hastası çocukların sorunlarına; Danışmanlıkta Müdahalede Bulunulmasına Yönelik Karşılaştırmalı bir analizi ortaya çıkarmayı amaçladığından araştırmacı tarafından geliştirilen iki ölçekle öğrencilere ulaşılmaya çalışılmıştır.

Evren ve Örneklem

2007-2008 Güz dönemi Eğitim Öğretim yılında Kıbrıs'ta Eğitim Fakültelerinde okuyan Rehberlik ve Danışmanlık bölümü öğrencileri çalışmanın evrenini, Yakın Doğu Üniversitesi Rehberlik ve Danışmanlık 200 birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencileri çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Öğrencilerin, Diyabet hastası çocukların sorunlarına; danışmanlıkta müdahalede bulunulmasına yönelik bilgi ve tutum düzeylerini ortaya çıkarma amaçlı geliştirilen ölçeği geliştirmek için öncelikle kaynak taraması ve uzman görüşü alınarak maddeler oluşturulmuştur oluşturulan ölçeğin her maddesi literatürde vardır. Buna bağlı olarak ilk kez bilgi boyutu 18-20 Haziran 2008 tarihleri arasında II. Ulusal PDR Uygulamaları Sempozyumunda Konya Selçuk Üniversitesi Eğitim Fakültesinde sunulmuştur, tutum boyutu ise 23-25 Mayıs 2008 tarihleri arasında Doğu Akdeniz Üniversitesi bünyesinde gerçekleştirilen International Conference on

Educational Sciences Eğitim Bilimleri Fakültesinde sunulmuş, her iki boyutun karşılaştırılması ise “14-17 Temmuz 2008 tarihleri arasında Athens Institute for Education and Research, International Conference on Psychology sunulmuştur.

Diyabet Hastası Çocukların Sorunlarına; danışmanlıkta müdahalede bulunulmasına yönelik karşılaştırılmalı bilgi ve tutum değerlendirmesi ölçeği ilk kez oluşturulmaya çalışılırken 48 madde olarak oluşturulmuştur. ‘Diyabet hastası çocukların sorunlarına danışmanlıkta müdahalede bulunulmasına Yönelik Karşılaştırmalı bilgi ve tutum değerlendirmesi’ çalışması geçerlilik güvenilirlik çalışması EK’te sunulan belirtilen madde analizleri YDÜ Atatürk Eğitim Fakültesi 2007-2008 Eğitim Öğretim dönemi Rehberlik ve Danışmanlık Bölümü Öğrencileri 1. ve 2. sınıf öğrencileriyle geçerlilik 3. ve 4. sınıf öğrencilerle güvenilirlik çalışması yapılan ölçekte 16 maddelik, birinci boyutu olan Tip 1 diyabet ile ilgili bilgi düzeyleri ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0.851 ve 23 maddesi bulunan, ikinci boyutu olan Tip 1 diyabet hastası olan çocuklara yönelik uygulanması gereken Danışmanlık Süreç ölçeğinin Cronbach Alpha değeri ise 0.908’dir.

Uygulama

Uygulama, araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Anketlerin çoğaltılmasından sonra, belirlenen örnekleme yer alan okuldaki öğrencilere ulaşılarak uygulama yapılmıştır.

Verilerin Çözümü ve Yorumlanması

Araştırma amaçları doğrultusunda iki ayrı araç sonucunda toplanan veriler SPSS 13 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Öğrencilerin Diyabet hastası çocukların sorunlarına danışmanlıkta müdahalede bulunulmasına yönelik bilgi ve tutumlarını ortaya çıkarmak için cinsiyet, sınıf, yaşadıkları yer, sahip oldukları pasaportlar, son dönem akademik ortalama düzeyleri, genel akademik ortalama düzeyleri, yakın çevresinde diyabetli

birey olup olmadığı, yakınlık derecesi gibi faktörleri ortaya çıkarmak için t-testi yapılmıştır.

Araştırma genelinde 0,05 anlamlılık düzeyi temel alınmıştır.

Süre ve Olanaklar

Araştırma Ocak 2008 tarihinde başlayıp Ocak 2009 tarihinde sona erip 52 haftalık bir sürede gerçekleştirilmiştir.

Bu süre içerisinde yapılan işler ve süreleri Pert (Program Evaluation Review and Technique) aşağıda Çizelge 1’de gösterilmiştir.

Çizelge 1

Yapılan Çalışmalar

Planlama		1 Ocak 2008
Literatür Tarama		1 OCAK 2008 / 15 OCAK 2009
Anket Planlaması		1 Şubat 2008
Anket geliştirme		3 Mart 2008
Anket Geçerlilik Güvenirlilik çalışması		20 Mart 2008
Anket tekrar uygulama ve Geçerlilik Güvenirlilik çalışmasını sona erdirmeye		25 Nisan 2008
Anket uygulama sonuçları bağlamında ulusal kongrede makale sunumu 1.Boyut	"Guide and Counseling psychologist Teacher Conditates' Knowledge about Type I Diabetic",second National Guiden and Counseling Psychology practice symposium,18-20 june 2008 Konya,Turkey	18-20 Haziran
Anket uygulama sonuçları bağlamında uluslar arası kongrede makale sunumu 2.Boyut	Bekiroğulları,Z/Ozekmekci,A.(2008b),"Knowledge and Attitude Psychological Counseling fort he Diabetic Children-Comparative Study"Counseling and Psychological Guidance Departmant Students Sample" International Conferance on Educational Scienses,ICES'08,June 23-24,	23-24 Haziran
Anket uygulama sonuçları bağlamında uluslar arası kongrede makale sunumu 1.Boyut ve 2.Boyut	Bekiroğulları,Z/Ozekmekci,A.(2008a) "Comparative In formation and Atiude Consultation" Athens Institute for Education and Research,International Conferance on psychology,july 14-17,2008,Athens,Greece	14-17 Temmuz
Diyabet hastası çocukların sorunlarına; Danışmanlıkta müdahalede bulunulmasına yönelik karşılaştırmalı bilgi ve tutum değerlendirmesi ölçeğinin kitap bölümü yayınlatma		Journal Strategii na Obrozovatelnata i Nauchnata Politika/Strategies for policy in Science Education Number 2 1,2008,Sofia
Rapor yazımı ve düzeltmeler		OCAK 2009

Araştırma süresince kongre giderleri, cilt, haberleşme, posta, veri işleme, ulaşım giderlerinin tümü bizzat araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

BÖLÜM V

BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde ele alınan amacın çözümü için toplanan verilerin istatistiksel analizleri sonucunda elde edilen bulgular ve bunlara ilişkin yorumlar verilmektedir.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Tip 1 Diyabet İle İlgili Bilgi Düzeyleri Genel Ortalama Dağılımı

	N	MINİMUM	MAKSİMUM	TOPLAM	ORTA	STANDART SAPMA
BİRİNCİ BOYUT	200	2.00	5.00	726.00	3.6300	.57860
İKİNCİ BOYUT	200	2.00	5.00	701.00	3.5050	.54907
GEÇERLİLİK N (Liste)	200					

Tablo 1’de görüldüğü üzere Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık öğrencilerinin Tip 1 Diyabet ile ilgili bilgi düzeyleri genel ortalaması 3.63 ortadan çok aralığındadır. Bununla birlikte ilgili öğrenci grubunun, Tip 1 diyabet hastası olan çocuklara yönelik uygulanması gereken Psikolojik Danışmanlık süreci ile ilgili olumlu tutum düzeyleri 3.505 ortadan çok aralığında yer almaktadır. Birçok psikolojik problemlerin söz konusu olduğu ve müdahalenin şart olduğu ilgili durumda (Robinson, N ve Fuller ,J.H.,1985), özellikle iki boyutta da Rehber Öğretmen ve Psikolojik Danışman adaylarının ilgili boyutlar bağlamında bilgi ve tutum düzeylerinin yükseltilmesi zaruridir.

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

		SIKLIK	YÜZDE	GEÇERLİLİK YÜZDESİ	KÜMÜLATİF YÜZDE
GEÇERLİ-LİK	BAY	30	15,0	15,0	15,0
	BAYAN	170	85,0	85,0	100,0
	TOPLAM	200	100,0	100,0	

Tablo 2’de görüldüğü üzere çalışmaya katılan öğrencilerin (%15) 30’u erkek, (%85) 170’i ise kızdır.

Tablo 3. Kızların ve Erkeklerin Tip 1 Diyabet ile İlgili Bilgi Düzeyleri Dağılımı T-Test Cinsiyet

	CİNSİYET	N	ORTALAMA	STANDART SAPMA	STANDART HATA ORTALAMASI
BİRİNCİ BOYUT	BAY	30	3.4000	.72397	.13218
	BAYAN	170	3.6706	.54149	.04153

Tablo 3’te görüldüğü üzere erkeklerin bilgi düzeyleri 3,400 düzeyinde ortadan çok sınırında iken, kızların bilgi boyut düzeyleri 3,671 düzeyinde yine ortadan çok aralığında yer almaktadır.

Tablo 4. Kızların ve Erkeklerin Tip 1 Diyabet Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Farkı Dağılımı Bağımsız Örnekler Testi

Levene'in Değişkenlerin Eşitliği Listesi										
Ortalamaların Eşitliği için T-test										
Farkın 95% Güven Aralığı										
		F	Sig.	T	df	Sig. (2- uçlu)	Ortalama Farkı	Standart Hata Farkı	En az	En fazla
Birinci bo-yut	Eşit Değişken-ler Varsayıldı	6.167	.014	-2.389	198	.018	-27059	.11325	-49391	-04726
	Eşit Değişken-ler Varsayılmadı			-1.953	34.950	.059	-27059	.13895	-55187	-01070

Tablo 4’de görüldüğü üzere kızların ve erkeklerin bilgi düzeyleri farkı 0,059 düzeyindedir.

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Tip 1 Diyabet Hastası Çocuklara Uygulanması Gereken Danışmanlık Süreci İle İlgili Olumlu Tutum Düzeyleri Dağılımı Grup İstatistiği T-T Test Cinsiyet

	CİNSİYET	N	ORTALAMA	STANDART SAPMA	STANDART HATA ORTALAMASI
İKİNCİ BOYUT	BAY	30	3.2000	.55086	.10057
	BAYAN	170	3.5588	.53245	.04084

Tablo 5’de görüldüğü üzere erkeklerin tip I diyabet hastası olan çocuklara yönelik uygulanması gereken Danışmanlık Süreci ile ilgili olumlu tutum düzeyleri 3,200 orta sıklıkta düzeyinde iken, kız öğrencilerin ilgili boyuttaki tutum düzeyleri 3,558 ortadan çok aralığındadır.

Tablo 6. Erkekler ve Kızlar Arasındaki Tip I Diyabet Hastası Olan Çocuklara Yönelik Uygulanması Gereken Danışmanlık Süreci ile İlgili Olumlu Tutum Düzeyleri Farkı Dağılımı Bağımsız Örnekler Testi

Levene'in Değişkenlerin Eşitliği Listesi										
Ortalamaların Eşitliği için T-test										
Farkın 95% Güven Aralığı										
		F	Sig.	T	Df	Sig.(2-uçlu)	Ortalama Farkı	Standart Hata Farkı	En az	En fazla
ikinci boyut	Eşit Değişkenler Varsayıldı	5,34	.02	—	19	.00	—	.1059	—	—
	Eşit Değişkenler Varsayılmadı			—	39,16	.00	—	.1085	—	—

Tablo 6’da görüldüğü üzere erkekler ve kızlar arasındaki Tip I diyabet hastası olan çocuklara yönelik uygulanması gereken Danışmanlık Süreci ile ilgili olumlu tutum düzeyleri farkı 0,002 düzeyinde anlamlıdır. Tablo 3’de yansıttığı üzere bilgisi daha üst düzeyde olan kız öğrencilerin tutumunda ilgili gruba yönelik olumlu tutumu olumlu olarak fark etmektedir.Yapılan çalışmalarda vurgulandığı üzere özellikle ilgili gruba yönelik yaşanan problemlerde müdahale şart olduğundan (Anderson,J.,Freedland,K.,Clouso,R., ve Lustman,P.2001) ve bilgi düzeyinin olumlu tutum düzeyini etkilemesinden dolayıdır ki,kız erkek öğrencilerinin önce bilgi düzeyleri buna bağlı olarak da tutum düzeyleri olumlu olarak etkilenmeye çalışılmıştır.

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Çevresinde Diyabet Hastası Var mı ?

		SIKLİK	YÜZDE	GEÇERLİLİK YÜZDESİ	KÜMÜLA-TİF YÜZDE
GEÇERLİLİK	1,00	83	41,5	41,5	41,5
	2,00	117	58,5	58,5	100,0
	TOPLAM	200	100,0	100,0	

Tablo 7’de görüldüğü üzere öğrencilerin (%41,5) 83’ünün yakın çevresinde (ailesinde) Diyabet Hastası varken, (%58,5) 117’sinin yakın çevresinde (ailesinde) Diyabet Hastası yoktur.

Tablo 8 Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Yakın Çevresinde (Ailesinde) Diyabet Hastası Olan Öğrencilerin Tip I Diyabet İle İlgili Bilgi Düzeyleri Genel Ortalaması İle Yakın Çevresinde (Ailesinde) Diyabet Hastası Olmayan Öğrencilerin Bilgi Düzeyleri Ortalaması Dağılımı
T-Test Çevresinde Diabet Hastası Olanlar Boyut I

	ÇEVRESİNDE DİABET N HASTASI VAR MI?		ORTALAMA	STD.SAPMA	STD.HATA ORTALAMASI
BİRİNCİ BOYUT	ÇEVRESİNDE DİABET HASTASI VAR	83	3.7590	.63612	.06982
	ÇEVRESİNDE DİABET HASTASI YOK	117	3.5385	.51759	.04785

Tablo 8’de görüldüğü üzere yakın çevresinde (ailesinde) Diyabet Hastası olan öğrencilerin Tip I diyabet ile ilgili bilgi düzeyleri genel ortalaması 3,759 ortadan çok düzeyinde, yakın çevresinde (ailesinde) Diyabet Hastası olmayan öğrencilerin bilgi düzeyleri ortalamasından 3,535 ortadan çok düzeyinde daha yüksektir.

Tablo 9 Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Yakın Çevresinde (Ailesinde) Diyabet Hastası Olan Öğrencilerin Tip I Diyabet İle İlgili Bilgi Düzeyleri Arasındaki Fark Dağılımı Bağımsız Örnekler Testi

Levene'in Değişkenlerin Eşitliği Listesi										
Ortalamaların Eşitliği için T-test										
Farkın 95% Güven Aralığı										
		F	Sig.	T	df	Sig. (2- uçlu)	Ortalama Farkı	Standart Hata Farkı	En az	En fazla
ikinci boyut	Eşit Değişkenler Varsayıldı	000	989	2.698	198	008	22057	08175	05935	38180
	Eşit Değişkenler Varsayılmadı			2.606	153.223	010	22057	08465	05335	38780

Tablo 9'da görüldüğü üzere yakın çevresinde (ailesinde) Diyabet Hastası olan öğrencilerin Tip I diyabet ile ilgili bilgi düzeyleri arasındaki fark 0,010 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 10. Yakın Çevresinde (Ailesinde) Diyabet Hastası Olan Öğrencilerin Ve Yakın Çevresinde (Ailesinde) Diyabet Hastası Olmayan Öğrencilerin Danışmanlık Süreci İle İlgili Olumlu Tutum Düzeyleri Dağılımı Grup İstatistiği

	ÇEVRESİNDE DİYABET HASTASI VAR MI?	N	ORTALAMA	STANDART SAPMA	SATANDART HATA ORLAMASI
İKİNCİ BOYUT	ÇEVRESİNDE DİYABET HASTASI VAR	83	3.5542	.52389	.05750
	ÇEVRESİNDE DİYABET HASTASI YOK	117	3.4701	.56588	.05232

Tablo 10’da görüldüğü üzere öğrencilerin Tip I diyabet hastası olan çocuklara yönelik uygulanması gereken Danışmanlık Süreci ile ilgili olumlu tutum düzeyleri yakın çevresinde (ailesinde) Diyabet Hastası olan öğrencilerin düzeyinden 3,554 ortadan çok, yakın çevresinde (ailesinde) Diyabet Hastası olmayan öğrencilerden 3,470 ortadan çok düzeyinde daha yüksektir.

Tablo 11. Yakın Çevresinde (Ailesinde) Diyabet Hastası Olan Öğrencilerin Tip I Diyabet Hastası Olan Çocuklara Yönelik Uygulanması Gereken Danışmanlık Süreci İle İlgili Olumlu Tutum Düzeyleri Arasındaki Fark Dağılımı Bağımsız Örnekler Testi

Levene'in Değişkenlerin Eşitliği Listesi										
Ortalamaların Eşitliği için T-test										
Farkın 95% Güven Aralığı										
		F	Sig.	T	df	Sig. (2- uçlu)	Ortalama Farkı	Standart Hata Farkı	En az	En fazla
ikinci boyut	Eşit Değişkenler Varsayıldı	1.36	.244	1.068	198	0,287	.08413	.07877	-.07120	.23947
	Eşit Değişkenler Varsayılmadı			1.082	184.545	0,281	.08413	.07774	-.06924	.23751

Tablo 11'de görüldüğü üzere yakın çevresinde (ailesinde) Diyabet Hastası olan öğrencilerin Tip I diyabet hastası olan çocuklara yönelik uygulanması gereken Danışmanlık Süreci ile ilgili olumlu tutum düzeyleri arasındaki fark 0,287 düzeyindedir. İlgili bulgular göstermektedir ki diyabeti tanıyan rehber ve danışman adayının tutum düzeyi de ilgili gruba karşı olumlu olarak etkilenmektedir. Dünyada özellikle ilgili gruba yönelik potansiyeline karşı özellikle ilginin şart olduğu gerçeğe (Bryden, K., Neil, A., Peveler, R., Mayou, R., Stein, A. ve Dunger, D. 2001) bilginin, tutumu olumlu düzeyde etkilediği bulgusu ile yapılması gerekenler işe koşulmalıdır.

BÖLÜM VI

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırma sonuçları ve sonuçlara dayalı olarak geliştirilen önerilere yer verilmiştir.

Sonuçlar

- 1- Araştırmanın birinci amacı; araştırmaya katılan öğrencilerin Tip 1 Diyabet ile ilgili bilgi düzeyleri araştırmaya katılan Rehberlik ve Danışmanlık öğrencilerinin Tip1 Diyabetle ilgili bilgi düzeyleri genel ortalaması 3,63 ortadan çok aralığındadır.
- 2- Araştırmanın ikinci amacı; araştırmaya katılan öğrencilerin Tip 1 Diyabet hastası olan çocuklara yönelik uygulanması gereken danışmanlık süreci ile ilgili olumlu tutum düzeyleri araştırmaya katılan Rehberlik ve öğrencilerinin Tip 1 Diyabet hastası olan çocuklara yönelik uygulanması gereken Danışmanlık süreci ile ilgili olumlu tutum düzeyleri 3,505 ortadan çok aralığında yer almaktadır.
- 3- Araştırmanın üçüncü amacı; araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre bilgi düzeyleri araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre bilgi düzeylerine bakacak olursak; erkeklerin bilgi düzeyleri 3,400 düzeyinde ortadan çok sınırında iken, kızların bilgi boyut düzeyleri 3,671 düzeyinde yine ortadan çok aralığında yer almaktadır.
- 4- Araştırmanın dördüncü amacı; araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyete göre bilgi düzeyleri farklılığı araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre bilgi düzeyleri farkı ise; 0,059 düzeyindedir.
- 5- Araştırmanın beşinci amacı; araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre Tip 1 Diyabet hastası olan çocuklara yönelik uygulanması gereken danışmanlık süreci ile ilgili olumlu tutum düzeyleri araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre Tip 1 Diyabet hastası olan çocuklara yönelik uygulanması gereken danışmanlık süreci ile ilgili olumlu tutum düzeyleri erkeklerde 3,200 orta sıklıkta düzeyinde görülürken kız öğrencilerin ilgili boyuttaki tutum düzeyleri 3,558 ortadan çok aralığındadır.

6- Araştırmanın altıncı amacı; araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre tutum düzeyleri farkı araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre Danışmanlık Süreci ile ilgili olumlu tutum düzeyleri farkı 0,002 düzeyinde anlamlıdır.

7- Araştırmanın yedinci amacı; araştırmanın Araştırmaya katılan öğrencilerin çevresinde (ailesinde) Diyabet hastası olanla olmayanların düzeyi araştırmaya katılan öğrencilerin 83'ünün yakın çevresinde (ailesinde) Diyabet varken,117'sinin yakın çevresinde (ailesinde) Diyabet hastası yoktur.

8- Araştırmanın sekizinci amacı; araştırmaya katılan öğrencilerin çevresinde (ailesinde) Diyabet hastası olan öğrencilerin bilgi düzeyleri ve yakın çevresinde (ailesinde) diyabet hastası olmayan öğrencilerin bilgi düzeyleri araştırmaya katılan öğrencilerin yakın çevresinde (ailesinde) Diyabet hastası olan öğrencilerin bilgi düzeyleri genel ortalaması 3,759 ortadan çok düzeyinde yer alırken, yakın çevresinde (ailesinde) Diyabet hastası olmayan öğrencilerin bilgi düzeyleri ortalamasından çok 3,535 ortadan çok düzeyinde daha yüksektir.

9- Araştırmanın dokuzuncu amacı; araştırmaya katılan öğrencilerin yakın çevresinde (ailesinde) diyabet hastası olan öğrencilerin Tip 1 Diyabet ile ilgili bilgi düzeyleri arasındaki farkı araştırmaya katılan öğrencilerin yakın çevresinde (ailesinde) Diyabet hastası olan öğrencilerin Tip 1 diyabet ile ilgili bilgi düzeyleri arasındaki fark 0,010 düzeyinde anlamlıdır.

10- Araştırmanın onuncu amacı; araştırmaya katılan öğrencilerin yakın çevresinde (ailesinde) Diyabet hastası olan çocuklara yönelik uygulanması gereken danışmanlık süreci ile ilgili olumlu tutum düzeyleri ile çevresinde (ailesinde) diyabet hastası olmayan öğrencilerin danışmanlık süreci ile ilgili tutum düzeyleri araştırmaya katılan öğrencilerin yakın çevresinde (ailesinde) Diyabet hastası olan çocuklara yönelik uygulanması gereken Danışmanlık süreci ile ilgili olumlu tutum düzeyleri yakın çevresinde (ailesinde) Diyabet hastası olan öğrencilerin düzeyi 3,554 ortadan çok, yakın çevresinde (ailesinde) Diyabet hastası olmayan öğrencilerden 3,470 ortadan çok düzeyinde daha yüksektir.

11- Araştırmanın on birinci amacı; araştırmaya katılan öğrencilerin yakın çevresinde (ailesinde) Diyabet hastası olan öğrencilerin uygulaması gereken danışmanlık süreci ile ilgili olumlu tutum düzeyleri arasındaki fark araştırmaya

katılan öğrencilerin yakın çevresinde (ailesinde) Diyabet hastası olan öğrencilerin Tip 1 Diyabet hastası olan çocuklara yönelik uygulanması gereken Danışmanlık süreci ile ilgili olumlu tutum düzeyleri arasındaki fark 0,287 düzeyinde çıkmıştır.

Öneriler

Araştırma sonucunda; Rehberlik ve Danışmanlık Bölümü Öğrencilerinin Tip 1 diyabet ile ilgili bilgi ve tutumlarını içeren programın gözden geçirilmesi, uygulanan programların yeterlik seviyesinin yeniden düzenlenmesi, hali hazırda Rehber Öğretmen ve Danışman görevini sürdüren öğretmenlere ilgili bağlamda hizmet içi eğitim kursu verilmesi, söyleşiler ve bilgi toplantıları düzenlenmesi gerekliliği önerilmektedir.

Bu öğrencilere diyabeti olan çocuk ve yaşlılara özel psikososyal, eğitimsel, besinsel ve ihtiyaçları hakkında bilgilerini pekiştirme fırsatı vermek önerilmektedir.

Tüm özel, devlet okullarındaki psikolojik danışman ve rehber öğretmenleri diyabet hastalığı hakkında detaylı bilgilere sahip olmaları için okul yönetimi tarafından uluslararası diabet konferanslarına katılmaları önerilmektedir. Rehber öğretmenleri dışında diğer öğretmenlerin ve diyabet hastası olan çocukların ailelerinin de bu konu hakkında detaylı olarak bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Ülkemizde diyabet uzmanlarının geliştirilmesi için eğitim standartlarının ve yasaların düzenlenmesi tekrar gözden geçirilmesi önerilmektedir.

Lisans ve lisansüstü eğitim düzenlemeleri ile birlikte farklı düzeyde eğitim almış doktor, hemşire, diyetisyen ve psikolojik danışmanların sorumluluklarını belirleyen yasaların ortaya çıkarılması, gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

Diyabetlilerin hastalıklarıyla barışık bir şekilde yaşayabilmeleri için bu hastalarla çalışan psikolojik danışmanların, standartları belirlemiş eğitim kursları ve hizmet içi eğitim programlarından geçmeleri gerektiği öngörülmektedir.

Ülkemizde de yurtdışında olduğu gibi; kişi şeker hastası olduğunu belirten bir kolye ya da bilezik taşınmalıdır. Bu durumda Diyabet hastası olmayan kişiler, diyabetli olan kişileri anlayabilecektir. Ayrıca bu kişi, diyabet hastasının bir kimlik kartı ve bu kartın üzerinde de, hastayı izleyen doktorun ismi, acil bir durumda kişinin yakınının telefon numarası, kişinin en son kullandığı ilaçlar ve dozları bilgilerine ulaşabileceğini bilmelidir. Tüm bu bilgilere ulaşabileceğini bilen bilinçli kişi, ani bir durum karşısında diyabetli olan hastaya çok kısa bir süre içerisinde müdahalede bulunabilecektir. Bu cümlelerden de anlaşılacağı üzere; toplumdaki bireylerin de diyabet hastalığı ve hastaları hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir. Ancak bu bilgilendirme seminerlerinin gerçekleştirilebilmesi için eğitim ve sağlık bakanlıkları diyabet konusunda uzman kişileri bu bilgilendirme servisini sağlamaları için görevlendirmesi önerilmektedir.

Ülkemizde yılda bir kez olarak gerçekleştirilen diyabet konferanslarının sayısının halkı bilinçli kılmak adına artırılması gerekmektedir. Ayrıca yapılan bu hizmetin halka ulaşabilmesi açısından katılımın zorunlu olması öngörülmektedir. Böylelikle bireylerin diyabet hastalığı ve hastaları ile ilgili sahip oldukları şemalar genişleyecek ve ani müdahale konusunda bilinçli davranabilme şansları doğmuş olup, hastanın yaşamına olumlu bir yön kazandırma potansiyeli sağlamış olacaklardır.

Sağlık hizmetleri konusunda da sorunlar yaşayan bu hastalar için ulusal bir diyabet programının olmadığı ve bu programın geliştirilmesi gerekmektedir.

K.K.T.C'de Diyabet Merkezi'nin tamamlanmasına karşın bu merkezin halen bugün çalıştırılmadığı gözlenmektedir. Bu durumda sağlık bakanlığının gereken görevi yerine getirmesi öngörülmektedir.

KAYNAKÇA

Akdemir, Z. 1996 'Çocuktaki Kronik Hastalığın Aile Etkileşimindeki Yeri ve Önemi'. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Alberti KGMM and others 1997 International textbook of diabetes mellitus. Vol. I, 2nd edn. Chichester: Wiley.

Arnoldi A, 2000 "Functional Foods, Cardiovascular Disease and Diabetes" CRC Press, 2004, ISBN: 0849325595

Anderson, J. and others 2001 The prevalence of comorbid depression in adult with diabetes. Diabetes care, 24 (6), 1069-1077.

Blanz BJ and others 1993 "Adolescent Psychiatric Disorders. Diabetes Care".

Bryden, K and others 2001 "Clinical and psychological course of diabetes from adolescence to young adulthood. Diabetes care", 24 (9), 1536-1549

Bilous RW. 2004 "Understanding Diabetes, Family Doctor Publications", ISBN: 1898205736

Bekiroğulları, Z., Özekmekçi, A. (2008a) "Comparative Information and Attitude Consultation" Athens Institute for Education and Research, International Conference on psychology, July 14-17, 2008, Athens, Greece

Bekiroğulları, Z., Özekmekçi, A. (2008b), "Knowledge and Attitude Psychological Counseling for the Diabetic Children-Comparative Study" Counseling and Psychological Guidance Department Students Sample" International Conference on Educational Sciences, ICES'08, June 23-24,

- Bekiroğulları,Z.,Ozekmekci,A.(2008c),’ “Guide and Counseling psychologist Teacher Condicates’ Knowledge about Type I Diabetic”,second National Guiden and Counseling Psychology practice symposium,18-20 june 2008 Konya,Turkey
- Cerutti F, Cavallo F, DeDonno V, Sacchetti C. 1994 IDDM incidence in children 0-14 years of age in Piedmont, Italy. *Diabetes Care*; 17: 1233
- Cummins.J and others 1999 İnsentive insulin therapy during and after myocardial infarctions in diabetic patients.*Diabetes Spectrum*;12(2):84-88
- “Convention Guidebook is prepared by ISPAD for Type 1 Diabetus Mellitus in Children and Adolescent” International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes, 2000 Holland, ISBN: 90-5698-029-7
- Can,G. 2002 “Danışma ve Rehberlik’ Pagem A. Yay., Ankara ISBN:975-6802 65-0
- Charkaluk ML, Czernichow P, Lévy-Marchal C. 2002 Incidence data of childhood-onset type I diabetes in France during 1988-1997: The case for a shift toward younger age at onset. *Pediatr Res*; 52: 859-862.
- Cotellessa M, Barbieri P, Mazzella M, Bonassi S, Minicucci L, Lorini R. 2003 High incidence of childhood type 1 diabetes in Liguria, Italy, from 1989 to 1998. *Diabetes Care*; 26: 1786–9.
- Deckert T and others 1989 ‘Albuminuria reflects widespread vasvcular damage. The Steno hypothesis.*Diabetologia*:32(4):219-226
- Dieter G. 1996 “Diabetes”, ISBN: 9751010454
- Gallo AM. Breitmayer BJ. Knafl KA. Zoeller L.H. 1991 Stigma in childhood chronic illness: a well sibling perspective. *Pediatric Nursing*.,17: 21-25.

Gavard J.A., Lustman P.Y., Clouse R.E. 1993 Prevalence of depression in adults with diabetes: an epidemiological evaluation. *Diabetes Care*, 16: 1167-78,

Günöz H. 1999 "The Incidence of Type I Diabetes in 0-15 Years Age Group in Turkey in 1996. *Diabetes Nutrition Metabolism Clinical and Experimental*".

Grey M, Whittemore R, Taborlanew. 2002 "Depression in Type 1 Diabetes in Children: Natural History and Correlates", *J Psychosom Res*, 53:907-911.

Garrison MM, Katon WJ, Richardson LP. 2005 "The Impact of Psychiatric Comorbidities on Readmission for Diabetes in Youth, *Diabetes Care*".

Hansson L and others 1998 'Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension:principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial.HOT Study Group.*Lancet*:351(9118):1755-1762

Hanas R. (Translated by Hatun Ş, Dünder Y), 2001, "Type 1 Diabetes in Children, Adolescent, and Young Adults", Turkey Diabetes Press-2

June B. 2003 "The Diabetic's Total Health and Happiness Book", Jeremy P.Tarcher, Penguin, ISBN:1585422304

Kandemir N, Acikgoz E, Yordam N. 1994 The epidemiology of juvenile-onset insulin-dependent diabetes mellitus in Turkish children. A retrospective analysis of 477 cases. *Turk J Pediatr*; 36: 191-5.

Kovacs M and others (1997a) "Psychiatric Disorders in Youths with IDDM: Rates and Risk Factors, *Diabetes Care*".

Kovacs M and others (1997b) "A Major Depressive Disorder in Youths"

Karvonen M, Viik-Kajander M, Moltchanova E, Libman I, LaPorte R, Tuomilehto J. 2000 Incidence of childhood type 1 diabetes worldwide: Diabetes Mondiale (DiaMond) Project Group. *Diabetes Care*; 23: 1516–26.

Kuzgun, Y and others 2004. 'Eğitimde Bireysel Farklılıklar'. Ankara, ISBN:975-591-610-5

Kaftanoğlu Ş. 2007 'Yaşam Kalitesini Etkileyen Şeker Hastalığı (DİYABET)' Elit Kültür Yayınları, İstanbul, ISBN:978-9944-955-10-8

Lustman P.J., Griffith L.S., Clouse R.E. 1988 Depression in adults with diabetes: results of a five-year follow-up study. *Diabetes Care*; 11: 605-12.

Lenmark B and others 1999, "Symptoms of Depression are Important to Psychological Adaptation and Metabolic Control in Children with Diabetes Mellitus, *Diabet Med*".

Laing Sp and others 1999 'The British Diabetic Association Cohort Study, II; cause-specific mortality in patients with insulin-treated diabetes mellitus. *Diabet Med*; 16(6):466-471

Lester P. 2008 "Oxidative Stress and Inflammatory Mechanisms in Obesity, Diabetes and The Metabolic Syndrome", CRP Pres, ISBN: 9781420043785

Nasmyth LV. 2001 "Real Life Paterning of Kids with Diabetes", American Diabetes Association, ISBN:1580400833.

Newhook LA, Curtis J, Hagerty D, and others 2004 High incidence of childhood type 1 diabetes in the Avalon Peninsula, Newfoundland, Canada. *Diabetes Care*; 27: 885–8.

Özkan S. 1996 "Diabetes in Terms of Psychiatric and Psychosocial. Psychiatric Medicine: Consultation-Lesion Psychiatry (Diabetes) ", Istanbul.

Pillitteri A. 1999, Child Health Nursing Care of TheChildren. Philadelphia. ss 1086 - 1088.

Robinson ,N and others 1985 "Role of life events and difficulties in the on set of diabetes mellitus journal of Psychosomatic Research,29,583-591

Rosenbauer J, Herzig P, von Kries R, Neu A, Giani G. 1999 Temporal, seasonal, and geographical incidence patterns of type I diabetes mellitus in children under 5 years of age in Germany. Diabetologia; 42: 1055-1059.

Rodin G. 1990 Quality of life in adults with insulin dependent diabetes mellitus. Psychother Psychosom; 54 (2-3): 132-9

Rewers A and others 2002 "Predictions of Acute Complications in Children with Type 1 Diabetes, JAMA"

Seigel W.M., Golden N.H., Gough J.W., Lashley M.S., Sacker I.M. 1990 Depression self-esteem, and life events in adolescents with chronic diseases. J Adolesc. Health Care, 11 (6): 501-4,

Stewart A.D. 1992 Psychosocial adjustment in siblings of children with chronic life-threatening illness: a research note. J. Child Psychol Psychiat. 33:779.

Silink M. 2002 Childhood diabetes: A global perspective. Horm Res; 57 (suppl 1): 1-5.

Sperling MA. 2004 Diabetes Mellitus. İn: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM (eds). Textbook of Pediatrics (17th ed). Philadelphia, WB Saunders Company, 1646 - 66.

Stewart MS, and others (2005a) "Depression and Diabetes in Children and Adolescents, *Curro Pin Pediatr*"

Stewart SM and others (2005b) "Depressive Symptoms Prediary Hospitalizationing Adolescents with Type 1 Diabetes, *Pediatrics*".

Siminerio SM, "American Diabetes Association Guide to Raising A Child with Diabetes" American Diabetes Association, ISBN: 1580400272.

Şimşek E, Karabay M, Kocabay K. 2003 Batı Karadeniz Bölgesinde yaşayan çocukluklarda insüline bağımlı diyabetes mellitusun epidemiyolojik özellikleri. *Türk Pediatri Arşivi*; 38: 216–22.

Winocour P.H., Main C.J., Medlicott G., Anderson D.C.1990: A psychometric evaluation of adult patients with type I (insulin-dependent) diabetes mellitus: prevalence of psychological dysfunction and relationship to demographic variables, metabolic control and complications. *Diabetes Res.*, 14 (4): 171-6, Aug.

Waldhor T, Schober E, Rami B, Tuomiletho J. 1999 The prevalence of IDDM in the first degree relatives of children newly diagnosed with IDDM in Austria population-based study. Austrian Diabetes Incidence Study Group. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*; 107: 323–7.

Yılmaz C and others 2004 "Pregnancy and Diabetes". Izmir: Asia Press.Zentone JFT,Cardiel MH.(2002)Risk factors associated with depression patients with Type2 diabetes mellitus.*Arch Med Res*;33:53-60

Anketin Birinci Kısım İçin Kullanılan Referanslar

- Madde 1:** Özkan S. 1996 "Diabetes in Terms of Psychiatric and Psychosocial. Psychiatric Medicine: Consultation-Lesion Psychiatry (Diabetes) ", Istanbul.
- Madde 2:** Özkan S. 1996 "Diabetes in Terms of Psychiatric and Psychosocial. Psychiatric Medicine: Consultation-Lesion Psychiatry (Diabetes) ", Istanbul.
- Madde 3:** "Convention Guidebook is prepared by ISPAD for Type 1 Diabetus Mellitus in Children and Adolescent" International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes, 2000 Holland, ISBN: 90-5698-029-7
- Madde 4:** Özkan S. 1996 "Diabetes in Terms of Psychiatric and Psychosocial. Psychiatric Medicine: Consultation-Lesion Psychiatry (Diabetes) ", Istanbul.
- Madde 5:** June B. 2003 "The Diabetic's Total Health and Happiness Book", Jeremy P.Tarcher, Penguin, ISBN:1585422304
- Madde 6:** "Convention Guidebook is prepared by ISPAD for Type 1 Diabetus Mellitus in Children and Adolescent" International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes, 2000 Holland, ISBN: 90-5698-029-7
- Madde 7:** Yılmaz C and others., 2004, "Pregnancy and Diabetes", Ege Diabetes School Publication Series - 2. Izmir.
- Madde 8:** June B. 2003 "The Diabetic's Total Health and Happiness Book", Jeremy P.Tarcher, Penguin, ISBN:1585422304
- Madde 9:** Dieter G. 1996 "Diabetes", ISBN: 9751010454
- Madde 10:** Hanas R. (Translated by Hatun Ş, Dünder Y), 2001, "Type 1 Diabetes in Children, Adolescent, and Young Adults", Turkey Diabetes Press-2

Madde 11: "Convention Guidebook is prepared by ISPAD for Type 1 Diabetes Mellitus in Children and Adolescent" International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes, 2000 Holland, ISBN: 90-5698-029-7

Madde 12: Dieter G. 1996 "Diabetes", ISBN: 9751010454

Madde 13: "Convention Guidebook is prepared by ISPAD for Type 1 Diabetes Mellitus in Children and Adolescent" International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes, 2000 Holland, ISBN: 90-5698-029-7

Madde 14: Özkan S. 1996 "Diabetes in Terms of Psychiatric and Psychosocial. Psychiatric Medicine: Consultation-Lesion Psychiatry (Diabetes) ", Istanbul.

Madde 15: Dieter G. 1996 "Diabetes", ISBN: 9751010454

Madde 16: June B, 2003 "The Diabetic's Total Health and Happiness Book", Jeremy P.Tarcher, Penguin, ISBN: 1585422304

Anketin Birinci Kısımından Çıkarılan Maddeler için Kullanılan Referanslar

Madde 1: Hanas R, (Translated by Hatun Ş, Dünder Y), 2001, "Type 1 Diabetes in Children, Adolescent, and Young Adults", Turkey Diabetes Press-2

Anketin İkinci Kısımı için Kullanılan Referanslar

Madde 1: Dieter G, 1996 "Diabetes", ISBN: 9751010454

Madde 2: Arnoldi A, 2000 "Functional Foods, Cardiovascular Disease and Diabetes" CRC Pres, 2004, ISBN: 0849325595

Madde 3: Siminerio SM, "American Diabetes Association Guide to Raising A Child with Diabetes" American Diabetes Association, ISBN: 1580400272.

Madde 4: Dieter G, 1996 "Diabetes", ISBN: 9751010454

Madde 5: Lester P, 2008 "Oxidative Stres and Inflammatory Mechanisms in Obesity, Diabetes and The Metabolic Syndrome", CRP Pres, ISBN: 9781420043785

Madde 6: "Convention Guidebook is prepared by ISPAD for Type 1 Diabetus Mellitus in Children and Adolescent" International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes, 2000 Holland, ISBN: 90-5698-029-7

Madde 7: Dieter G. 1996 "Diabetes", ISBN: 9751010454

Madde 8: Dieter G. 1996 "Diabetes", ISBN: 9751010454

Madde 9: June B. 2003 "The Diabetic's Total Health and Happiness Book", Jeremy P.Tarcher, Penguin, ISBN:1585422304

Madde 10: Özkan S. 1996 "Diabetes in Terms of Psychiatric and Psychosocial. Psychiatric Medicine: Consultation-Lesion Psychiatry (Diabetes) ", Istanbul.

Madde 11: Özkan S. 1996 "Diabetes in Terms of Psychiatric and Psychosocial. Psychiatric Medicine: Consultation-Lesion Psychiatry (Diabetes) ", Istanbul.

Madde 12: Dieter G. 1996 "Diabetes", ISBN: 9751010454

Madde 13: "Convention Guidebook is prepared by ISPAD for Type 1 Diabetus Mellitus in Children and Adolescent" International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes, 2000 Holland, ISBN: 90-5698-029-7

Madde 14: Dieter G. 1996 "Diabetes", ISBN: 9751010454

Madde 15: Nasmyth LV. 2001 "Real Life Paterning of Kids with Diabetes", American Diabetes Association, ISBN:1580400833.

Madde 16: Dieter G. 1996 "Diabetes", ISBN: 9751010454

Madde 17: June B. 2003 "The Diabetic's Total Health and Happiness Book", Jeremy P.Tarcher, Penguin, ISBN:1585422304

Madde 18: Dieter G. 1996 "Diabetes", ISBN: 9751010454

Madde 19: Dieter G. 1996 "Diabetes", ISBN: 9751010454

Madde 20: Bilous RW. 2004 "Understanding Diabets, Family Doctor Publications", ISBN: 1898205736

Madde 21: Bilous RW. 2004 "Understanding Diabets, Family Doctor Publications", ISBN: 1898205736

Madde 22: Gloria L. 1999 "Parenting a Child with Diabetes", Sowell House, ISBN:0737303018

Madde 23: Bilous RW. 2004 "Understanding Diabets, Family Doctor Publications", ISBN: 1898205736

Anketin İkinci Kısımından Çıkarılan Maddeler için Kullanılan Referanslar

Madde 1: Bilous RW, 2004 "Understanding Diabets, Family Doctor Publications", ISBN: 1898205736

EK-1

Değerli Öğrenci Arkadaşım;

Rehberlik ve Danışmanlık Yüksek Lisans tezi olarak plânlanan çalışmaya bağlı olarak siz geleceğin Rehber Öğretmen ve Danışmanlarının aşağıdaki durumlarla ilgili bilgi ve tutum yansımalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Size göre uygun olan ilgili parantezin içine (x) işareti koyarak belirtiniz.

Teşekkür Ederiz.

Ayla Özekmekci

Cinsiyetiniz

Erkek() Kız()

Sınıfınız

1() 2() 3() 4()

Aşağıdaki pasaportlardan hangisine sahipsiniz?

Kıbrıs Cum.() K.K.T.C.() TC() Diğer()

Nerede yaşıyorsunuz?

(Sadece üniversite eğitimi için KKTC’de bulunuyorsanız, Kıbrıs’ı işaretlemeniz uygun değildir)

Kıbrıs() Türkiye() Diğer()

Doğum yeriniz;

Kıbrıs() Türkiye() Diğer()

Son dönem akademik ortalama düzeyiniz

0-1.0 () 1.1-2.0() 2.1-3.0() 3.1-4()

Genel bu güne kadarki akademik ortalamanız

0-1.0() 1.1-2.0() 2.1-3.0() 3.1-4()

Yakın çevrenizde diyabetli birey var mı?

Evet() Hayır()

Evet ise yakınlık dereceniz nedir?

EK-2

Boyut I için kullanılan 16 madde ve + ve - çözümlemesi

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.Diyabetli olan çocuk alıngan değildir.					
2.Diyabetin sosyal yaşam üzerinde etkileri yoktur.					
3.Tip 1 diyabetle yaşam için günlük insülin tedavisine gereksinim vardır					
4.Diyabet hastalarında iyilik halinin artması önemlidir					
5.Diyabet ömür boyu devam eden bir hastalıktır.					
6.Diyabetin kontrol altına alınması kişinin daha sağlıklı bir ömür sürmesini sağlayabilir.					
7.Tip 1 diyabet hastalarının pankreasları yeterli insülin salgıyamaz.					
8.Tip 1 diyabet bir pankreas problemidir.					
9.Diyabet kişinin yeterli insülin üretememesi,ürettiği insülinin kan şekeri düzeyini denetim altında tutmada etkili olmaması durumunda ortaya çıkar.					
10.İnsülin sağlıklı bir yaşam sürdürmede belirleyici önemi olan bir hormondur.					
11.Tip 1 diyabet diyetle kontrol edilebilir.					
12.Ergenlik dönemindeki gençlerin hızlı gelişimleri nedeniyle vücudun insülin ihtiyacı oldukça fazladır.					
13.Tip 1 diyabet tanısı konan bir kişide beta hücreleri yeterli miktarda insülin yapamaz.					
14.Kan şekeri kontrolü kötü olan diyabetik hastalarda depresyon görülebilir.					
15.Hastalar diyabetik konusundaki bilgisizlikleri sözkonusuysa komplikasyonlara erken					

yakalanabilirler					
16.Diyabet tedavisinde eğitim temel öneme sahiptir.					

Boyut II kullanılan 23 madde ve + ve – çözümlenmesi

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Diyabetli olan çocuğun uyku problemleri yaşıyıp yaşamadığı danışmanlık sürecinde sorgulanmalıdır.					
2. Diyabetli olan çocuğun yemek problemleri yaşıyıp yaşamadığı danışmanlık sürecinde sorgulanmalıdır.					
3. Diyabetli olan çocuğun günlük aktivitelerinden gerileyip gerilemediği danışmanlık sürecinde dikkate alınmalıdır.					
4. Diyabetli olan çocuğun kontrol edilmeyen öfke patlamalarında bulunup bulunmadığı danışmanlık sürecinde ele alınmalıdır.					
5.Diyabetli olan çocuğun kendini mutsuz hissetmesi danışmanlık sürecinde önemli değildir					
6.Diyabetli çocuğun kimsenin onu sevmediğini hissetmesi danışmanlık sürecinde dikkate alınmalıdır.					
7.Diyabetli çocuğun kendini içine kapamık olarak nitelendirmesi danışmanlık sürecinde dikkate alınmalıdır.					
8.Diyabetli olan çocuğun hareketlerinde yavaşlama normal olduğundan danışmanlık sürecinde dikkate alınmasına gerek yoktur					
9.Diyabetli olan çocuğun oyun oynamada istekli olup olmadığı danışmanlık sürecinde dikkate alınmalıdır.					
10.Diyabetli olan çocuğun kendini suçlu hissedip hissetmediği danışmanlık sürecinde sorgulanmalıdır.					

11.Diyabetli olan çocuğun değersizlik duygusu yaşayıp yaşamadığı danışmanlık sürecinde sorgulanmalıdır.					
12.Diyabetli olan çocuğun eskiden yaptığı şeyleri yapıp yapmadığı danışmanlık sürecinde sorgulanmalı.					
13.Diyabetli olan çocuğun eskiden sevdiği şeyleri hala daha sevip sevmediği danışmanlık sürecinde sorgulanmamalıdır					
14.Diyabetli olan çocuğun çaresizlik düşüncelerinin olup olmadığı danışmanlık sürecinde dikkate alınmalıdır.					
15.Diyabetli olan çocuğun yaşama isteğinin az olup olmadığı danışmanlık sürecinde dikkate alınmalıdır.					
16.Diyabetli olan çocuğun fiziksel olarak kendini güçsüz hissedip hissetmediği danışmanlık sürecinde dikkate alınmamalıdır					
17.Diyabetli olan çocuğun günlük aktivitelerden gerileyip gerilemediği danışmanlık sürecinde önem arz etmez					
18.Diyabetli olan çocuğu gün boyunca kendini üzgün hissedip hissetmediği danışmanlık sürecinde irdelenmemelidir					
19.Diyabetli olan çocuğun akranları ile iletişimde bir gerileme olup olmadığı danışmanlık sürecinde sorgulanmalıdır.					
20.Diyabetin kontrolü için sorunların tanınması danışmanlık sürecinde dikkate alınmalıdır.					
21.Diyabetin kontrolü için sorunların önlenmesi danışmanlık sürecinde önem arz eder					
22.Diyabetli bireyin hastaneye yatması ile birlikte alıştığı çevresinden ayrılması yaşamını nasıl etkilediğini danışmanlık					

bağlıdır.						
8.Diyabetli bir çocuk nezle gibi hastalıklara yakalandığında kan şekeri dengesi olumsuz etkilenmez	-					

İkinci Boyutta Çıkarılan 1 Madde

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.Diyabetli olan çocuğun düşük benlik algısına müdahale gereksizdir					