

**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIKLI VE TİP I DİYABETLİ ERGENLERDE ÖLÜM
KAYGISI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI PROGRAMI**

DOKTORA TEZİ

Arş. Gör. Bedriye AK

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Zeynep CONK**

**İZMİR
2009**

**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIKLI VE TİP I DİYABETLİ ERGENLERDE ÖLÜM
KAYGISI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI PROGRAMI**

DOKTORA TEZİ

Arş. Gör. Bedriye AK

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Zeynep CONK**

**İZMİR
2009**

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : Prof. Dr. Zeynep CONK
(Danışman)



Üye : Doç. Dr. Azmi VARAN
(Danışman Yardımcısı)



Üye : Prof. Dr. Şükran DARCAN



Üye : Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL



Üye : Doç. Dr. Firdevs ERDEMİR



Doktora tezinin kabul edildiği tarih: ...13.07.2009...

ÖNSÖZ

Tüm doktora eğitim sürecimde ve tezimin şekillenmesinde, yazmasında bana her türlü konuda fikir ve görüşleri ile destek veren, motive eden, her zaman sevgisini hissettiğim danışmanım ve çok değerli hocam Prof Dr. Zeynep Conk’a

Mesleki eğitimim süresince ve tezimin planlanması ve yürütülmesinde katkısını, esirgemeyen, desteğini her zaman hissettiğim değerli hocam Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı başkanım Prof. Dr. Zümrüt Başbakkal’a

Öneriyle tezimin yürütülmesinde değerli katkıları olan Sayın Doç.Dr. Azmi Varan’a ve Sayın Prof. Dr. Şükran Darcan’a

İstatistik aşamasında katkı sağlayan E.Ü.T.F. Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim üyelerinden sayın Doç. Dr. Mehmet Orman’a,

Araştırmanın yürütülmesinde kolaylıklar sağlayan, veri toplama aşamasında işbirliği sunan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrin ekibine, Behçet Uz Çocuk Hastanesi Endokrin ekibine ve Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çocuk Endokrin ekibine, Suphi Koyuncuoğlu İlköğretim Okulu ve Lisesi rehberlik öğretmenlerine,

Veri toplama aşamasında kolaylık sağlayan ve uygulamaya katılarak araştırmanın kaynağını oluşturan tüm sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlere ve ailelerine,

Doktora eğitimim boyunca katkısını ve desteğini esirgemeyen hocam Yrd. Doç.Dr. Bahire Bolışık’a

Araştırma süresince destek veren ve katkı sağlayan Arş. Gör. Dilek Beytut’a, Arş.Gör. Fatma Taş’a, Yrd. Doç.Dr. Hatice Bal Yılmaz’a ve tüm bölüm arkadaşlarıma,

Her zaman manevi destekleri ile bana güç veren Suveren ailesi’ne, Arş.Gör.Dr. Serap Parlar’a ve tüm arkadaşlarıma,

Eğitimimin ve tezimin her aşamasında ellerindeki en değerli şey olan sevgileriyle her zaman benim yanımda olan ve destekleyen ve her zamanda destekleyeceklerine inandığım, beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan ailem’e

En içten ve en samimi duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

İZMİR, TEMMUZ 2009

Arş.Gör.Bedriye AK

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar DİZİNİ	IX
ŞEKİLLER DİZİNİ	XII
SİMGELER VE KISALTMALAR	XIII
BÖLÜM I	
1.GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Hipotezler	4
1.4. Sayıtlar	5
1.5. Araştırmanın Önemi	5
1.6. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler	7
1.7. Tanımlar	8
1.8. Genel Bilgiler	9
1.8.1.Ölüm	9
1.8.2. Kaygı	11
1.8.3. Ölüm Kaygısı	13
1.8.4. Gelişim Dönemlerine Göre Ölüm Kavramı	16
1.8.4.1. Çocukluk Dönemlerinde Ölüm Kavramı	16
1.8.4.2. Ergenlik Dönemi ve Ölüm Kavramı	17

Sayfa

	No
1.8.5. Kronik Hastalık	20
1.8.5.1. Diyabet	23
1.8.5.1.1. Tip I Diyabet (İnsuline Bağımlı Diabetes Mellitus –İBDM)	23
1.8.6. Ebeveyn – Ergen İlişkisi ve Ebeveyn Kabul ve Red Kuramı	29
 BÖLÜM II	
2. GEREÇ VE YÖNTEM	37
2.1. Araştırmanın Tipi	37
2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	37
2.3. Araştırmanın Evreni	40
2.4. Araştırmanın Örneklemi	40
2.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	41
2.5.1. Sosyodemografik Veri Formu (EK I), (Ek II), (Ek III)	41
2.5.2. Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği (EK IV)	41
2.5.3. Sürekli Kaygı Ölçeği (Ek V)	42
2.5.4. Ebeveyn Kabul-Red/Kontrol Ölçeği (Çocuk/Ergen) (EkVI)	43
2.5.5. Anneler İçin Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) (Ek VII)	46
2.6. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	47
2.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	48
2.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri	48
2.9. Süre ve Olanaklar	49
2.10. Araştırmanın Etiği	50

	Sayfa
BÖLÜM III	No
3. BULGULAR	51
3.1. Ergenlere Ve Ebeveynlere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	51
3.1.1. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	51
3.1.2. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri	55
3.2. Ergenlerin Ebeveynleriyle Olan İletişimine İlişkin Bulgular	58
3.2.1. Ergenlerin Ebeveynleriyle Olan İlişkisine İlişkin Bulgular Göre Dağılımı	58
3.2.2. Ergenlerin Ebeveyn Kabul-Red/Kontrol Algısına İlişkin Bulgular	59
3.3. Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamalarına, Ölüm İle İlgili Deneyimlerine ve Ölümü Düşünme Sıklıklarına İlişkin Bulgular	62
3.4. Tip I Diyabetli Ergenlerin Hastalık Özelliklerine Ve Ergenlerle Ebeveynlerin Hastalıkla İlgili Algılarına İlişkin Bulgular	68
3.4.1. Tip I Diyabetli Ergenlerin Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular	69
3.4.2. Tip I Diyabetli Ergenlerle Ebeveynlerinin Hastalıkla İlgili Algılarına İlişkin Bulgular	71
3.5. Bağımsız Değişkenlerin Bağımlı Değişkenle İlişkisi	73
3.5.1. Ergenlerin Tanıtıcı Özellikleri İle Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması Arasındaki İlişki	73
3.5.2. Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması Arasındaki İlişki	78
3.5.3. Ergenlerin Ebeveynleriyle Olan İletişimi İle Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması Arasındaki İlişki	82

	Sayfa
	No
3.5.4. Ergenlerin Ölüm İle İlgili Deneyimleri, Ölüm Deneyimi	85
Yaşadığı Kişinin Yakınlık Derecesi, Ölümü Düşünme Sıklıkları ile Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması Arasındaki İlişki	
3.5.5. Ebeveyn Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması, Ergenlerin Sürekli	88
Kaygı Puan Ortalaması ve Ebeveyn Kabul-Red/ Kontrol Algısı Puan Ortalaması ile Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması Arasındaki İlişki	
3.5.6. Tip I Diyabetli Ergenlerin Hastalık Özellikleri ile Ölüm Kaygısı	91
Puan Ortalaması Arasındaki İlişki	
3.5.7. Tip I Diyabetli Ergenlerin ve Ebeveynlerinin Hastalıkla İlgili	94
Algıları Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması Arasındaki İlişki	
BÖLÜM IV	
4. TARTIŞMA	99
4.1. Ergenlerin ve Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi	99
4.1.1. Ergenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi	99
4.1.2. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi	101
4.2. Ergenlerin Ebeveynleriyle Olan İletişimlerinin Tartışılması	105
4.2.1. Ergenlerin Ebeveynleriyle Olan İlişkisinin Tartışılması	105
4.2.2. Ergenlerin Ebeveyn Kabul-Red/Kontrol Algısının Tartışılması	107
4.3. Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamalarının, Ölüm İle İlgili	108
Deneyimlerinin, Ölüm Deneyimi Yaşadığı Kişinin Yakınlık Derecesinin ve Ölümü Düşünme Sıklıklarının Tartışılması	
4.4. Tip I Diyabetli Ergenlerin Hastalık Özelliklerinin ve Ergenlerin ve	112
Ebeveynlerin Hastalıkla İlgili Algılarının Tartışılması	

	Sayfa
	No
4.4.1. Tip I Diyabetli Ergenlerin Hastalık Özelliklerinin Tartışılması	113
4.4.2. Tip I Diyabetli Ergenlerin ve Ebeveynlerin Hastalıkla İlgili Algılarının Tartışılması	114
4.5. Bağımsız Değişkenlerin Bağımlı Değişkenle İlişkisinin Tartışılması	115
4.5.1. Ergenlerin Tanıtıcı Özellikleri İle Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması	116
4.5.2. Ebeveynlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması...	119
4.5.3. Ergenlerin Ebeveynleriyle Olan İlişkisi İle Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması Arasındaki İlişkinin Tartışılması	121
4.5.4. Ergenlerin Ölüm İle İlgili Deneyimleri, Ölüm Deneyimi Yaşadığı Kişinin Yakınlık Derecesi ve Ölümü Düşünme Sıklıkları ile Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması Arasındaki İlişkinin Tartışılması	122
4.5.5. Ebeveyn Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması, Ergenlerin Sürekli Kaygı Puan Ortalaması ve Ergenlerin Ebeveyn Kabul-Red/ Kontrol Algısı Puan Ortalaması ile Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması Arasındaki İlişkinin Tartışılması	125
4.5.6. Tip I Diyabetli Ergenlerin Hastalık Özellikleri ve Ergenlerin ve Ebeveynlerinin Hastalıkla İlgili Algıları ile Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması Arasındaki İlişkinin Tartışılması	127
BÖLÜM V	
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	132
5.1. SONUÇLAR	132

	Sayfa
	No
5.2. ÖNERİLER	135
BÖLÜM VI	
6. ÖZET VE ABSTARCT	137
6.1. ÖZET	137
6.2. ABSTARCT	140
YARARLANILAN KAYNAKLAR	141
EKLER	158
EK I Sağlıklı ve Tip I diyabetli Ergenler İçin Hazırlanan Tanıtıcı Veri Formu.....	158
EK II Sağlıklı ve Diyabetli Ailelere Yönelik Tanıtıcı Veri Formu	159
EK III Hastalık Bilgi Formu	162
EK IV Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği	164
EK V Sürekli Kaygı Ölçeği	166
EK VI Ebeveyn Kabul-Red/Kontrol Ölçeği (Çocuk/Ergen)	167
EK VII Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği	175
EK VIII Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeğinin İzin Yazısı	177
EK IX E. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurul İzin Yazısı.....	178
EK X E. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Yazısı	179
EK XI İzmir İli İl Milli Eğitim Müdürlüğü Uygulama İzin Yazısı	180
EK XII E. Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi Uygulama İzin Yazısı	181
EK XIII S.B Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulama İzin Yazısı	182
EK XIV S.B Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Uygulama İzin Yazısı.....	183

	Sayfa
	No
EK XV Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Uygulama İznini Reddi.....	184
EK XVI Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	185
EK XVII Sosyo-Ekonomik Düzey Belirlemede Kullanılan İndex	186
ÖZGEÇMİŞ	188

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Ergenlerin Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı....	52
Tablo 2. Ergenlerin Mutluluk Düzeyine Göre Dağılımı	53
Tablo 3. Ergenlerin Son Bir Yıl İçinde Yoğun Stres Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı	54
Tablo 4. Ergenlerin Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı..	54
Tablo 5. Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı...	55
Tablo 6. Ebeveynlerin Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	58
Tablo 7. Ergenlerin Anne İlişkisine Göre Dağılımı	58
Tablo 8. Ergenlerin Baba İlişkisine Göre Dağılımı	59
Tablo 9. Ergenlerin Ebeveyn Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	60
Tablo 10. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerde Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	63
Tablo 11. Ergenlerin Sağlık Durumuna Göre Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	65
Tablo 12. Tip I Diyabetli Ergenlerin Tedavi Bakım Aldıkları Hastanelere Göre Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	
Tablo 13. Ergenlerin Ölüm Deneyimi Yaşama Durumuna Göre Dağılımı ..	66
Tablo 14. Ergenlerin Ölüm Deneyimi Yaşadığı Kişinin Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı	66
Tablo 15. Ergenlerin Ölümü Düşünme Sıklığına Göre Dağılımı	67
Tablo 16. Tip I Diyabetli Ergenlerin Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı.	68

	Sayfa
	No
Tablo 17. Tip I Diyabetli Ergenlerle Ebeveynlerin Hastalıkla İlgili Algılarına Göre Dağılımı	71
Tablo 18. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları ile Yaş Arasındaki İlişki	73
Tablo 19. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları ile Cinsiyet Arasındaki İlişki	74
Tablo 20. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları ile Mutluluk Düzeyi Arasındaki İlişki	77
Tablo 21. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları ile Son Bir Yıl İçerisinde Yoğun Stres Yaşama Durumları Arasındaki İlişki	78
Tablo 22. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları ile Anne Yaşı Arasındaki İlişki	79
Tablo 23. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları ile Baba Yaşı Arasındaki İlişki	80
Tablo 24. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamalarının Anne-Baba Eğitim Durumuna Göre Dağılımı ..	81
Tablo 25. Ergenlerin Sosyo-Ekonomik Puanına Göre Düzeltilmiş Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması	82
Tablo 26. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları ile Anne İlişkisi Arasındaki İlişki	84
Tablo 27. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları ile Baba İlişkisi Arasındaki İlişki	85

	Sayfa
	No
Tablo 28. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları ile Ölüm Deneyimi Yaşama Durumu Arasındaki İlişki.....	86
Tablo 29. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları ile Ölüm Deneyimi Yaşadığı Kişinin Yakınlık Derecesi Arasındaki İlişki	87
Tablo 30. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları ile Ölümü Düşünme Sıklığı Arasındaki İlişki	88
Tablo 31. Sağlıklı Ergenlerde Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Diğer Ölçekler İle Korelasyonu	90
Tablo 32. Tip I Diyabetli Ergenlerde Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Diğer Ölçeklerle Korelasyonu	91
Tablo 33. Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamasının Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı	92
Tablo 34. Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamasının Hastalıkla İlgili Algılarına Göre Dağılımı	96
Tablo 35. Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamasının Ebeveynlerin Hastalıkla İlgili Algılarına Göre Dağılımı	98

ŞEKİLLER

	Sayfa No
Şekil I. Ailenin Sıcaklık Boyutu	32
Şekil II. Araştırmanın Zamanlaması	49

SİMGELER VE KISALTMALAR

YÖKÖ-	Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği
RDAS-	Revised Death Anxiety Scale
SKÖ-	Sürekli Kaygı Ölçeği
EKRÖ-	Ebeveyn Kabul-Red Ölçeği
IBDM-	İnsüline Bağımlı Diabetes Mellitus
NANDA-	North America Nursing Diagnosis Association
UNESCO-	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
HbA₁C-	Glikolize Hemoglobin
SPSS-	The Statistical Package for Social Sciences
X²-	Pearson Chi-Square
F-	Varyans analizi
t -	Student's t testi
$\bar{x}$	Ortalama
Sd	Standart sapma
p	Anlamlılık düzeyi

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Ölüm yaşamın ayrılmaz bir parçasıdır. Ölüm gerçeği tüm canlıları kapsadığı gibi bu canlılar içerisinde bir gün öleceğini bilen tek varlık insandır. İnsanoğlu ölüm üzerine düşünmüş, onu tanımaya çalışmış ve ölüme ilişkin yapılan sorgulamalar, yaşamın anlamlandırılmasında önemli bir rol oynamıştır (84). Ölüme verilen anlamlar çağlar boyunca değişiklik göstermiştir. Günümüzde de ölüme verilen anlam kültür ve dinler tarafından etkilenmektedir. Ölüme verilen anlamın çok olumsuz olmadığı toplumlarda bile, ölüm korkutucu, ürkütücü ve konuşulmaması gereken tabu özelliğini korumaktadır (158).

“Ölüm düşüncesi” kimi için bir stres kaynağı iken, kimi için stresten kurtulma yolu; kimine göre bir yok oluş iken, kimine göre de ölümsüz bir hayatın başlangıcıdır. Yapılan bir araştırmada gençlerin ölüme verdiği anlamlar; yeni bir hayatın başlangıcı, mutlak son ve başka bir formda yeniden yaşama dönmek olarak sınıflandırılmıştır (135). Ölüme verilen anlam ile ölüm kaygısı arasında yakın bir ilişki olduğu yapılan çalışmalarla da ortaya konulmuştur (29,31,89,121).

Varoluşçu psikoterapist Yalom (1999) “her şeyin temelinde ölüm kaygısı vardır” görüşündedir (154). Ölüm düşüncesinin insan hayatına etkisi kaçınılmazdır. Ancak aşırı, ölçüsüz, patolojik şekilde ortaya çıkan ölüm düşüncesi insanın psikolojisini olumsuz yönde etkiler (79,82).

Tüm insanlar yaşamlarının herhangi bir döneminde ölüm kaygısı ile yüzleşir. Yetişkinlerin, ergenlerin ve çocukların ölüm kavramı ve ölümlle başetme mekanizmaları birbirinden çok farklıdır. Yetişkinler ölümü, hayatın bir parçası olarak görürken çocuklarda ölüm kavramının gelişimi ve kazanılması, bilişsel gelişime ve

yaşa bağı olarak değişmektedir (32). Ölüm kavramı aile içerisinde çocuğun gelişim dönemine uygun olarak konuşulmalı ve normal yaşam döngüsünün bir parçası olarak ele alınmalıdır. Yapılan bir çalışmada, aile içerisinde ölüm kavramının açıkça konuşulduğu ailelerin çocuklarının, ölüm olayları karşısında negatif bedensel reaksiyonlar göstermediği bulunmuştur (155). Ölümün anlamı üç yaş altındaki çocuklar için sadece çevresindeki insanların etkilenmesidir. Oyun dönemi çocuğunda henüz bilişsel olarak süreklilik kavramı gelişmediği için ölüm, geçici ve geri dönüşlüdür (33). Ölümün evrensel ve engellenemez olduğunu kavrayan okul çağı çocuğu, ölümün yaşlılar ve hastalar için olduğuna inanır (48).

Ergenlik dönemi, fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan hızlı değişim sürecinin olduğu, zıt duyguların yaşandığı, soyut ve teorik düşünmenin başladığı bir dönemdir (156). Ergen yaşam ile ilgili birçok kavramı sorgularken ölüm kavramını da sorgular (159). Bu sorgulamada ergenin yaşadığı kaygılar, korkular ve bazı ruhsal sorunlar artabilir. Ergenler, ölümün evrensel, geri dönüşsüz ve kaçınılmaz olduğunu anlarlar ancak kendilerinden çok uzak, daha yapılacak çok işlerinin olduğunu düşünüp ölümü doğal bir yaşam olayı olarak görmezler (33). Ergenler, döneme özgü özellikleri, yetersiz baş etme mekanizmaları ve ölüm deneyimlerinin olmayışı ya da az oluşu nedeniyle ölüm ve ölüm kaygısı ile baş etmede yetişkinler kadar yeterli değildirler. Başetme deneyimlerinin sınırlı olduğu bu dönemde ortaya çıkan kronik bir hastalık daha fazla sorumluluk getirebileceği gibi kaygı ve korkuların, ruhsal sorunların artışına da neden olacaktır (58).

Kronik bir hastalık olan insüline bağıli diyabetes mellitus (Tip I diyabet), erken çocukluk dönemlerinde görülen, yaşam boyu süren biyolojik, psikolojik ve sosyal etkileri olan önemli bir hastalıktır (33). Günümüzde, dünyadaki diyabet hasta sayısı 194 milyon olup, 2030 yılında bu sayının 330 milyona ulaşması

beklenmektedir. Diyabet popülasyonunun %10-15'ini İnsüline Bağımlı Diabetes Mellitus (İBDM) hastaları oluşturmaktadır (21,98). Tip 1 Diyabetes Mellitus daha çok okul çağı çocuk ve ergenlerde görülmekte (22,98) ve sıklığının yaklaşık %0.1 (96), %0.2 (97) olduğu bildirilmektedir.

Ergenin, hastalık nedeniyle büyüme gelişmesinin etkilenmesi, mutlaka uymaları gereken özel bir diyetlerinin ve aileye bağımlı kalma gibi sınırlılıklarının olması hastalıkla baş etmesini etkiler ve diyabetle başa çıkma konusunda kaygı, korku, endişe ve isteksizlik gibi olumsuz duygular yaşar (50).

Ergenin kronik hastalığa bağlı olarak yaşadığı kaygı, çaresizlik ve kontrol kaybı duyguları benlik saygısı, özgüveni ve tedaviye olan uyumu üzerinde etkilidir. Yapılan çalışmalarda diyabetli çocukların anksiyete ve depresyon düzeylerinin sağlıklı çocuklara göre daha yüksek olduğu (95) , tedaviye uyum ile depresif semptomlar arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur (86,126). Diyabet hastalığının çocuk ve aile üzerindeki etkisinin, tanıyı takiben bir yıl içerisinde azalma gösterdiği, ailenin ve çocuğun hastalığı kabullenip yeni duruma uyum sağladıkları longitudinal çalışmalarla ortaya konulmuştur (60). Bu kapsamda özellikle tanıyı takiben ilk yıl ve daha sonraki yıllarda, ailenin ve çocuğun hastalığa uyumunda sağlık profesyonellerine çok önemli rol düşmektedir. Aileye ve çocuğa hastalığı ile ilgili verilen her türlü eğitim, grup içi paylaşımlar ve diyabet kampları hastalığın uyumunda oldukça etkilidir. Yapılan çalışmalarla, verilen sosyal desteğin ve yapılan diyabet eğitimlerinin hastalığın olumsuz psikososyal etkilerini azalttığı bulunmuştur (19,40,61,62, 90,119,129,147).

Çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan hemşireler, bütüncül bakım çerçevesinde hastalığın fiziksel etkilerinin yanı sıra psikososyal etkilerini de ele almalı ve kronik bir hastalığın ergenin baş etmelerini, yaşama ve ölüme bakış açısını

ve ölüm kaygısını etkileyebileceğini unutmamalıdır. Literatürde ölüm kaygısı hastalılık dışında yaş, cinsiyet, mutluluk düzeyi, depresyon, sürekli kaygı, benlik saygısı gibi kavramlarla birlikte incelenmiştir (1,2,4,5,6,43,47,74,91,124,155).

Kronik hastalığı olan çocuk ya da ergenlerde ölüm kavramı ve ölüm kaygısı ile ilgili çalışmalar oldukça sınırlı iken sağlıklı ve kanserli çocukların ölüm kavramlarının karşılaştırıldığı bir kaç çalışma bulunmaktadır (75,99,132).

Ülkemizde ise ölüm kaygısı daha çok yetişkin grup ile çalışılmış (8,45,77,78,158) ancak iki çalışmada üniversite öğrencilerinin ölüm kaygısı incelemiştir (54,135). Kronik hastalığı olan ergenlerin ölüm kaygısına ilişkin bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı düzeylerinin belirlenmesiyle ergen grubuna yönelik önemli veriler literatüre kazandırılacaktır. Aynı zamanda bu sonuçlar, çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan hemşirelerin ergenler ile ilgili yaklaşımlarına ve bakımlarına yön verecektir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı, sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısını ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

1.3. HİPOTEZLER

H₁ Sağlıklı ergenler ile Tip I diyabetli ergenler ölüm kaygısı puanları farklılaşmakta mıdır?

H₂ Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puanları sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?

H₃ Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puanları mutluluk düzeylerine göre farklılaşmakta mıdır?

H₄ Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puanları ölüm deneyimi yaşama durumuna göre farklılaşmakta mıdır?

H₅ Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puanları ile sürekli kaygı puanları arasındaki ilişki farklılaşmakta mıdır?

H₆ Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin anne- baba ilişkisinde kabul-red/kontrol algısı ile ölüm kaygısı puanları arasındaki ilişki farklılaşmakta mıdır?

H₇ Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puanları ile ebeveynlerinin ölüm kaygısı puanları arasındaki ilişki farklılaşmakta mıdır?

H₈ Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puanları hastalık özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?

H₉ Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puanları ergenlerin hastalıkla ilgili algılarına göre farklılaşmakta mıdır?

1.4. SAYILTILAR

Evren örneklem, veri toplama teknikleri, kullanılan araç ve gereçler araştırmanın amacını gerçekleştirebilecek kapasitededir.

1.5 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Profesyonel bir disiplinin amacı, mesleki uygulamalarına yön veren bilimsel bilgi içeriğini geliştirmektir. Profesyonel bir meslek olarak hemşireliğin de, uygulamalarını destekleyen ve yön veren kavramları araştırması kaçınılmazdır. Bilimsel bir meslek üyesi olarak hemşirelerin, bu doğrultuda çalıştıkları ortamın bazı yönlerini tanımlamaları, açıklamaları, önceden tahmin etmeleri ve denetlemeleri beklenir (145).

Sağlığı ve hastalığı etkileyen bazı kaygılar, kavramlar hakkında bilgi sahibi olmak bireylere verilen hizmette önemlidir. Bir takım değişkenlerin sağlık üzerine olumlu ya da olumsuz etkileri, hemşirelik bakımını yönlendirir.

Çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan hemşireler, bakım verdikleri ergenlerin dönem özelliklerini, problemlerini, kaygılarını ve korkularını bilmeli ve kaygı ve korkularını ifade etmede ergenleri cesaretlendirmelidir.

İçsel karışıklık, hızlı ruhsal değişimler ve isyanlarla karakterize stresli ve fırtınalı bir dönemde olan ergen, kaygı, korku, deneyim ve algıları ile konuşulmaktan her zaman kaçınılan, gizli tutulan ve açıkça ifade edilmeyen ölüme farklı anlamlar yükleyebilir ve yeteri kadar baş edemeyebilir. Aynı zamanda ergen bu dönemde risklere ve olumsuz etkilenmelere açık olduğu kadar yeniliğe, değişimlere ve gelişmeye de açıktır. Çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan hemşirelere ergenlerin ölümle ilgili kaygıların ve etkileyen faktörlerin belirlenmesinde ve doğru anlaşılmasında önemli görevler düşer. Hemşire, bakımı altındaki ergenlerde Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği (North America Nursing Diagnosis Association- NANDA) listesinde yer alan **“ölüm kaygısı (anksiyetesi)”** hemşirelik tanısının varlığını sorgulamalı ve uygun hemşirelik girişimlerini planlamalıdır (27). Ergenlerle çalışan hemşireler ergenlere nasıl yardımcı olabileceklerini bilmeli ve gereksinim duydukları her türlü konuda rehberlik yapmalı ve destek olmalıdırlar.

Ergenlik dönemi problemlerinin üzerine kronik bir hastalık varlığının eklenmesi ergenin baş etmesini etkiler. Hastalığın getirdiği sınırlıklar ergenin yalnızlık, gelecek korkusu, çaresizlik, izolasyon, öfke ve depresyon yaşamasına neden olur (59). Hastalık süreci ile ilgili ergenin bu duygusal tepkilerinin yaşam ve ölümle ilgili algılarını etkileyebileceğini pediatri hemşiresi bilmeli ve ölümle ilgili kaygılarını araştırmalıdır. Pediatri hemşiresi ergene ve ailesine, hastalığın fiziksel ve psikososyal etkilerine yönelik bütüncül bir bakım vermelidir. Hemşirelik bakımının planlanmasında pediatri hemşiresine bu alanda yapılan çalışma sonuçları yön verecektir.

1.6 SINIRLILIKLAR VE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

Sağlıklı ergenler İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı Suphi Koyuncuoğlu İlköğretim ve lisesinden alınmıştır.

Araştırma kapsamına 12-18 yaş grubu ergenler alınmıştır.

Araştırma kapsamına, İzmir ilinde düzenli olarak sağlık kontrollerinin yapıldığı S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, S.B. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi endokrin polikliniğine Ocak 2008-Ocak 2009 tarihleri arasında başvuran 12-18 yaş grubu Tip I diyabetli ergenler alınmıştır.

Araştırmaya en az 1 yıldır Tip I diyabetes mellitus tanısına sahip olan ergenler alınmıştır.

Araştırmaya okur-yazar olan, görme- işitme sorunu ve bilişsel yeti yitimi olmayan ergenler alınmıştır.

Araştırmaya yazılı onamı alınan ergen ve ebeveynleri alınmıştır.

Araştırmanın yürütülmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesi çocuk endokrin anabilim dalından gerekli yazılı izin alınamamıştır (Ek XVI).

Araştırmanın veri toplama aşamasında, ergenlerin araştırmaya katılması için ebeveynlerinden onam alınmıştır. Ebeveynlerden onam alınmak üzere, araştırmanın konusu ve amacı açıklandığında; bazı ebeveynler ölüm konusunun çok kötü bir konu olduğu, çocuklarla asla konuşulmaması gerektiği, çocuklara ölümü hatırlatmanın anlamsız olduğu ve böyle bir konun çocuklarını korkutacağı gerekçesi ile aşırı tepki göstermişler ve ergenlerin çalışmaya katılmasını onaylamamışlardır.

Araştırmaya katılması için ebeveynleri tarafından onamı alınan ergenlerin tamamı, konusu ve amacı açıklanan araştırmaya katılmayı kabul etmiş ve hiçbir olumsuz tepki göstermemişlerdir.

1.7. TANIMLAR

Ölüm; Canlı varlıklardaki yaşamasal görevlerin bir daha yenilenmemek üzere sona ermesi (65).

Kaygı; Nedeni bilinmeyen korku, huzursuzluk duygusu (51).

Sürekli Kaygı; Bireyin içinde bulunduğu durumu stres verici olarak algılama ve yorumlama eğiliminin yarattığı, devamlı ve kronik biçimde yaşanan kaygıdır (109).

Ölüm Kaygısı; Ölüm anı acısı, ölüm sonrası hayat, bilinmezlik korkusu, ailenin ölümü, bedenin bütünlüğü ve güzelliği ile ilgili korku (154).

Ebeveyn Kabul-Red Algısı; Çocukların anne-babaları tarafından reddiklerini algılamalarıdır (122).

1.8. GENEL BİLGİLER

1.8.1. ÖLÜM

“Ölüm nedir?” diye sormak “yaşam nedir?” diye sormak kadar yersiz ve boşunadır. Yine de çağlar boyunca ölümün ve karışık olan yaşamın gizemine ait bir çok anlamlar yakıştırılmıştır. Acı, ceza, yenilgi, bitiş, intikam gibi bir çok kavram “ölüm”e ilişkin anlamlar da taşır. Ölüm ve ölüyor olmakla, ölüm korkusunun ayrı şeyler olduğunu, yaşam ve ölümün birbirlerinin anti tezi olmayıp, aynadaki görüntüleri olduğunu hatırlamalıyız (38).

Her zaman ölüm bizimle olmuş ve olmaya da devam edecektir. İnsan varlığının ayrılmaz bir parçası olmasından dolayı ölüm, hepimizin çok ilgi duyduğu bir konu olmuştur. İnsanoğlu ortaya çıkışından beri ölüm üzerinde düşünmüş ve onun gizemlerini bulmaya çalışmıştır. Çünkü ölüm sorusunun cevabı hayatın anlam kazanmasında önemli bir rol oynar. Hayatın en yüce manevi değerleri, ölümün düşünülmesinden ve araştırılmasından doğabilmektedir (158).

"Varoluşçu Psikolojinin temel ilkeleri arasında yer alan ölüm kavramı ise, şöyle açıklanmıştır:" Ölüm, insanların içinde bulunduğu en büyük ikilemdir. İnsan isterse ölümü seçebilir ancak istemese de ölümü yaşayacaktır. Ölüm varoluşu çözemediği fakat yaşamak zorunda olduğu belki de yaşamın anlamının içinde saklı olduğu en büyük gizemdir (154) .

Ölüm, sadece büyüme sürecinin sonu değil, eğlence, düşünce, başarı ve çalışmanın da sonudur. Ölüm yaşamın son aşamasıdır, tüm canlıların paylaştığı evrensel bir olaydır. Yaşamımızda kesin olan tek şey, bir gün öleceğimizdir.

Ölümün kaçınılmazlığının farkına varılmasının ciddi duygusal sonuçları vardır. Ertufan (2000) Frankl'nin ölümün farkındalığının evrensel varoluş krizinin

temelini oluşturduğu ve Becker'nin kaçınılmaz ölüm bilgisinin insanı avladığını, korku ve kaygı uyandırdığını, akıl sağlığını zedelendiğini ve ölümlü olmanın farkındalığının evrensel bir sorun olsa da hem kişisel hem de kültürel temelde çözülmesi gerektiği üzerindeki düşüncelerini vurgulamıştır (54).

Ölüm konusu, bir çok disiplinlerin ortak konusu olmuştur. Her disiplin için ölümün tek bir tanımı halen bulunmamaktadır. Ölümün fiziksel tanımında bile kişiler arası tanım farklılıkları varken ölümün soyut ve manevi anlamının kişiden kişiye ne kadar değişebileceğini, bu yüzden her kişiye özel ele almak gerekir (94).

İnsanın zihninde ölüm düşüncesine yer vermesinde kendi sonunu düşünmesi etkili olabildiği gibi, çevredeki bir takım uyarıcıların da etkisi olabilmektedir. Hatta ölüm düşüncesinin oluşmasında çevresel faktörlerin daha büyük önemi vardır. Çünkü ölüm, insanın bizzat tecrübe alanı dışında gerçekleşen bir olaydır. Bu yüzden insanlar, çevresindeki diğer insanların ölümleriyle ilgili olarak yaşadıkları tecrübelerden yola çıkarak ölümle ilgili tutumlar geliştirmektedirler (54).

Yaşam boyunca insanlar ölümü anlamaya çabalamışlardır. Ölümün temel olarak anlaşılması için en az beş prensibin anlaşılması gerekir;

1- Evrenselliğini (bütün insanlar ölür), 2- Geri dönüşsüzlüğünü (bir kez ölüm başladı mı beden tekrar hayata döndürülemez), 3- Fonksiyonelsizliğini (bedenin yaşamla ilgili tüm fonksiyonları sona erer), 4- Nedenselliğini (her ölümün gerçekten bir sebebi var) ve 5-Fizik ötesi sürekliliğini (fiziksel bedenin ölümünden sonra mevcut olan durum). Ergende de zamanla bilişsel gelişimin tamamlanmasıyla birlikte bu kavramlar yerleşmektedir (100).

Kaygı ve korku kavramları oldukça soyut kavramlar olup ergenlik döneminde gerçek anlamları ile anlaşılmaya başlanır. Ancak bu iki kavram çoğu zaman birbirinin yerine kullanılabilir. Örneğin, ölüm korkusu, kaygıya dönüşebilir. Kaygı, ölüm korkusuna birer adım olabilir. Kaygı, ölüm korkusuna birer adım olabilir. Kaygı, ölüm korkusuna birer adım olabilir.

1.8.2. KAYGI

Anksiyete sözcüğü, darlık ve sıkışma anlamına gelen indogermanik “angh” kökünden türetilmiştir. Anlamı değişik dillerde benzerlik göstermektedir; “Anchein” (boğulmak, sıkılmak), “angor” (boğulmak, nefes düzensizliği), “angustia”(disstres) gibi İlk çağlarda Aristo ve Platon varoluşçu kaygıdan çok anlık korkulardan bahsetmişlerdir. Çiçero, öznel kaygı yaşantısının süresi ve yoğunluğundan söz edip geçici patlama tarzında olan kaygıyı tanımlarken “angor”, daha hafif ve süregelen olanı anlatmak için “anksiyete” terimlerini kullanmıştır. Kişi kaygının nedenini bilmeyebilir ama varlığını hisseder. Freud üç tür kaygı tanımlamıştır (52).

a- Gerçeklik (Reel) Kaygısı; algılanan gerçek bir dış tehlikeye tepki.

b- Moral (Törel) Kaygı; superegonun özellikle vicdan kısmından gelen tehlikenin algılanmasından doğar. Bu tür bir kaygının kaynağı başlangıçta anne-baba korkusu olup ebeveynlerin standartlarının benimsenmesinden ve superegonun gelişmesinden sonra moral kaygının kaynağı artık ruhsal yapıda yer alır.

c- Nörotik Kaygı; benlik çatışan amaçlara doyum sağlayamazsa ortaya çıkan kaygıdır. Bu durumda benliğin savunma düzenekleri aracılığıyla kontrol altına alınmaya ve böylelikle bireyin iç dengesi korunmaya çalışılır.

Ersevim (1997)’ in belirttiğine göre, Laughl’ in kaygının kaynaklarını iki grupta incelemiştir(52);

a- Birincil Kaynaklar (bebeklik ve çocuklukta); çaresizlik, ayrılma, yoksunluk ve kayıp, düş kırıklığı, kaygının özellikle ebeveynlerden önsezi ve özdeşleşme ile geçmesi, onaylanmamak, fiziksel tehditler, şartlandırılmış tepkiler.

b- İkincil Kaynaklar (ergenlik ve sonrası); bilinç- superego çatışması, onaylanmama, sosyal çatışma, kendini korumada tehditler, şartlanmış cevaplar, düş kırıklığı, çocukluktan kalan artıklar, üzüntülü beklenti.

Çolak (1992) kaygı üzerinde çalışan Spielberger' in kaygıyı, gerginlik ve üzüntü gibi subjektif duyularla karakterize olan ve otonom sinir sisteminin artan faaliyetleri içinde hissedilen, geçici ve hoşnutsuzluk yaratan emosyonel bir durum olarak tanımladığını ifade etmektedir (34). Spielberger kaygı durumluk ve sürekli kaygı olarak ikiye ayırmıştır. Durumluk kaygı, herhangi bir durum ya da olay karşısından yaşanan kaygıdır. Bazı kişiler sürekli huzurluk içinde yaşarlar; doğrudan çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu kaygı türü içten kaynaklanır. Özdeğerlerinin tehdit edildiğini zannetmesi veya içinde bulunduğu durumları stresli olarak yorumlaması sonucu birey kaygı duyar. Bu duruma da sürekli kaygı denmektedir (34).

Kaygı, birçok kuram ile açıklanmaktadır;

- *Öğrenme Kuramına göre Kaygı;*

Kaygı bu kurama göre öğrenilmiş bir süreçtir ve açlık, cinsellik gibi biyolojik kökenli birincil dürtüler yanında insanı güdüleyici görevi olan ikincil bir dürtüdür.

Ertufan (2000) tarafından, Watson ve Morgan (1917)' nun, kaygının koşullu bir tepki olduğunu ileri sürdükleri belirtilmiştir. Örneğin daha önceki yaşam dönemlerinde bazı çevresel uyaranlara bağlı olarak kaygı yaşantılarımızın olduğunu ve ileride bu özgül yaşantılara benzer duygusal durumlarda koşullanmış bir tepki olarak kaygının çıkabileceği vurgulanmaktadır. Toplumsal öğrenme kuramına göre, kaygı tepkisinin ebeveynin ortaya koyduğu kaygı tepkilerini taklit yoluyla öğrenilebileceği ileri sürülmüştür (54).

- Bilişsel Yaklaşım Kuramına Göre Kaygı;

Bu yaklaşıma göre kaygı nedeni, olayların kendisi değil, kişinin beklentileri olayları nasıl algılayıp yorumladığıdır. Bir takım bilişsel çarpıtmalarla (onaylanmama, yetersizlik, denetim ve kaygı duygusu ile ilgili olanlar) olaylara yaklaşan kişiler çoğunlukla olayın gerçek tehlikesiyle orantılı olmayan bir biçimde kaygı duygusu yaşarlar (45).

- Varoluşçu Yaklaşım Kuramına Göre Kaygı;

Kaygı her an oluşabilecek yok olmanın hissedildiği anda yükselir. Varoluşçuluğun babası Kierkegaard, temel kaygının hiçlik korkusu olduğunu belirtmiştir. Hiçlik korkusu basitçe fiziksel bir ölümün tehdidi değildir ama ölüm bu tür kaygının en genel en çok gözlenen klinik şeklidir. Kierkegaard' ın yaklaşımı kaygının özgürlük ve suçluluk bilincinden kaynaklanan, hiçlik ve varolmama korkusuyla oluşan bir duygu olduğu ve bu nedenle insan ruhunun ulaşacağı doğal bir sonuç olmadığıdır (54).

Kaygı sezilen bir tehdit olduğunda ortaya çıkar ve herhangi bir nesnesi olmayabilir. Kaygı, korkuyu beraberinde getirir. Bu nedenle, ölüm kaygısı ölçekleri de kullanılarak, soyut ölüm kaygısı kavramı analiz edilip, acı çekmek, sevdiklerinden ayrılmak, istediklerini gerçekleştiremeden ölmek vb. alt ve daha somut korkulara dönüştürülerek tedavi edilebilir.

1.8.3. ÖLÜM KAYGISI

Ölüm kaygısı insanları geniş bir zaman diliminde etkileyerek günlük yaşam aktivitelerinden hayat felsefesine kadar yaşamın çeşitli alanlarında kendini gösterirken; ölüm korkusu kısa bir zaman diliminde ve sadece ölümü hatırlatan durumlarda ortaya çıkmaktadır. Ayrıca ölüm kaygısının varlığını ortaya çıkarmak ölüm korkusunun varlığını ortaya çıkarmaktan daha zor görünmektedir. Çünkü ölüm

kaygısında bilinçaltı süreçler devreye girmekte ve bu kaygı toplumca kabul edilebilir şekillere bürünerek kendini göstermektedir (45, 158).

İnsanların bu dünyadaki “var” olmalarının son bulacağı gerçeği karşısında duydukları korku, ölüm kaygısı olarak tanımlanmıştır (65). Kübler Ross’a (1997) göre pek çok kaygının temelinde ölüm kaygısı bulunmaktadır. Ölüm gerçeği insanda egosantrik bir yaklaşımla bir takım savunma mekanizmaları geliştirmektedir (154). Ölüm kavramını hiç düşünmeyecek kadar başka işlerle uğraşmak ya da çalışmak ölüm korkusunu bastırır da ölüm gerçeğini değiştirmemektedir (71). Zaman ve mekânlara göre değişmekle birlikte günümüze kadar gelen cenaze törenleri, mezarlıklar, mezar ziyaretleri, dualar, emanetlerin korunması aslında ölüm kaygısından kurtulma çabaları ile yakından ilişkilidir (137). Bizim toplumumuzda ebeveynler çocuklarını korumak adına cenaze törenlerinden, mezarlıklardan ve mezar ziyaretlerinden oldukça uzak tutmaktadırlar.

Kübler Ross (1997) ölmek üzere olan insanları inceleyerek elde ettiği bulgulara dayanarak şunu belirtir: İnsanoğlunun ölümle sakince yüzleşmekten kaçınır ve bunun da en önemli nedeni günümüzde ölümün pek çok açıdan itici, yalnız, insanlıktan uzak hale getirilmiş olmasıdır (84).

Var olmama korkusu, ölüm korkusu, sonluluk korkusu, filozoflarca varoluşun kırılganlığı, daha sonraki olabilirliliğin imkansızlığı gibi terimler ölüm kaygısı içerisinde geçen terimlerdir (81).

Kübler Ross (1997)’ a göre kültürler ölüme yükledikleri anlam ve açıklamalar açısından son derece farklılıklar göstermektedirler. Bazı kültürler, inanç sistemleri ve onların bütünleştiği ritüeller üyelerini ölüm algısının zararlarından daha etkin koruyabilmektedirler (84).

Yalom (1999)' a göre, ölüm kaygısı hayattan alınan doyum ile negatif korelasyon göstermektedir ve çok boyutludur: ölüm anı acısı, ölüm sonrası hayat, bilinmezlik korkusu, ailenin ölümü, bedenin bütünlüğü ve güzelliği ile ilgili korku, yalnızlık gibi kavramlarla yakından ilişkilidir (154).

Tüm bireyler ölüm kaygısı ile yüzleşir ve çoğu adaptif savunmalar geliştirirler; inkar, bastırma, yer değiştirme, regresyon, çeşitli sembolik ölümsüzlük yolları arama, sosyal ve dini kuralları kabullenme. Bu seçilen uygun olmayan adaptif savunma çeşidi durumun psikopatolojiye kadar gitmesine neden olabilecektir. Ölüm kaygısını sadece bastırmakla çözmeye çalışmak iki uçlu kılıçtır. Kaygıyı bastırarak rahatlama ve güvenlik sağlamak hayatı kısıtlar ve suçluluk verir (54).

Pek çok araştırmacı ve teorisyen, ölüm kaygısına karşı en çok kullanılan savunmanın inkar olduğunu belirtmişlerdir (30,84). Araştırmalar göstermiştir ki ölüm kaygısı genel kaygı ile orta şiddete ilişkilidir (6). Diğer bir deyişle ölüm kaygısı, en azından genel kaygı olarak bilinç seviyesinde bulunmaktadır. Ölüm kaygısı göstermenin sosyal olarak arzu edilmeyen bir durum olmasından dolayı sosyal kabullenilme isteği olan ergenlerin de bu gerçeği tam olarak yansıtmayacağı unutulmamalıdır (30).

Ülkemizde 1966 yılında çocukların ölüm kavramı üzerinde çeşitli incelemeler yapılmış ve ilk olarak “aile içinde ölüme karşı çocukların tepkileri” ile ilgili makale yazılmıştır. Daha sonra, 23 çocuğun kısa hikâyeleri dinlenilerek yapılan çalışmada, çocukların aile içinde ölüme karşı verdikleri ilk tepkileri belirlenmeye çalışılmıştır. Böylece ülkemizde çocukların ölüm kavramı ile ilgili çalışmalar başlamıştır (78).

Hemşireler yaş dönemlerine göre çocukların ölüm kavramını nasıl algıladıklarını bilmelidirler ki çocuklara yaklaşımda ve baş etmede uygun desteği ve yardımı verebilsinler.

Çocuğun ölümü nasıl algıladığı şu faktörlerle yakından ilişkilidir (144).

- * çocuğun yaşı,
- * bilişsel ve psikososyal gelişim düzeyi,
- * aile üyeleri ve arkadaşları arasında yaşadığı ölüm deneyimleri,
- * ebeveynlerin tepkileri,
- * kültürel deneyimleri ve
- * destek sistemleri

Yaş dönemlerine göre ölüm kavramının oluşumu sırasında uygun olmayan bazı yaklaşımlar ileride oluşabilecek ölüm kaygısının nedeni olabilir.

1.8.4. Gelişim Dönemlerine Göre Ölüm Kavramı

1.8.4.1. Çocukluk Dönemlerinde Ölüm Kavramı;

Ölüm kavramı henüz 1-3 yaş döneminde yavaş yavaş gelişmeye başlar. Bu dönem çocuğu şimdiki andadır ve zaman kavramı henüz gelişmemiştir. Küçük çocuklar kendilerinin yok olabileceğinden endişe duymazlar. 3 yaşın altındaki çocuklar için anlamı sadece çevresindeki insanları etkilemesidir. Onlar için ayrılık çok önemlidir. Onlar için ölüm terk edilme, yalnız bırakılma ile eş anlamlıdır (32,46).

Daha sonraki dönemde (3-6 yaş) çocuklar, ölümün geçici ve geri dönüşü olduğuna inanırlar. Ölüm onlar için geçici bir ayrılık ya da uyku ile eş anlamlıdır. Dönemin sonlarına doğru ölümün en çok anksiyete yaratan yönü ayrılıktır. Bu dönemde, çocuğun ölüm kavramını geliştirmesinde yaşam deneyimleri önemli rol oynar. Aynı zamanda bu dönemde hayal dünyaları çok geniş olduğu için ölümün nedenleri konusunda yanlış düşünceleri olabilir. Bu dönem çocukları hastalığın ya da ölümün, kötü düşünce ve davranış nedeniyle verilen bir ceza olduğuna inanırlar.

Bu çocuklar ölüme ilişkin önceki deneyimlerine ve ailenin bu konudaki konuşma şekillerine bağlı olarak ölüp ölmeyeceklerini sorabilirler (33,144).

Artık 9-10 yaş çocuğu ölümü yetişkinlerin anladığı anlamda yaşamın durması olarak algılar. Sonunda çocuklar, ölümden kaçınılamayacağını ve herkesin bir gün öleceğini kabul ederler. Bu dönemde ölüme ilişkin cennet ve cehennem gibi dini kavramları öğrenirler. Ölümle ilgili duygularını gerçekçi bir biçimde açıklayabilirler. Onlar, genellikle ölümün anlamı konusunda konuşmaya isteklidirler. Bu yaştaki çocuklarla çalışan hemşireler, çocuğun kendi ya da diğer kişilerin ölümüne ilişkin soruları ile karşılaşabilirler (33). Çocuklar, ölümle çok erken yaşlarda ilgilenmeye başlarlar. Anne- babaların konuşmalarını dinleyerek, ölüm haberlerini duyarak veya ölü hayvanları görerek sorular sorar, bir anlam çıkarmaya uğraşırlar. Çocuğun ölümle ilgisi, duygusal bir tepki seviyesinden öteye pek geçmez. Ölüm kavramı zihinsel ve duygusal gelişimiyle paralel olarak gelişir ve anlam kazanır. İşlem öncesi dönemdeki (2-7 yaş) çocuklara göre ölüm, geri dönüşü olan ve dış nedenlere dayalı bir olaydır. Ölümle ilişkin düşünce içeriğinin gelişimi 12 yaş sonrası dönemde başlar (32).

1.8.4.2. Ergenlik Dönemi ve Ölüm Kavramı

Ergen kelimesinin batı dillerinde ve bizde de kullanılan karşılığı olan “adolesan” kelimesi, “büyümek ve yetişkinliğe ermek” anlamına gelen Latince “adolescere” teriminin karşılığıdır (114).

Ülkemiz, genç bir nüfusa sahip olup, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasında; 0-14 yaş grubu nüfusun oranı % 26.6 olarak saptanmıştır (140). Ergenlik döneminin sınırlarını net olarak belirlemek, sınırlar çizmek konusunda sıkıntılar mevcuttur. Genel olarak 12-18 yaş arası dönem olarak ifade edilmiştir. Bu dönemin sınırlarını Yörükoğlu 12-21, UNESCO 12-24, Birleşmiş Milletler Örgütü

ise 15-25 (159) ve DSÖ 10-19 yaşları arası olarak kabul etmektedir. Pek çok pediatrik kaynak 11-12 yaşlarda başlayıp 21-22 yaşlarında sonlandığını belirtir (151). Aile gelişim teorisinde Duvalin yaptığı tanıma göre de gençlik 13-20 yaşlar arası olarak tanımlanmıştır (56). Psikolojik anlamda ergenlik; ilk ergenliğin fiziksel belirtileri ile başlayan zihinsel bir süreç, bir tutum ve yaşama tarzıdır. Bireyin ebeveyn denetiminden bağımsızlığını kazanmasıyla sona eren bir dönemdir (114). Aynı zamanda psikolojik olarak ergenlik dönemi, içsel karışıklık, hızlı ruhsal değişimler ve isyanlarla karakterize bir stres ve fırtına dönemi olarak da tanımlanır (156,159).

İnsan yaşamı boyunca sürekli bir gelişim ve değişim içindedir. Ergenlik dönemi, belki de bu gelişim sürecinin en önemli evresini oluşturur. Çocukluktan yetişkinliğe geçişin olduğu bu dönemde ergen kendini, hayatı ve toplumu sorgulayarak eskisinden farklı bir şekilde dünyayı algılamaya başlar. Bu dönemde en önemli sorunlardan biri, İlk olarak Erikson tarafından dile getirilen “kimlik krizi” veya “kimlik karışıklığı” olarak adlandırılan kendini tanıma ve tanımlamada çektiği sıkıntıdır (83). Kendini tanıma ve tanımlama, toplumdaki rolünü ve hayattaki amacını belirleme konusunda ergenlerin ciddi sıkıntıları ve arayışları vardır (24).

Her gelişimsel dönemin, başarılması gereken gelişimsel görevleri, kazanması gereken bazı özellikleri ve geliştirmesi gereken davranışları vardır. . Whyte ve Smith (1997) bu kavramı geliştiren Havighurst’ un, ergenlik dönemi gelişimsel ödevlerini şöyle tanımladığını belirtmiştir (148);

- * Bedenini kabul etme ve etkili bir şekilde kullanmak,
- * Ebeveynlerinden ve otorite figürü olan diğer erişkinlerden bağımsızlaşmak,
- * Her iki cinsten başkalarıyla yeni ve anlamlı ilişkiler kurmak,
- * Kişisel bir değerler sistemi geliştirmek,

- * Kadınsı ya da erkeksi (sosyal) bir rol edinmek,
- * Duygusal bağımsızlık-özerklik geliştirmek,
- * Evlilik ve aile yaşamına hazırlık,
- * Mesleki kariyer edinmek,
- * Toplumsal sorumluk geliştirmek.

Ergenlik döneminde soyut düşünme ve soyut kavramları anlamlaştırmaya ve gelişmeye başlar. Dönemin başlarında henüz yeni gelişmeye başlayan bu özellikleri dönemin sonunda tamamen geliştirmiştir. Bu nedenle ergenler, yetişkinler gibi ölümün geri dönüşsüz, evrensel ve kişisel bir deneyim olduğunu anlarlar ancak ölmek üzere olan kişiler içinde en izole ve yalnız olan, anlaşılması ve ulaşılması en güç olan gruptur (33).

Ergenler kişisel eşsizlik ve ölümsüzlüklerine inanırlar. Bu durum pek çok riskin oluşmasına neden olabilir. Hiçbir şeyin onlara zarar veremeyeceği düşüncesi vardır (80,151).

Ergen, kim olduğunu, neye yönelmesi gerektiğini ve neden oraya yönelmesi gerektiğini kendine sorarak, bunlara yanıt arar. Bu yabancı dünya içinde kendilerini bir hiç olarak düşünmeye başlarlar (41). Ergen hiçlik duygusunu yoğun bir şekilde yaşarsa herkesin zaman zaman yaşadığı bazı kaygılardan olan ölüm kaygısını daha yoğun bir şekilde yaşayabilir.

Ergenlik çağında ölüm kaygısı, ergeni depresyona ve çeşitli fobiler geliştirmeye itebilir. Çünkü ergen, hayatı sindire sindire yaşamak, tatmak, dünyayı tanımak, heyecan dolu ümitlere, uzak ve erişilmesi güç hedeflere ulaşmak ister. Yani hayatın sınırsız bir alanda yayıldığına inanır. Ancak zaman zaman hayatın anlamını sorgular ve ölümle ilgili düşüncelerini gözden geçirir (31,57).

Ergenler bu dönemde ölümün felsefî ve psikolojik boyutunu düşünmek yerine ölmek için kolaylıkla harekete geçebilmektedirler. Literatürde, bu dönemdeki intihar olayları üzerinde, yaşanan çok yönlü değişimin, bu değişime ayak uyduramamanın ve toplumsal destek azlığının etkili olduğu vurgulanmaktadır (159).

Risk almayı seven bir grup olmalarından dolayı tüm ergenler yaralanma ve şiddet, depresyon, alkol ve uyuşturucu kullanımı gibi bazı problemler yaşamaktadır (120) . Ergenlik dönemine yönelik riskleri ve problemleri en aza indirebilmek için aile ve ergen ile işbirliği yapılmalıdır. Depresyon ve ölüm kaygısı arasındaki negatif bir ilişkinin olduğu unutulmamalıdır (1). Ergen grubu risklere ve olumsuz etkilenelemelere açık olduğu kadar yeniliğe, değişimlere ve gelişmeye de açıktır. Bu nedenle ergenlerin algılarının (ölüm gibi) doğru anlaşılması ve algılarından dolayı yaşadıkları kaygılar azaltılmalıdır.

Oldukça yoğun ve karmaşık duyguların yaşandığı ergenlik döneminde karşılaşılan bir kronik hastalık ergenin baş etmelerini, kaygısını, depresyonunu, öz güvenini, yaşama ve ölüme bakış açısını olumlu ya da olumsuz yönde etkileyecektir

1.8.5. KRONİK HASTALIK

Kronik hastalık, normalden sapma veya bozukluk gösteren, kalıcı yetersizlik bırakan, geriye dönüşü olmayan, patolojik değişiklikler sonucu oluşan, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, uzun süre boyunca bakım, gözetim ve denetim gerektireceği beklenen durum olarak tanımlanmaktadır. Tüm çocuk popülasyonunun %1-2'sinde günlük aktiviteyi etkileyen ya da sık tedavi gerektiren kronik sağlık sorunları bulunmaktadır (142) . Tıp bilimlerinin ilerlemesi ve yeni yapılan çalışmalarla, çocukluk çağındaki kronik ve ölümcül hastalıklarda yaşam süreleri uzamaktadır. Yaşam süresinin uzaması ile birlikte hasta çocuk ve ailesi, hastalığın getirdiği psiko-sosyal etkilere daha uzun süre maruz kalmaktadırlar (150)

. Çocukların ve ailelerinin hastalıklarından psikolojik olarak etkilenme ve kaygı düzeylerindeki değişiklikler pek çok değişkene bağlı olarak farklılıklar gösterir (40,61).

Kronik hastalıklar çocuğun yaşı, içinde bulunduğu koşullar, kişiliği, hastalığın tipi ve süresi gibi çok çeşitli etkenlere bağlı olarak çok hafiften önemli düzeylere kadar sıkıntı oluşturabilmekte; bu sıkıntı çocukta geçici ya da tüm yaşamı boyunca sürecek izler bırakabilmektedir (127).

Çocuğun hasta olması sadece hasta olan çocuğu değil ailesini de doğrudan etkileyecektir. Hastalığın çocuk ve aile üzerindeki etkileri; çocuğun hastalığının doğuştan veya sonradan kazanılmış olması, hastalığın kazanıldığı yaş, çocuğun uyum düzeyi ve yetenekleri, anne-baba-çocuk ilişkisi, aile içi denge, hastalığın derecesi, hasta organ, ağrı veya kaybın derecesi, tedavi şekli, hastalığın yarattığı kalıcı etki ve sınırlamalar, hastalığın taşıdığı anlam, hastalıkla ilgili düşünceler, hastalığın, çocuğun toplumsal uyumuna, okul yaşantısına ve benzeri ilişkilerine etkisi gibi değişkenlere göre farklılıklar gösterebilir (144).

Kronik bir hastalığa sahip olma, bu hastalığa uyum sağlama, çocuğun ve ailesinin yaşam tarzlarındaki değişiklikler, hastalığın sosyal ilişkilere getirdiği yükler, benlik saygısında azalma, komplikasyonlarla ilgili duyulan korku gibi faktörler kronik hastalığa sahip çocuk da depresyon gelişmesinde etkilidir (134).

Kronik hastalığa ilişkin ortaya çıkan duygusal tepkiler arasında yalnızlık, ayrılık, izolasyon, üzüntü, kaygı, gelecek korkusu, çaresizlik, umutsuzluk, depresyon, öfke ve ölüm korkusu en önde gelenleridir (49,59). Kronik hastalığı olan çocuklarda hastalığın alevlenme evreleri sıklaşıp uzadıkça, hastalık ilerledikçe, çocukların ölümle ilgili korku ve kaygıları artmaktadır (141).

Kronik hastalığı olan ergenlerin %10'unda sosyal geri çekilme, saldırganlık gibi davranış problemleri yaşandığı, depresyon, anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu ve kronik hastalığı olan çocuklarda 1.55 kat daha sık ruhsal bozukluk görüldüğü yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur (58).

Ergenler, otonomi ararlar. Ancak, hastalık ve tedavi nedeniyle bağımsızlığı ve kontrol duygusunu kaybetme hissi artar. Ek olarak, ergenler ebeveynlerinden gittikçe artacak şekilde bağımsızlaşır. Sonuç olarak, hastalığa müdahale etme daha zor olabilir ve ergen depresyon, anksiyete ve uyum problemleri açısından büyük risk altında kalır (127).

Ergenlik yılları içerisinde bir hastalık tanısı alan kişi, sağlıklı ergenlere göre beklenen sonuçlara ulaşmada daha fazla sıkıntı yaşar. Bir hastalığın erken dönemde tanılanması bireyin ona daha kolay uyum sağlamasına neden olur. Ergen, kişisel görünümü nedeniyle ya da sağlıklı akranlarının yaptığı aktivitelere katılamamaktan dolayı kendini dışlanmış hissedebilir. Ergenlik döneminin ortasında ergen hastalıkla mücadelede daha az enerji hissedebilir. Çünkü bu gelişimsel dönemin normal gereksinimlerini karşılamak için emosyonel kaynaklar kullanılmaktadır (23).

Ergenlik döneminde görünüm, yetenek ve becerilere akranları tarafından aşırı önem verilir. Bu özelliklerden herhangi birisinde sınırlılık yaşayan ergen bu etkili gruptan dışlanma ile karşı karşıya kalabilir. Akranlarından farklı olduğunu hissetme izolasyona, yalnızlığa ve depresyona neden olabilir. Ergenler, hastalıkları ile ilgili duygularını, algılarını ve her türlü etkilenimlerini ifade etmesi yönünde desteklenmelidir. Çünkü onlarla yapılan bu tür açık tartışmalar anksiyeteyi azaltır.

Sağlık profesyoneli olan hemşire, ergenin öfkesini, izolasyonunu, reddedilme korkusunu, üzüntüsünü, kaygılarını ve korkularını ifade etmesini sağlayarak hem aileye hem ergene destek olabilir. Ailenin ve ergenin güçlü yönlerinin,

yeterliliklerinin vurgulanması ile hemşire gerekli emosyonel destek sağlamada yardımcı olur. Verilen emosyonel destek ile yetişkinler çocuğun kendi ya da başkalarının ölümlerini anlamalarına ve baş etmelerine yardımcı olmaya hazırlanmalı ve çocuğun duygularını istedikleri şekilde ifade etme hakkı olduğunu kabullenmelidirler.

1.8.5.1. DİYABET (DİABETES MELLİTUS)

Diyabet, yaşam biçimi değişiklikleri gerektiren, uzun dönemde vücudun çeşitli organ ve sistemlerinde hasarlara, fonksiyon kayıplarına yol açarak bireyin yaşam kalitesini azaltan, yüksek tedavi harcamaları ve iş gücü kaybı nedeniyle birey, aile ve toplumu etkileyen önemli bir sağlık sorunudur (125).

Diyabet çocukluk çağında görülen kronik hastalıkların başında gelmektedir. Bu çağdaki diyabet vakalarının %98'inden fazlasını İnsüline Bağımlı Diyabet (IBDM) vakaları oluşturur (98) .

1.8.5.1.1. Tip I Diyabet (İnsuline Bağımlı Diabetes Mellitus –İBDM)

İnsuline Bağımlı Diabetes Mellitus (İBDM), yaşam boyu devam eden, astım ve serebral palsinin ardından 16 yaş altındaki çocuklarda en sık görülen kronik hastalıktır ve hastalığın metabolik kontrolü diyet, egzersiz ve insülin tedavisi ile sağlanır. Tüm dünyada, her yıl 50.000 yeni vakaya Tip 1 diyabet tanısı konmaktadır (14)

Tip 1 diyabet, uygun genetik zeminde, çevresel faktörlerin etkisiyle pankreas beta hücrelerine yönelik başlayan otoimmün harabiyet ve bunu izleyen enflamatuar olaylar sonucunda, uzun süreli preklinik dönemi takiben ortaya çıkan, multifaktöriyel kronik bir hastalıktır (14, 69,152) .

Tip 1 diyabetin önlenmesi ve beta hücre fonksiyonlarının normale dönmesini sağlayacak tedavi imkânları olmadığından günümüzde uzun dönemli tedavinin ve

diyabet bakım kalitesinin iyileştirilmesine yönelik yaklaşımlar önem kazanmaktadır (69).

Diyabetli çocukların büyüme ile değişen ihtiyaçlarına duyarlı bir tedavi ekibi tarafından izlenmesi gereklidir. Uluslararası Çocuk ve Adolesan Diyabeti Birliği'nin yönergesine göre diyabet tedavi ekibi aşağıdaki kişilerden oluşmalıdır (151):

- Hastanın veya ailenin kendisi
- Pediatrik endokrinolog veya çocuk/adolesan diyabeti konusunda eğitilmiş pediatrist
- Pediatri hemşiresi
- Diyabet eğitimcisi
- Diyetisyen
- Psikolog/sosyal hizmet uzmanı

Tip 1 diyabet tedavisinde amaç;

1. Çocuğun yaşına uygun büyüme ve gelişmesinin sağlanması,
2. Glukoz, lipit gibi maddelerin normal sınırlarda tutulması,
3. Metabolik komplikasyonların önlenmesi veya geciktirilmesi,
4. Optimal psikososyal desteğin sağlanmasıdır (118).

Diyabet tedavisi ve kontrolünde diyabetlinin bireysel yönetimi sağlanması ve sürdürmesi hedeflenmektedir. Bu amaçla diyabet yönetimi (11);

- Tıbbi beslenme tedavisi
- İnsülin tedavisi
- Egzersiz
- Bireysel izlem (self monitoring) ve
- Diyabet eğitimini kapsamaktadır.

Bireysel İzlem

Bireysel izlem; diyabetli bireyin glisemi, glukozüri, kanda/ idrarda keton ölçümleri yaparak diyabet bakımının sorumluluğunu almasıdır. Hastanın kendisi tarafından sık aralarla ve doğru bir şekilde yapılan ölçümler glisemik kontrolün değerlendirilmesi için en iyi yoldur (103,10).

Bireysel izlem; kolay, ucuz, güvenilir ve devamlı kontrol sağlamakla birlikte, kan glukozunda meydana gelebilecek dalgalanmaları en aza indirerek, diyabetli bireye esnek bir yaşam biçimi sağlamakta ve diyabetle ilgili bakım harcamalarını en aza indirmektedir (110).

Diyabet eğitimi

Diyabetli bireye ve onların bakımından sorumlu olan aile bireylerine, diyabetin bakımını ve yönetimini öğretmek diyabet tedavi planının bir parçasıdır. Diyabetli kişinin eğitimi; kendi kendine bakma gücünü kullanmasına yardım etmektir (50).

Diyabet eğitiminin amacı; diyabetli bireyin tedavisinde etkin rol almasını sağlamak; akut ve kronik komplikasyonları önlemek ve tedavi etmek için gerekli bilgi ve beceriyi kazandırmak, tedavi maliyetini azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır (50).

Her bireyin hastalıktan etkilenimi farklıdır. Bu nedenle hedeflenen bilgi ve beceriyi kazandıracak eğitim programı bireyin özellikleri ve öz-bakım gereksinimleri dikkate alınarak, bireye ve ailesine özgü düzenlenmelidir.

Yapılan çalışmalarda; çocuklarda etkili ve periyodik olarak yapılan diyabet eğitimi programları ile akut komplikasyonlara bağlı hospitalizasyon sayısında azalma ve HbA₁C düzeylerinde önemli oranlarda düzelmeler meydana geldiği saptanmıştır (129, 147). Aynı zamanda Tip I diyabetlilerle yapılan eğitimin sağlıkla ilgili yaşam kaliteleri üzerinde yararlı etkileri olduğu saptanmıştır (61).

Diyabet bakım ekibinin yesi olarak diyabet hemşiresi, diyabet yönetimi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmalı ve bu bilgiyi kullanabilmelidir (110). Diyabet ekibi içinde çok önemli bir role sahip olan diyabet hemşiresi, eğitim, destek ve danışmanlık yoluyla Tip I diyabetli ocuk ve ailenin diyabet bakımında aktif hale gelebilmesi için çaba göstermelidir. Diyabet hemşiresi, çocuğun büyüme ve gelişme dönemlerine özgü yaşanabilecek sorunlara yönelik yaklaşımda bulunarak, diyabetin akut ve kronik komplikasyonlarının önlenmesi ve tedavisi konusunda ocuk ve aileyi bilgilendirmeli çözüm yollarını tartışmalıdır (104).

Başarılı diyabet eğitimi, yalnızca bilgi sağlamak amaçlı olmamalı, aynı zamanda diyabetli bireyi problem zme ve kendi kendini yönetmede bilgisini ve pratik becerilerini kullanması için güçlendirmeli ve motive etmelidir.

Düzenli ve etkin yapılan bir diyabet eğitimi hastalığın fiziksel etkilerini azalttığı gibi psikososyal sorunları da azaltır.

Diyabetin Psikososyal Etkileri

Diyabet fizyopatolojik süreçlerle insan organizmasında değişiklikler oluştururken, diyabetlinin ruhsal denge ve uyumunda da bir takım farklılaşmalar olmaktadır. Diyabet fiziksel bir hastalık olmanın yanı sıra psikolojik ve psikososyal boyutları olan bir durumdur. Özellikle kayđı, depresyon, stres ve sosyal destek kaybı diyabet üzerinde olumsuz sonuçlar doğurmakta ve diyabeti şiddetlendirebilmektedir (50).

Ergen ve ailesi, diyabetin başlangıcından itibaren belli aralıklarla diyabet ekibi ve diyabet hemşiresiyle görüşmelidirler. Bu onların diyabet yönetiminde kendilerini daha güçlü hissetmelerini sağlayacaktır. Çalışmalar da göstermiştir ki çocukluğun erken döneminde ailelerin sorumluluğundaki diyabet yönetiminde metabolik kontrol iyi iken, sorumluluğun çocuğa geçtiği ergenlik döneminde metabolik kontrol zayıflamaktadır. Bu durumda çocuğu yargılamaktan çok dinlemek diyabet ekibi için önemlidir. Ergenlik dönemi, diyabet yönetimi için oldukça zor yıllar olabilir ve glisemik kontrol optimal düzeyde olmayabilir (129)

Metabolik kontrolün kötü olması uyumu güçleştirmekle birlikte psikososyal sorunlara da neden olur. İBDM’li ergenlerde yapılan 10 yıllık bir izlem çalışmasında, %20’sinde anksiyete bozukluğu ve %16’sında davranış bozuklukları saptanmıştır (101).

Diyabetli ergenlerin en sık yaşadığı psikolojik sorunların başında depresyon gelmektedir. İBDM çocuklarda 2 kat, ergenlerde 3 kat daha fazla oranda depresyon bulunduğu bildirilmektedir (63). Depresif kişiler ya da depresyon yaşayan kişilerde ölüm kaygısının daha yüksek olduğu yapılan çalışmalarla desteklenmiştir (1,2).

Fiziksel, psikolojik değişiklikler ve bağımsızlığın arttığı kimlik arayışında olduğu ergenlik döneminde beden imajı çok önemlidir. Benlik saygısında, öz yeterlilikte ve öz güvende azalma hastalığa uyumu negatif yönde etkileyecektir.

Ergen, diyabet bakımının tüm sorumluluğunu almalıdır ancak yine de yardım ve denetime ihtiyacı vardır. Bu dönemde, ergenin diyabet bakımındaki sorumluluğu artarken ailenin bakıma katılımı dereceli olarak azalmalıdır.

Adölesan dönemde, psikolojik ve sosyal çalkantılar nedeniyle diyabet bakımına ilgi azalır ve bu dönemde metabolik kontrol preadölesan döneme göre daha

kötü olabilir (67). Bu durum da ergenin diyabet bakımında ailelerin sürekli olarak yer almaları gerektiğini ortaya koymaktadır.

Aileden ve akran grubundan alınan sosyal destek ergenin hastalığına uyumu olumlu yönde etkiler. Yapılan çalışmalarda; aile ilişkileri iyi olan çocukların öz yeterliliklerinin yüksek olduğunu, aileden yüksek sosyal destek alan diyabetli ergenlerin daha kolay uyum sağladığını desteklemektedir (40,119).

Ergenlik döneminde akran grubu oldukça önem kazanır. Tip I diyabetli ergen için en önemli sosyal desteklerden birisi de akran grubundan alınan destektir. Ergenlerin birbirleri üzerinde etki yapma gücü oldukça fazladır. Bu nedenle ergenin hastalığına uyumunda akranların desteği mutlaka alınmalıdır. Yapılan çalışmalar; Tip I diyabetli ergenlerin diyabet bakımı ile ilgili ailelerinden daha çok akran grubundan sosyal ve emosyonel destek aldıklarını ve kısa dönemli glisemik kontrolünde akran grup desteğinin etkili olduğunu ortaya koymuştur (40,62).

Akran sosyal desteğinin ve grup paylaşımlarının en çok olduğu yer diyabet yaz kamplarıdır. Bu kamplar diyabetli ergene yalnız olmadığını, hastalıkla nasıl baş edilmesi gerektiğini, hastalık yönetimi ile ilgili bilgi sağlarken aynı zamanda eğlendirir (90). Yapılan bir çalışmada; diyabetli ergenlerin kamp öncesine göre kamp sonrası hastalık bilgisinin arttığı, durumluluk kaygı ve depresyon puanlarının azaldığı bulunmuştur (19).

Ergenin duygu durumu hastalık süreci üzerinde etkilidir. Kaygı, ölüm kaygısı, kendini değersiz hissetme gibi bazı duygusal durumlar ergenin metabolik kontrol yeteneğini zayıflatarak, dolaylı şekilde hastalığı olumsuz yönde etkileyebilir. Aile fonksiyonu (ailedeki bağlılığın derecesi, aile içi çatışmalar, aile- çocuk ilişkisi vb.) diyabetli ergenin hem psikolojik durumunu hem de keline bakım davranışını etkiler. Kendine bakım davranışları; düzenli ilaç alma, diyet, egzersiz ve sürekli izlem

oluşur. Kendine bakım davranışları ile glisemik seviyeler arasındaki güçlü ilişki yapılan çalışmalar ile ortaya konulmuştur (40,62,90).

1.8.6. EBEVYN – ERGEN İLİŞKİSİ VE EBEVEYN KABUL VE RED KURAMI

Çocukluk dönemi olarak adlandırdığımız dönem bir araştırma bir keşfetme sürecini kapsamaktadır. Bu dönemde kazanılan yaşantılar, çocuğun sosyal gelişiminin temellerini atmaktadır (16).

Çocuk en kritik aşamalarını aile içinde geçirir. Çocuğun bedensel ve ruhsal gelişiminde aile çok büyük bir rol oynar (102).

Ebeveyn kabul-red kuramı (Parental Acceptance-Rejection Theory – PART), sosyalizasyon temelli bir kuramdır ve döllemeden ölüme uzanan bir yaşam süreci içinde ele alınır. Bu kuram, ebeveynlerin çocuklarını kabul ve reddi gibi kişiler arası ilişkilerin sonuçlarını, temel nedenlerini, etkilerini ve bazı değişkenlerini açıklar. Ebeveyn kabul-red kuramı, çocuğun anne-babası tarafından kabullenilmesi veya red edilmesinin çocuğun genel uyumu üzerindeki etkilerini araştırır (122).

Rohner'e göre kişiler çocukluklarında anne/babaları tarafından az ya da çok sıcaklık ve sevgi görür. Dolayısıyla tüm insanlar bir ucu sıcaklık, şefkat, kabul diğer ucu ise soğukluk ve reddeden oluşan bir uzantı üzerine yerleştirilir. Anne-baba tarafından kabul veya red edilmenin çocukların hem duygusal, davranışsal ve sosyal-bilişsel gelişimini hem de yetişkinlikteki psikolojik uyumlarını etkilediğini göstermiştir (123, 130).

Aile sevgisi, çocukların sağlıklı sosyal ve duygusal gelişiminin temelidir. Çocuklar dünyanın her yerinde ailelerinden ve bağlanma figürlerinden pozitif bir karşılık almaya ihtiyaç duyarlar. Çocukların bu ihtiyaçları memnuniyet verici şekilde karşılanmadığında, agresiflik, bağımlılık ya da savunmacı bağımsızlık, benlik saygısı

ve öz saygıda bozulma, emosyonel tepkisizlik ve emosyonel dengesizlik gibi sorunlar yaşanabilir (123).

Kuramın sıcaklık boyutu, ebeveynlerle çocuk arasındaki duygusal bağın kalitesi ile anne-babanın bu duygularını ifade etmekte kullandıkları fiziksel ve sözel davranışlar ile ilgilidir. Sıcaklık boyutun bir ucunda, anne-babanın çocuklarına karşı gösterdikleri sıcaklık, şefkat, bakım, ilgi, destek ya da kısaca sevginin ön plana çıktığı "kabul etme" vardır. Boyutun diğer ucunda, bu duygu ve davranışların olamadığı veya belirgin şekilde esirgendiği, bunun yanısıra, çocuğu inciten çeşitli fiziksel veya psikolojik davranış veya duyguların sergilendiği "red etme" vardır (123).

Kabul eden ana-baba, genellikle seven ana-baba olarak nitelenir. Ana-baba, yalnız çocuklarını değil, kendilerini de kabul ederlerse, o zaman sevgi daha da etkili demektir. Kabul etmeyi akıllıca ve kararınca yürüten bir ana-babanın, gerçekçi olması gerekir. Genellikle ana-baba isterse her şeyi yapabilir, sevgiyle, sabırla ve akılla bütün sorunlar çözülebilir inancı yaygındır (102).

Kabul etme ve reddetme davranışları çok kez iç içedir. Çocuğuna kendini yürekten adanmış bir ana-baba bile ilk bakışta reddediyor görünebilir. Ayrıca günlük hayatın baskısı ile bir çocuğun beklentilerini ya da yapabileceklerini sınırlayan, sınırlamak zorunda kalan bir ana-baba, çocuklarının gözünde çok kez reddeden bir ana-babadır. Bir çocuğu reddetmenin çeşitli yolları vardır. Korkusunu ya da okulda gördüğü kötü işleme aldırmama yoluyla da bir çocuğu reddetmek mümkündür. Bir çocuğa uslu durduğu, üstünü başını temiz tuttuğu ya da okulda başarılı olduğunda seveceğini söylemekte bir çeşit reddetmedir. İsteddiği birşeyi vererek onu susturmak ya da başınızdan defetmek için bir dediğini iki etmeyecek ve bu nedenle üstüne toz kondurmaktan kaçınarak da bir çocuğu reddedilebilir (102).

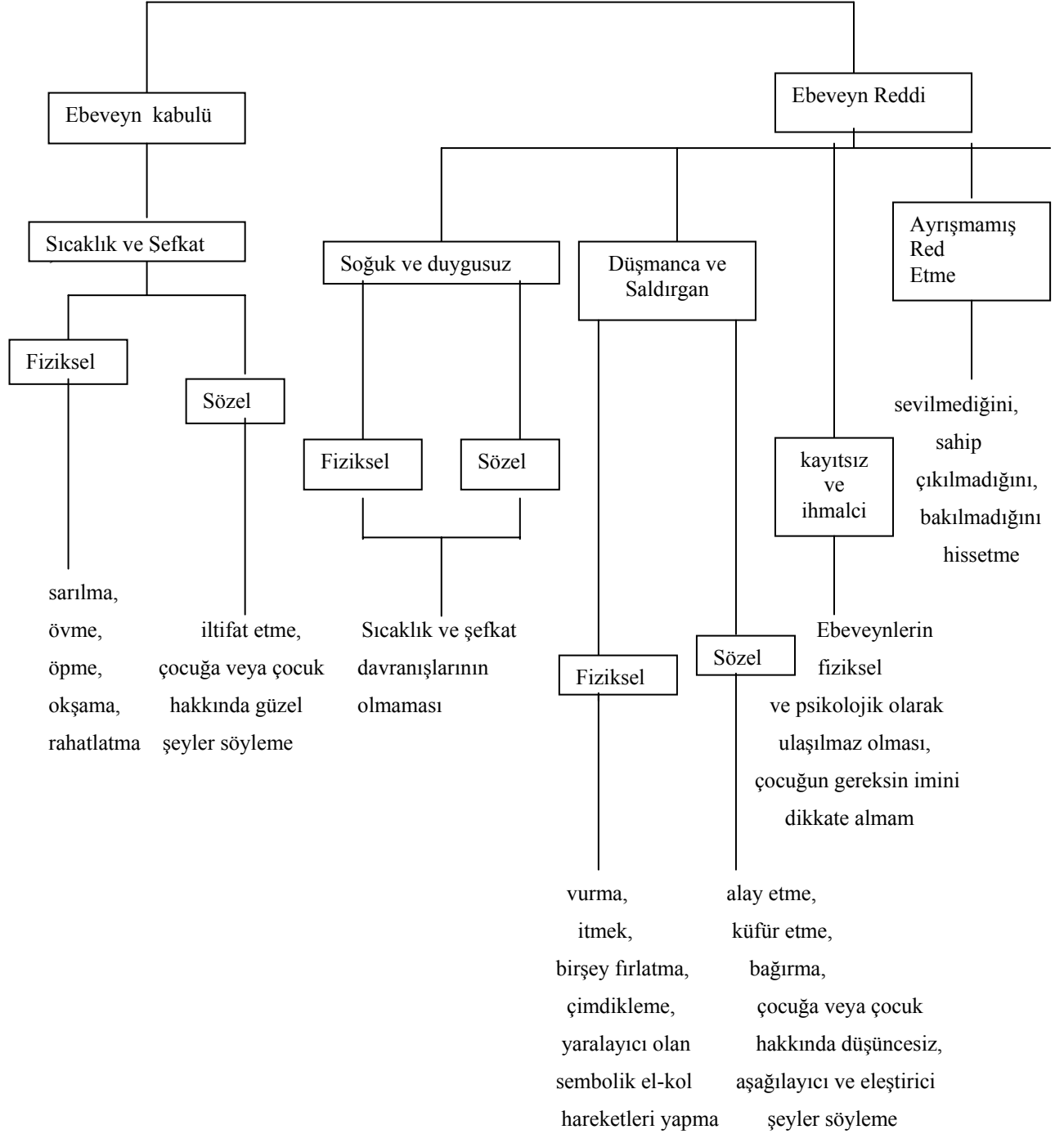
Ebeveyn kabul – red algısı çocuğun şuan ki ve gelecekteki yetişkin dönemindeki psikolojik uyumunu etkilediği yapılan birçok çalışma ile ortaya konulmuştur. Bu çalışmalara göre çocukluk dönemindeki psikolojik uyumun %26'sının ve yetişkinlik dönemindeki psikolojik uyumun %21' inin ebeveyn kabul – red durumundan kaynaklandığı bulunmuştur. Yetişkinlik dönemindeki psikolojik uyum, çocukluk döneminde anne-babaları tarafından kabul – reddedilen bireylerin durumu ile ilgilidir. Psikolojik uyumu, kişilerarası ilişkiler, sosyokültürel, davranışsal ve genetik faktörler etkilemektedir. Ancak psikolojik uyumda, şuan ya da çocuklukta yaşanmış ebeveyn kabul – red durumu etkisi hiçbir şekilde küçümsenemez (123).

Ebeveynleri tarafından reddedilmeyi yaşayan/algılayan çocuklarda, sevgisiz büyümenin getirdiği hayatın güçlükleri daha çok olacaktır. Güçsüz ve zayıf olduğu zamanlarda ihtiyacı olan koruma ve yardıma güvenemez, uzun zaman aç, bakımsız, öfkeli, korkulu, arkadaşsız ve yalnız kalabilirler (102).

Ebeveyn kabullünün sonuçları ise, çocuklar sevgi atmosferinde kendine güven ve kendini büyütenlere karşı bir inanç besleme gibi olumlu bir davranış kazanırlar. Böyle bir sevgi ve anlayış içinde büyüyen çocuk, bir çeşit özgürlük elde edecektir. Büyüme, girişkenlik, kendi değerlerini her zaman ispatlamak ve her zaman kendini korumak ihtiyacını hissetmeden yaşayacaktır. Duygularını açıklamakta kendini özgür hissedecektir (102).

Ebeveyn kabul-red kuramında, anne-babanın çocuğunu red etmesi, dört temel ifade yolunun herhangi bir kombinasyonu şeklinde ortaya çıkabilir.

AİLENİN SICAKLIK BOYUTU



Şekil I. Ailenin sıcaklık boyutu

Kaynak: Rohner, R.P., Khaleque, A., Cournoyer, E.D., (2006), Introduction to Parental Acceptance-Rejection Theory, Methods, Evidence, and Implication <http://www.cspar.uconn.edu/>

Ebeveyn Kabul-Red Kuramı, "kişilik", "başetme" ve "sosyokültürel" kuramlar olmak üzere, üç farklı alt kuramda beş temel soru soruyor (122) :

I. Kişilik Kuramı :

1. Anne-babası tarafından reddedilen çocuklara ne oluyor? Yani, anne-babası tarafından kabullenilen veya reddedilen çocuklar bu duruma nasıl bir tepki veriyor?
2. Anne-babası tarafından çocuklukta kabullenilmiş veya reddedilmiş yetişkinler, yetişkinlikte nasıl bir durumda oluyorlar? Yani, çocuklukta yaşanan red edilmenin etkileri yetişkinlik veya yaşlılık dönemine kadar sürüyor mu?

II. Baş etme Kuramı :

3. Anne-babası tarafından reddedilmiş bazı çocuk veya yetişkinler neden bu olumsuz durumla diğerlerine göre daha etkin bir şekilde başa çıkabiliyorlar?

III. Sosyokültürel Kuram:

4. Neden bazı anne-babalar çocuklarına karşı sıcak ve sevgi dolu bir şekilde yaklaşırken, diğer bazı anne-babalar çocuklarına karşı soğuk, ilgisiz hatta saldırgan olabiliyorlar? Anne ve babaların çocuklarına karşı olumlu veya olumsuz davranışlarında hangi psikolojik ve/veya toplumsal faktörler rol oynuyor?
5. Toplumun genel yapısı ve içinde yer alan bireylerin davranış ve inançları, çocuklukta yaşanan kabullenilme veya red edilme ile ne denli ilişkili?

I. Kişilik Alt Kuramı

Kişilik alt kuramı, ebeveyn kabul-reddinin çocuğunun kişilik gelişiminin şekillenmesinde hayatı boyunca derin etkisinin olduğunu savunur. Özellikle, bu alt teori, önemli kişilerin (anne-baba veya diğer önemli kişiler) olumlu tepkilerine olan duygusal ihtiyacın çocuklarda güçlü bir etkiye neden olduğunu varsayar. Çocuğun duygusal güvenliği ve gelişimi anne-babasıyla olan ilişkisinin niteliğine bağlı olduğu

için ebeveynler çocukların yaşamında çok özel bir yer tutuyor. Bundan dolayı ebeveyn kabul-red kuramı'nda çocuğun anne-babası tarafından kabullenilmesi veya red edilmesi, çocuğun kişilik gelişimi üzerinde her şeyden daha fazla etkili oluyor (122).

Özellikle bu alt kurama göre reddedilen çocuklar tedirgin ve güvensiz hissetmeye daha eğilimlidir. Bu durumda çocukta bağımlılık geliştirmeyi destekler. Red edilme kişilik üzerinde bağımlılığın yanısıra başka özelliklere de yol açmaktadır (122, 123);

1. Düşmanlık, saldırganlık, pasif saldırganlık veya düşmanlık ve saldırganlığın denetimiyle ilgili sorunlar
2. Duygusal tepkisizlik
3. Algılanan red edilme veya anne-baba denetiminin şekline, sıklığına, süresine ve yoğunluğuna bağlı olarak immatür bağımlılık veya savunucu bağımsızlık
4. Zedelenmiş z-saygı (self-esteem)
5. Zedelenmiş z-yeterlik (self-adequacy)
6. Duygusal tutarsızlık (instability)
7. Olumsuz dünya görüşü

Ebeveyn kabul-red kuramında zihinsel betimleme bireylerin geçmişteki ve şu andaki duygusal olarak önemli deneyimlerinden oluşan kendileri ve diğer önemli kişilerle ilgili çok ya da az tutarlı, fakat genellikle ima edilen inanç ve beklentilerini ifade eder. Bu kuram zihinsel betimlemelerin bireylerin hafızalarını, hatıralarını, algılarını, kişilerarası ilişkilerini ve davranışlarını etkileme eğiliminde olduğunu varsayar (122).

Anne-baba tarafından red edilmenin yol açabileceği tüm bu duygusal, davranışsal ve sosyal-bilişsel zararlardan dolayı, red edilmenin dünyanın her yerinde

ruhsal sağlık ile ilgili olduğu görülmüştür. Dünyanın çeşitli yerlerinde yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular, anne-baba tarafından red edilmenin, kişilikte yol açtığı örüntünün yanısıra, depresyon ve depresif duygulanım, davranım veya davranış sorunları ve alkol veya madde kötü kullanımıyla ilgili olabileceğini ortaya koymuştur (88).

II. Başetme Alt Kuramı

Amerika Birleşik Devlerinde ve dünyadaki çalışmalar ebeveyn kabul-reddinin varsaydığı- coğrafı yerleşim, ırk ve etnik kimliğe bakmazsınız- çocukların yaklaşık %80'inin genellikle ebeveyn reddinden olumsuz etkilenme eğiliminde olduğunu onaylar. Geriye kalan küçük bir bölüm olan %20 'si "başedenler" olarak nitelendirilir (122).

Ebeveyn Kabul-Red Kuramı'nda, anne-baba tarafından reddedilme ile ruhsal sağlık arasındaki ilişki çocukların yaşadıkları reddedilmenin sıklığı, yoğunluğu ve süresiyle doğru orantılı olarak zedeleneceği düşünülebilir (123).

Başaçıkma kuramına göre, problemlerle başa çıkanlar iki  eşitir; "duygusal başediciler" ve "araçsal başediciler" dir. Başa  ıkma kuramının esas üzerinde yoğunlaştığı, ciddi bir şekilde reddedici olan aileler tarafından yetiştirilmelerine rağmen yine de duygusal ve genel ruhsal sağlığı iyi olan "duygusal başediciler" dir. Diğer yanda, "araçsal başediciler", mesleklerinde veya işlerinde ve diğer iş yapmaya yönelik etkinliklerde başarılı olan ama duygusal ve ruhsal sağlığı zedelenmiş kişilerdir (123) .

Çocuklukta anne-baba tarafından red edilmenin sık görülen, olumsuz sonuçlarından biri de, duygusal başedicilerin durumunda bile, red edilmenin bir sonraki kuşağa aktarılmasıdır.

III. Sosyokültürel Sistemler Alt Kuramı

Sosyo-kültürel Sistemler Kuramı, anne-baba tarafından red edilmenin evrensel nedenleri üzerinde durmakta, red etmeyle ilgili sosyo-kültürel değişkenleri belirlemeye ve açıklamaya çalışmaktadır (123) .

Bazı değişkenlerin anne-babanın reddediciliğinde ortaya çıkan toplumlar-arası veya toplum-içi farklılaşmalarla tutarlı şekilde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Temel duygusal ilişkilerin ve sosyal desteğin sekteye uğraması durumunda ortaya çıkan şartlar, anne-babanın çocuğu red etmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Dolayısıyla, maddi açıdan sıkıntıda olan, sosyal ve duygusal destekten yoksun tek ebeveynler (genellikle anne), dünyanın her yerinde çocuklarından sevgi ve şefkatlerini geri çekmek konusunda daha yüksek bir risk taşırlar (123) .

Sosyokültürel sistemler alt kuramı, ebeveyn kabul ve reddinin içinde bulunulan toplumun kültüründen etkilendiği kadar bireylerin aile yapısı, sanatsal tercihleri ve meslek seçimleri gibi diğer birçok sosyokültürel ilişkilerle de bağlantılı olduğunu düşünmektedir (122).

Ebeveyn kabul-reddinin çocuğun kişiliği üzerine çok ciddi ve geri dönüşü olmayan etkileri nedeniyle çocuğun şu an ki ve gelecekteki yaşamı etkilenmektedir. Depresiflik, özsaygısı ve öz yeterlilikte bozulmalar, duygusal tutarsızlık ve olumsuz hayat görüşü gibi olumsuz kişilik özellikleri ölüm kaygısı ile negatif korelasyon gösterdiği bilinmektedir (2,3,31,74,131).

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerde ölüm kaygı düzeyini ve ölüm kaygısını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel, analitik ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2. 2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, sağlıklı ergenler için T.C Milli Eğitim Bakanlığına bağlı Suphi Koyuncuoğlu İlköğretim Okulu ve Lisesinde, Tip I diyabetli ergenler için İzmir, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi endokrin polikliniğinde, S.B. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi endokrin polikliniğinde ve S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi endokrin polikliniğinde uygulanmıştır. Kurumlardan gerekli izinler alınarak araştırma Ocak 2008- Ocak 2009 tarihleri arasında mesai saatleri içerisinde yürütülmüştür.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi endokrin polikliniği, çocuk endokrin alanında çalışan 3 öğretim üyesi, 2 uzman doktor, bir diyabet hemşiresi, psikolog ve diyet uzmanı ile hizmet vermektedir. Diyabet hemşiresi diyabetle ilgili çeşitli kongre, toplantı ve diyabet hemşireliği ile ilgili çeşitli kurslara katılmaktadır. Tip I diyabetli çocuk ve ergenler, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi endokrin polikliniğinden haftanın bir günü hastalığın tedavisi ve bakımında ve diğer konularda hizmet almaktadır.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi endokrin polikliniğinde Tip I diyabet tanısı almış tüm çocuk ve ergenlere tanı aldığı tarihten itibaren Tip I diyabet hastalığı, hastalığın biyopsikososyal etkileri ve hastalığa uyum konusunda diyabet

ekibi tarafından eğitimler yapılmaktadır. Poliklinikte, Tip I diyabetli çocuklarının ve ailelerinin diyabetle yaşam eğitimlerinin yürütüldüğü diyabet eğitim odası bulunmaktadır. Tip I diyabetli çocuklara ve ailelere verilen eğitimler teknolojik aletlerle ve randevulu olarak birebir yapılmaktadır. Diyabet eğitimleri ergenin ve ailesinin gereksinimi oldukça tekrarlanmaktadır. Aynı zamanda diyabet ekibi, poliklinikte hizmet alan tüm Tip I diyabetli çocukların ve ailelerinin birbirleri ile etkileşimini sağlayarak sosyal destek gruplarını desteklemektedir.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi endokrin diyabet ekibi tarafından Tip I diyabetli çocuk ve ergenlere yönelik akran grup paylaşımının sağlandığı “yaz diyabet kampları” düzenlenmektedir. Her yıl eğitim öğretim yılının sonunda Haziran- Temmuz ayları arasında düzenlenen 10 günlük diyabet yaz kamplarına ailelerin onayı ile okul çağı çocukları ve ergenler katılmaktadır. Diyabet yaz kamplarına çocuk endokrin alanında çalışan öğretim üyesi, uzman doktor, diyabet hemşiresi, psikolog, diyetisyen ve tıp ve hemşirelik intörn öğrencileri de katılmaktadır.

S.B. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi endokrin polikliniği, çocuk endokrin alanında çalışan bir öğretim üyesi ve bir uzman doktor, bir diyabet hemşiresi, psikolog ve diyet uzmanı ile hizmet vermektedir. Diyabet hemşiresi, diyabet hemşireliği sertifikasına sahip olup, aynı zamanda diyabetle ilgili çeşitli kongre, toplantı ve kurslara katılmaktadır. Tip I diyabetli çocuk ve ergenler S.B. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi endokrin polikliniğinden her ayın son haftası haftanın tüm günlerinde hastalığın tedavisi ve bakımı ve diğer konularda hizmet almaktadır.

S.B. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi endokrin polikliniğinde Tip I diyabet tanısı almış tüm çocuk ve ergenlere

tanı aldığı tarihten itibaren diyabet ekibi tarafından diyabet eğitimleri yapılmaktadır. Poliklinikte, diyabet eğitiminin yapıldığı ayrı bir eğitim odası bulunmamakta, eğitimler polikliniğin iç kısmında bulunan bir odada yapılmaktadır. Diyabet eğitimleri, ergen ve ailesine teke tek yüz yüze (teknolojik araçlar kullanılmadan) hastalık, tedavi ve biyopsikososyal etkileri konusunda yapılmaktadır. Tip I diyabetli ergen ve ailesinin gereksinimleri doğrultusunda diyabet eğitimleri tekrarlanmaktadır.

S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi endokrin polikliniği, çocuk endokrin alanında çalışan bir uzman doktor, bir diyabet hemşiresi, psikolog ve diyet uzmanı ile hizmet vermektedir. Diyabet hemşiresi, diyabet hemşireliği sertifikasına sahip olup, aynı zamanda diyabetle ilgili çeşitli kongre, toplantı ve kurslara katılmaktadır. Tip I diyabetli çocuk ve ergenler S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi endokrin polikliniğinden haftanın iki günü hastalığın tedavi ve bakımı ve diğer konularda hizmet almaktadır.

S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi endokrin polikliniğinde Tip I diyabet tanısı almış tüm çocuk ve ergenlere tanı aldığı tarihten itibaren diyabet ekibi tarafından diyabet eğitimleri yapılmaktadır. Poliklinikte, diyabet eğitiminin yapıldığı ayrı bir eğitim odası bulunmamakta, eğitimler polikliniğin iç kısmında bulunan bir odada yapılmaktadır. Diyabet eğitimleri ergen ve ailesine teke tek yüz yüze (teknolojik araçlar kullanılmadan) hastalık, tedavi ve biyopsikososyal etkileri konusunda yapılmaktadır. Tip I diyabetli ergen ve ailelerinin gereksinimleri doğrultusunda diyabet eğitimleri tekrarlanmaktadır.

S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve S.B. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi endokrin diyabet ekibi tarafından çocuklara ve ergenlere yönelik diyabet yaz kampları düzenlenmemektedir. Ancak bu kurumlardan Tip I diyabet tedavisi ve bakımı alan ergen ve çocuklar Ege

Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi endokrin diyabet ekibi tarafından düzenlenen diyabet yaz kamplarına katılabilmektedirler.

2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini Ocak 2008- Ocak 2009 tarihleri arasında İzmir iline bağlı hastanelerin çocuk endokrin polikliniklerinde takip edilen 12-18 yaş grubu Tip I diyabetli ergenler ve aileleri ve 2007-2008 Eğitim-Öğretim yılında T.C M.E.B bağlı Suphi Koyuncuoğlu İlköğretim Okulu ve Lisesinde öğrenim gören 12-18 yaş grubu sağlıklı ergenler ve aileleri oluşturmuştur.

2.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini, S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, S.B. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi endokrin polikliniğine Ocak 2008- Ocak 2009 tarihleri arasında başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden ve ulaşılabilen 12-18 yaş grubunda 125 Tip I diyabetli ergen ve ailesi ile 2007-2008 Eğitim-Öğretim yılında T.C M.E.B bağlı Suphi Koyuncuoğlu İlköğretim Okulu ve Lisesinde öğrenim gören ve basit örnekleme yöntemiyle seçilen 12-18 yaş grubunda 125 sağlıklı ergen ve ailesi oluşturmuştur.

Ancak veri girişi sırasında 31 sağlıklı ergenin verilerinin geçersiz olduğu saptanmış olması nedeniyle bu ergenler araştırma örnekleminin dışında bırakılmıştır.

Sağlıklı 94 ve Tip I diyabetli 125 ergenlerde ölüm kaygısı puan ortalamalarına göre 0,05 hata ve 0,72 power analizi ile testin gücünün yeterli olduğu saptanmıştır (107).

2.5 ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

2.5.1. Sosyodemografik Veri Formu:

Konuya ilişkin literatür bilgilerine dayanarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenler için hazırlanan Tanıtıcı Veri Formu (Ek-I), Aile Tanıtıcı Veri Formu (Ek II) ve Hastalık Bilgi Formu (Ek III) Sosyo-Demografik Veri Formunu oluşturmaktadır.

2.5.2. Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği (YÖKÖ) (Ek IV)

Ölçeğin ilk formu Templer' in 1970 yılında geliştirilmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği (Death Anxiety Scale) 'dir. Bu ölçek, ölümle ilgili farklı boyutların sorgulandığı toplam 15 maddelik ve doğru- yanlış cevaplama esasına dayanmaktadır (54).

Thorson ve Powell (1992) tarafından Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği esas alınarak ölüm kaygısını ölçmeye yönelik ölçme araçları yeniden incelenmiş ve Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği (Revised Death Anxiety Scale) oluşturulmuştur. Daha önce ki Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin sadece doğru-yanlış olarak cevaplanmanın ve kontrol amaçlı ters ifadelerinin yetersiz olduğu düşünülerek Thorson-Powell (1992) tarafından Ölüm Kaygısı Ölçeği revize edilmiştir (139).

Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği, 25 maddelik olup bunlardan 4, 10, 11, 13, 17, 21, 23. ve 25. maddeleri ters ifade içermektedir. Ölçek, “hiç katılmıyorum” dan “tamamen katlıyorum” a doğru giden beşli likert tipindedir. Ölçek puanlamasında, toplam puan arttıkça ölüm kaygısı artmaktadır ve ölçeğin herhangi bir kesme puanı yoktur. Ölçek maddeleri en az kaygı için 0 puan ve en yüksek kaygı için 4 puan olacak şekilde puanlanmıştır. Bu durumda toplam puan 0-100 arasında değişmektedir.

Ölçeğin Thorson ve Powell tarafından yapılan geçerlilik ve güvenirlilik çalışmasında cronbach's alpha .80 olarak bulunmuştur. Aynı zamanda ölçeğin faktör analizi sonucunda, “ölümle ilgili belirsizlik”, “acı çekme”, “ölüm süreci” ve “çürüme ve bozulma “ ile ilgili kaygılar olmak üzere toplam dört faktör tespit edilmiştir. (54).

Ens ve Bond tarafından yapılan diğer bir çalışmada da ölçeğin geçerlilik ve güvenirlilik çalışmasında cronbach's alpha .86 olarak bulunmuştur (47).

Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği yurt dışı çalışmalarda hemşirelik öğrencilerinde, ergenlerde, üniversite öğrencilerinde ve yetişkin bireylerde kullanılmıştır (1,6,47).

Thorson ve Powell tarafından geliştirilen “Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği” Yıldız ve Karaca (2001) tarafından 17-25 yaş gurubu için Türkçe'ye uyarlanmıştır. Yıldız ve Karaca (2001) tarafından yapılan çalışmada Cronbach's alpha katsayısı $\alpha=.84$, testi yarıya bölme tekniği ile hesaplanan güvenirlik katsayısı ise .73 olarak bulunmuştur (157).

“Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği”nin ergenlerdeki (12-18 yaş)güvenirlik ve geçerlilik çalışmaları Ak ve Conk tarafından yapılmış, ölçeğin Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.91, testi yarıya bölme tekniği ile hesaplanan güvenirlik katsayısı 0.91 bulunmuştur (7).

Araştırmamızda, Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin iç tutarlılık güvenirlilik katsayısı sağlıklı ergen grup için 0.94 ve Tip I diyabetli ergenlerin için 0.82 olarak bulunmuştur.

2.5.3. Sürekli Kaygı Ölçeği (Ek V)

Durumluluk ve Sürekli Kaygı (Stait Trait Anxiety Inventory(STAI)) seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından (1970)

geliştirilmiş olan ölçek her birinde 20' şer olmak üzere toplam 40 kısa ifadeden oluşan bir öz değerlendirme anketidir (109) . Literatüre dayanarak ölüm kaygısının durumluluk değil sürekli bir kaygı yarattığı düşünülmektedir (6,116). Bu nedenle araştırmada Sürekli Kaygı Ölçeği kullanılmıştır.

Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte (1997) tarafından yapılmıştır (109). Başlangıçta normal yetişkinlerde kaygı araştırma amacıyla geliştirilmiş ölçeğin sonraki denemelerde lise öğrencilerine, psikiyatrik bozukları ve fiziksel hastalıkları olan bireylere de uygun olduğu görülmüştür (34). Sürekli Kaygı Ölçeği, bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak genellikle neler hissettiğini betimlemesini gerektirir. Ölçekte ifade edilen duygu ve davranışlar şiddet derecesine göre;

(1) Hiç (2) Biraz (3) Çok (4) Her zaman

Seçeneklerinden birini işaretlemek suretiyle cevaplandırılır (109).

Ölçeğin orijinalinin test tekrar test güvenirliliği Pearson Momentler Çarpımı korelasyonuna göre, sürekli kaygı için .73 ile .86 arasında bulunmuştur. Türkçe formunda ise test tekrar testte Pearson Momentler Çarpımı korelasyonları .71 ile .86 arasındadır (109).

2.5.4- Ebeveyn Kabul-Red/Kontrol Ölçeği (Çocuk/Ergen) (Ek VI)

Ebeveyn Kabul-Red/Kontrol Ölçeği (EKRÖ/Kontrol) algılanan ebeveyn kabul-reddinin ve kontrol davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla 1978 yılında Rohner ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Toplam yetmiş üç madde olan ölçeğin altmış maddesi ebeveyn kabul-reddi ile ve on üç maddesi ebeveyn kontrol davranışları ile ilgilidir. EKRÖ dört alt ölçekten oluşmaktadır (123);

1. Sıcaklık alt ölçeği (20 madde)

Örnek: “Bana karşı yumuşak ve iyi kalplidir”.

2. Düşmanlık/Saldırganlık alt ölçeği (15 madde)

Örnek: “Bana bir sürü kırıcı şey söyler”.

3. İhmal ve kayıtsızlık alt ölçeği (15 madde)

Örnek: “Onu rahatsız etmediğim sürece benimle ilgilenmez”.

4. Ayrışmamış ret alt ölçeği (10 madde)

Örnek: “Benden hoşlanmıyor gibi”.

Kabul-red ile ilgili yukarıda açıklanan dört alt ölçeğin toplam puanı bireylerin “ebeveyni tarafından kabul edilme-reddedilme” algısını göstermektedir. Bu puanlar 60 ile 240 arasında değişmekte; 60 puan en yüksek düzeyde kabul algısını gösterirken, 240 puan en yüksek düzeyde red algısını göstermektedir.

“Dışarıya çıkacağım zaman, eve kesin olarak saat kaçta dönmem gerektiğini bana söyler” gibi ifadelerin yer aldığı ebeveyn kontrol davranışlarını ölçen ebeveyn kontrol ölçeğinin toplam puanı 13 ile 52 arasında değişmekte olup, yüksek puan yüksek kontrol algısı göstermektedir.

EKRÖ/Kontrol’de yer alan maddeler “hemen hemen her zaman doğru”, “bazen doğru”, “nadiren doğru”, “hiç bir zaman doğru değil” biçiminde dörtlü likert tipi bir ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. Değerlendirme bu yanıtlara sırasıyla 4, 3, 2, ve 1 puan verilerek yapılmaktadır.

EKRÖ/Kontrol’nün Çocuk/Ergen EKRÖ/Kontrol ve Yetişkin EKRÖ/Kontrol olmak üzere iki ayrı formu vardır. Her iki formda aynı maddeler yer almakta, ancak maddeler zaman kipi açısından farklılaşmaktadır. Çocuk/Ergen EKRÖ/Kontrol’nin maddeleri şimdiki zaman kipi ile yazılmışken (örneğin; “Beni başkalarına över”) Yetişkin EKRÖ/Kontrol’de aynı maddeler dili geçmiş zaman kipi ile yazılmıştır (örneğin; “Beni başkalarına överdi”). Çocuk/Ergen EKRÖ/Kontrol, 9-17 yaşlar arasındaki çocukların anne-babalarıyla ilişkilerinde “algıladıkları” kabul-reddi,

Yetişkin EKRÖ/Kontrol ise 17 yaş üstündeki bireylerin çocukluklarında algılamış oldukları ebeveyn kabul-reddini değerlendirmektedir. EKRÖ/Kontrol, anne ve baba için ayrı ayrı doldurulmaktadır. Baba ile ilişkide algılanmış olan kabul-reddin değerlendirildiği EKRÖ/Kontrol, "Baba EKRÖ/Kontrol", anne ile ilişkide algılanmış olan kabul-reddin değerlendirildiği EKRÖ/Kontrol ise, "Anne EKRÖ/Kontrol" olarak adlandırılmaktadır (123).

EKRÖ/Kontrol Ölçeği 26'dan fazla dile çevrilmiş ve yaklaşık 60 ülkede 230'dan fazla çalışmada kullanılmıştır. EKRÖ/Kontrol'nün çeşitli ülkelerde yapılmış geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu gösterilmiştir (122). Çocuk/Ergen EKRÖ'nin ülkemizdeki güvenirlik ve geçerlik çalışması Varan (2003) tarafından yapılmış ve elde edilen bulgular Çocuk/Ergen EKRÖ/Kontrol'nin ülkemizdeki çocukların algıladıkları ebeveyn kabul-reddini güvenilir ve geçerli bir şekilde değerlendirdiğini göstermiştir (143). Yaşları 9 ile 18 arasında değişen 1657 denekle (821 kız - 49.5%; 833 erkek - 50.3%) yapılan çalışmada Çocuk/Ergen EKRÖ/Kontrol'nün hem Anne hem de Baba formlarına ait alt ölçeklerin Cronbach Alpha iç-tutarlık katsayıları .82 ile .96 arasında değişmiştir. Her iki form içinde toplam iç-tutarlık katsayısı .96 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğini irdeleyen faktör analizi sonuçları da, Çocuk/Ergen EKRÖ/Kontrol'nün Anne ve Baba formlarının ülkemizdeki geçerliğini desteklemiştir. Uygulanan faktör analizlerinde maddeler öncelikle Rohner'in (1999) çalışmasında olduğu gibi, üç veya dört maddeden oluşan 16 küme haline getirilmiş ve faktör analizi bu 16 kümeye ait alt-puanlara (kümedeki maddelerin toplamı) uygulanmıştır. Uygulanan Oblimin Rotasyonu sonrasında 16 kümenin beklendiği gibi iki ayrı faktöre yüklendiği görülmüştür. Öz değerleri Anne formu için 8.83 ve 2.01, Baba formu için ise 9.18 ve 2.22 olan bu iki faktöre yüklenen kümeler

incelendiğinde, birinci faktör “Red”, ikinci faktör ise “Kabul” olarak isimlendirilmiştir. Bu iki faktörün açıkladığı toplam varyans Anne formu için %67.75, Baba formu için %71.24 olarak belirmiştir. Bu sonuçların ışığında Çocuk/Ergen EKRÖ/Kontrol ’nin Türk çocuklarının anne-babalarıyla ilişkide algılamış oldukları kabul-reddi ve kontrolü güvenilir ve geçerli bir şekilde değerlendirdiği sonucuna varılmıştır (143).

2.5.5. Ebeveynler İçin Templer’in Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKAYÖ) (Ek VII)

Templer’in 1970 yılında geliştirdiği ölümle ilgili farklı boyutların sorgulandığı toplam 15 soruluk bir ölçektir. Ölüme ilişkin olarak ortaya çıkan kaygı, korku, dehşet gibi duyguları dile getiren ifadelerden oluşan bu ölçek, birçok araştırmada kullanılmış ve halen de kullanılmaktadır. ÖKÖ Türkçe’ye çevirdikten sonra, görünüm geçerliği ve test-tekrar test teknikleriyle güvenilirlik ve geçerlik hesaplamaları yapılmış ve ÖKÖ için test-tekrar test tekniğiyle hesaplanan güvenilirlik katsayısı $r=.86$ ($p<.001$) olarak bulunmuştur (54) .

Ölçek orijinalinde doğru yanlış şeklindedir literatür incelemeleri sonucunda daha sağlıklı ölçüm olması açısından yedili likert tipine çevrilmiştir. Bu yedili likert yapısında ölçeğin puan dağılımı 7 ile 105 arasında değişmektedir. İşaretlenen “kararsızım” şıkkı adedi toplam soru adedi olan 15’ten düşülüp, kalan soru adedi ile toplam puan bölünerek ortalama puan elde edilir. Örneğin; kişi 3 adet kararsızım şıkkı işaretlemişse ve toplam puanda 60 ise, ortalama puan $60/12=5$ olarak hesaplanır. Templer ölçeğinin orijinalinde güvenilirlik katsayıları product-moment korelasyon katsayısı .83 ve Kuder Richardson Formula 20 katsayısı .76’dır (54).

2.6 VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Araştırmanın, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulu (Ek IX) ve Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu (Ek X) tarafından onaylanmasından ve İzmir İli Milli Eğitim Müdürlüğü ve hastanelerden uygulama için yazılı izinler alındıktan sonra araştırmanın verileri toplanmaya başlanmıştır.

Sağlıklı ergenler için İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü' den gerekli yazılı izin alındıktan sonra İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü' ne bağlı Suphi Koyuncuoğlu ilköğretim okulu ve lisesinde okul müdürü ile iletişime geçirilerek çalışmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra, basit rastgele örnekleme yöntemi ile, araştırma kapsamına alınacak ergenler için sınıflar seçildi. Daha sonra uygulama için belirlenmiş sınıflardaki ergenlere araştırma hakkında bilgi verildi, araştırmaya katılmayı kabul eden ergenlere veri toplama araçlarının kullanımı anlatılarak ergenlerden Sosyodemografik Veri formunu, Sürekli Kaygı Ölçeğini, Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeğini, Ebeveyn Kabul – Red/Kontrol Ölçeğini doldurmaları istendi. Ergenlerin veri toplama araçları ile ilgili olası sorularının yanıtlanabilmesi için uygulama süresince araştırmacı sınıfta bulundu. Ebeveynlerden toplanan veriler için veri toplama araçları (sosyo –demografik veri formu ve ölüm kaygısı ölçeği) zarf içerisinde ergenlerle birlikte ebeveynlere gönderildi ve zarfların geri dönüşleri sağlandı.

Araştırmanın evrenini oluşturan hastanelerden, gerekli yazılı izinler alındıktan sonra uygulama tarihleri arasında düzenli ziyaretler ile örnekleme grubunu oluşturan Tip I diyabetli ergenler ve ailelerine araştırmanın konusu ve amacı hakkında bilgi verildikten sonra, araştırmaya katılmayı kabul eden Tip I diyabetli ergenlerden ve ailelerinden veri toplama araçlarının doldurmaları istendi. Veri

toplama araçları Tip I diyabetli ergenlere ve ailelerine teke tek görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

2.7. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler: Araştırmaya katılan ergenlerin “Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği” puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: Ergenlerin sosyodemografik özellikleri (yaş,cinsiyet), ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, sosyosekonomik düzey) ve ebeveyn ölüm kaygısı puan ortalamaları, sağlık durumu, mutluluk düzeyleri, stres yaşama durumları, sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması, geçmiş ölüm deneyimleri, ölüm deneyimini yaşadığı kişilerin yakınlık derecesi, ebeveynleri ile ilişkileri, ebeveyn kabul-red/kontrol ölçeği puan ortalaması, hastalık özellikleri, hastalıkla ilgili algılar araştırmanın bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

2.8. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRME TEKNİKLERİ

Araştırmanın sonucunda elde edilen verilerin değerlendirmesi SPSS 16.0 for Windows (The Statistical Package for Social Sciences) programında yapılmıştır (107).

* Kategorik verilerde frekans dağılımları hesaplanmış çapraz tablo ve χ^2 analizleri yapılmıştır.

* Gruplarının homojenitesi için kategorik veri yapılarında ki-kare (Pearson Chi-Square) önemlilik testi, sürekli değişkenlerde student t testi yapılmıştır.

* Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği için puan ortalaması, standart sapma ve iç tutarlılık için Cronbach’s alpha katsayısı hesaplanmıştır.

* İki grup ortalamalarının karşılaştırmasında student t testi kullanılmıştır.

* Üç ve daha fazla grup ortalamalarının karşılaştırmasında varyans analizi (ANOVA) ve önemlilik durumunda Bonferroni testi yapılmıştır.

* İki faktörlü analizler için varyans analizi yapılmıştır. Etkileşim çıkması durumunda alt grup testleri, duruma göre student t testi veya varyans analizi yapılmıştır.

* Ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemede pearson korelasyon katsayısı hesaplanmış, önem kontrolü yapılmıştır.

* İstatistiksel olarak $p < 0.05$ olan değerler anlamlı kabul edilmiştir. Bulgularda istatistiksel anlamlılığı olan değerlerde anlamlılığın düzeyini belirtmek için p değeri doğrudan yazılmış.

2.9. SÜRE VE OLANAKLAR

TARİH							
Yapılan Çalışmalar	Ekim 2006 Mayıs 2007	Haziran 2007	Temmuz 2007	Ağustos- Aralık 2007	Ocak 2008- Ocak 2009	Şubat-Mart 2009	Nisan – Mayıs 2009
Literatür İnceleme ve Konu Seçimi							
Araştırma Deseninin Seçimi							
Tez Önerisi							
Düzeltilmelerin Yapılması- İzinlerin Alınması							
Veri Toplama Aşaması							
Verilerin Değerlendirilmesi -Analizi							
Literatür İnceleme							
Tez Yazımı							
Tez Savunma Sınavı : Temmuz 2009							

2.10. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ

* Araştırmaya başlamadan önce Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeğinin 12-18 yaş gurubu ergenler için Türkçe' ye çevrilip Türkiye' de uygulanması için ölçeği geliştiren yazar ile elektronik posta aracılığıyla iletişime geçilmiş ve gerekli uygulama izni yazılı olarak istenmiştir (Ek VIII).

* Araştırmada kullanılan ölçeklerle ilgili olarak sözel izinler alınmıştır.

* Araştırma, etik yönden uygunluğunun değerlendirilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulundan yazılı izin alınmıştır (Ek IX).

* Araştırmanın yapıldığı okullar ve hastanelerden gerekli kurumsal izinler yazılı olarak alınmıştır (Ek XI, Ek XII , Ek XIII , Ek XIV)

* Araştırma kapsamına alınan ergenlerden ve ailelerinden yazılı onam alınmıştır (Ek XVII).

BÖLÜM III

BULGULAR

Bulgular; ergenlere ve ebeveynlere ilişkin tanıtıcı bilgiler, ergenlerin ebeveynleri olan iletişimine ilişkin bulgular, ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamaları, ölümü düşünme sıklığı, ölüm deneyimi yaşama durumlarına ilişkin bulgular, Tip I diyabetli ergenlerin hastalık özellikleri ve ergenlerin ve ebeveynlerinin hastalıkla ilgili algılarına ilişkin bulgular ve bağımsız değişkinlerin bağımlı değişkenle ilişkisine ait bulgular olmak üzere beş başlık altında incelenmiştir.

3.1 ERGENLERE VE EBEVEYNLERE İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

Bu bölüm, sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ve ebeveynlerin tanıtıcı bilgileri olmak üzere iki başlık altında incelenmiştir.

3.1.1 Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

Bu bölümde; sağlıklı ve Tip diyabetli ergenlerin sosyo-demografik özelliklerine, mutluluk düzeylerine, son bir yıl içinde stres yaşama durumlarına ve sürekli kaygı puan ortalamalarına ilişkin verilerin dağılımı yer almaktadır.

Sağlıklı ve Tip diyabetli ergenlerin sosyo-demografik özelliklerinde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ailedeki çocuk sayısı ve kardeş sayısı incelenmiştir.

Tablo 1. Ergenlerin Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sağlıklı		Tip I Diyabetli	
Cinsiyet	Sayı	%	Sayı	%
Kız	59	62.8	65	52.0
Erkek	35	37.2	60	48.0
	$X^2= 2.532$		$p=0.130$	
Yaş				
12-14	39	41.5	56	44.8
15-16	39	41.5	49	39.2
17-18	16	17.0	20	16.0
	$X^2=0.240$		$p= 0.887$	
Yaş ortalaması	14.90± 1.32		14.87 ± 1.69	
	$t=0.158$		$p=0.875$	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	34	36.2	59	47.2
Lise	60	63.8	66	52.8
	$X^2=2.672$		$p= 0.129$	
Kardeş Sayısı				
Tek kardeş	15	16.0	13	10.4
İki kardeş	54	57.4	72	57.6
Üç kardeş	21	22.3	25	20.0
Dört ve üzeri kardeşi	4	4.3	15	12.0
	$X^2=5.146$		$p= 0.161$	
Ailedeki çocuk sırası				
1. çocuk	49	52.1	54	43.2
2. çocuk	36	38.3	50	40.0
3. çocuk	6	6.4	16	12.8
4. çocuk ve üzeri	3	3.2	5	4.0
	$X^2= 3.244$		$p= 0.355$	
TOPLAM	94	100.0	125	100.0

Araştırma kapsamına alınan ergenlerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de görülmektedir. Sağlıklı ergenlerin %62.8’si kız, %37.2’si erkek ve Tip I diyabetli ergenlerin ise %52.0’ı kız, %48.0’ı erkektir. Sağlıklı ergenlerin %41.5’i 12-14 yaş,

%41.5'i 15-16 yaş ve %17.0'ı 17-18 yaş grubunda olup yaş ortalaması 14.90 ± 1.32 'dir. Tip I diyabetli ergenlerin ise %44.8'si 12-14 yaş, %39.2'si 15-16 yaş ve %16.0'ı 17-18 yaş grubunda olup yaş ortalaması 14.87 ± 1.69 'dur.

Ergenlerin eğitim durumuna bakıldığında; sağlıklı grubun %36.2'si ilköğretim, %63.8'si ortaöğretim ve Tip I diyabetli grubun %47.2'si ilköğretim, %52.8'si ortaöğretim düzeyinde eğitim aldığı görülmüştür (Tablo 1).

Ergenler kardeş sayısı açısından incelendiğinde; sağlıklı ergenlerin %57.4'ü ve Tip I diyabetli ergenlerin %57.6'sı iki kardeştir. Sağlıklı ergenlerin %4.3'ü ve Tip I diyabetli ergenlerin %12.0'ü dört kardeş ve üzerindedir. Sağlıklı ergenlerin %52.1 ailede 1. çocuk, %38.3'ü 2. çocuktur. Tip I diyabetli ergenlerin ise %43.2'si ailede 1. çocuk ve %40.0'ı 2. çocuktur (Tablo 1).

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, kardeş sayısı ve ailede çocuk sırasına göre dağılımında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 1) . Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin sosyo-demografik özellikler açısından homojen olduğu görülmüştür.

Tablo 2. Ergenlerin Mutluluk Düzeyine Göre Dağılımı

Mutluluk Durumu	Sağlıklı		Tip I Diyabetli	
	Sayı	%	Sayı	%
Hiç mutlu değil	-	-	-	-
Biraz mutlu	15	16.0	13	10.4
Mutlu	34	36.2	48	38.4
Çok mutlu	30	31.9	47	37.6
Çok fazla mutlu	15	16.0	17	13.6
	$X^2 = 2.065$ $p=0.559$			
TOPLAM	94	100.0	125	100.0

Ergenlerin mutluluk düzeyleri incelendiğinde; sağlık ergenlerin %36.2'si mutlu, %31.9'u çok mutlu ve Tip I diyabetli ergenlerin %38.4'ü mutlu, %37.6'sı çok mutlu olduğu görülmüştür. Mutluluk düzeyi “biraz mutlu” (%16.0) ve “çok fazla mutlu” (%16.0) olan sağlıklı ergenlerin oranı aynı iken Tip I diyabetli ergenlerde bu mutluluk düzeyi oranları (biraz mutlu: %10.4, çok fazla mutlu: %13.6) birbirine yakındır Her iki grupta da hiç mutlu olmayan ergen bulunmamaktadır. Mutluluk düzeyi göre iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış ($p>0.05$), her iki grubun homojen olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3. Ergenlerin Son Bir Yıl İçinde Yoğun Stres Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı

Stres Yaşama Durumu	Sağlıklı		Tip I Diyabetli	
	Sayı	%	Sayı	%
Yaşayan	70	74.5	82	65.6
Yaşamayan	24	25.5	43	34.4
	$X^2=1.987$		$p=0.159$	
TOPLAM	94	100.0	125	100.0

Sağlıklı ergenlerin %74.5'i ve Tip I diyabetli ergenlerin %65.6'sı son bir yıl içerisinde yoğun stres yaşarken sağlıklı ergenlerin %25.5'i ve Tip I diyabetli ergenlerin %34.4'ü stres yaşamamıştır. Yoğun stres yaşama durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmış ($X^2=1.987$ $p=0.159$), grupların homojen olduğu görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 4. Ergenlerin Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ergenler	Sürekli Kaygı Ölçeği		
	n	$\bar{x}$	Sd
Sağlıklı	94	48.46	5.61
Tip I Diyabetli	125	47.98	5.88
	$t= 0.611$		$p= 0.542$

Sürekli kaygı ölçeği puan ortalamasının sağlıklı ergenlerde 48.46 ± 5.61 , Tip I diyabetli ergenlerde 47.98 ± 5.88 olduğu bulunmuştur. Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerde sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t= 0.611$ $p=5.542$) (Tablo 4).

3.1.2. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri

Bu bölümde ebeveynlerin yaş, eğitim durumu, sosyo-ekonomik düzey, sağlık güvencesi, medeni durum gibi sosyo-demografik özellikleri ile ebeveynlerin ölüm kaygısı puan ortalamaları yer almaktadır.

Tablo 5. Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sağlıklı		Tip I Diyabetli	
Anne Yaşı	Sayı	%	Sayı	%
30-39	43	45.7	63	50.4
40-49	44	46.8	55	44.0
50-59	7	7.4	7	5.6
	X²=0.620		p= 0.733	
Yaş ortalaması	41.02 ± 5,09		39.75 ± 5.25	
	t=1.791		p=0.075	
Baba yaşı				
30-39	12	12.8	29	23.2
40-49	63	67.0	78	62.4
50-59	19	20.2	18	14.4
	X² = 4.371		p= 0.112	
Yaş ortalaması	44.47 ± 4.52		43.70 ± 5.54	
	t=1.134		p=0.258	
TOPLAM	94	100.0	125	100.0

Tablo 5. 'nin Devamı

Özellikler	Sağlıklı		Tip I Diyabetli	
Anne eğitim durumu	Sayı	%	Sayı	%
İlkokul	34	40.5	85	68.0
Ortaokul	15	16.0	22	17.6
Lise	21	22.3	12	9.6
Üniversitesi	24	25.5	6	4.8
	$X^2=32.703$ $p< 0.001$			
Baba eğitim durumu				
İlkokul	24	25.6	64	51.2
Ortaokul	16	17.0	24	19.2
Lise	27	28.7	16	12.8
Üniversitesi	27	28.7	21	6.8
	$X^2=19.345$ $p< 0.001$			
Sosyo- ekonomik düzey				
Alt	37	39.4	85	68.0
Orta	32	34.0	30	24.0
Üst	25	26.6	10	8.0
	$X^2=21.419$ $p < 0.001$			
Medeni durum				
Evli	84	89.4	116	92.8
Boşanmış	7	7.4	5	4.0
Eşi ölmüş	3	3.2	4	3.2
	$X^2=1.233$ $p= 0.540$			
Sosyal güvence				
Emekli sandığı	31	33.0	24	19.2
SSK	46	48.9	71	56.8
Bağkur	10	10.6	14	11.2
Yeşilkart	7	7.4	16	12.8
	$X^2=6.156$ $p= 0.104$			
TOPLAM	94	100.0	125	100.0

Sağlıklı ergen grubu annelerin yaş ortalaması 41.02 ± 5.09 ve babaların yaş ortalaması 44.47 ± 4.52 'dir. Tip I diyabetli ergen grubu annelerin yaş ortalaması 39.75 ± 5.25 ve babaların yaş ortalaması 43.70 ± 5.54 'dir. Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin anne ve baba yaş ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla $t=1.791$ $p=0.075$, $t=1.134$ $p=0.258$) (Tablo 5).

Sağlıklı ergen grubundaki annelerin %40.5'i, babaların %25.6'i ilkokul mezunu ve annelerin %25.5'i, babaların %28.7'si üniversite mezunudur. Tip I diyabetli ergen grubundaki annelerin %68.0'ı, babaların %51.2'si ilkokul mezunu ve annelerin %4.8'si, babaların %6.8'si üniversite mezunudur.

Araştırma kapsamına alınan ailelerin sosyo-ekonomik düzeylerinin belirlenmesinde; anne ve baba eğitim durumu, ailenin aylık geliri, ailenin birlikte yaşadığı kişi sayısı, ailenin çocuk sayısı ve ailenin kendine ait ev, araba ve yazlığının olması gibi sosyo-ekonomik düzey ile ilişkili olan değişkenlerden oluşturulan bir indeks kullanılmıştır (Ek XVII). Sağlıklı ergenlerin %39.4'ü alt ve %26.6'sı üst sosyo-ekonomik düzeyde iken Tip I diyabetli ergenlerin %68.0'ı alt ve %8.0'ı üst sosyo-ekonomik düzeydedir. Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin anne ve baba eğitim durumuna ve sosyo-ekonomik düzeye göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (sırasıyla $X^2=32.703$ $p< 0.001$, $X^2=19.345$ $p< 0.001$, $X^2=21.419$ $p< 0.001$) (Tablo 5).

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ebeveynlerinin çoğu (sırasıyla %89.4 , %92.8) evlidir ve tüm ebeveynlerin sosyal güvencesi vardır. Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ebeveynlerinin medeni durumuna ve sosyal güvencesine göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (sırasıyla $X^2=1.233$ $p=0.540$, $X^2=6.156$ $p=0.104$) (Tablo 5)

Tablo 6. Ebeveynlerin Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ebeveynler	Ebeveynlerin Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ)		
	n	$\bar{x}$	Sd
Sağlıklı ergenlerin ebeveynleri	94	4.84	1.04
Tip I Diyabetli ergenlerin ebeveynleri	125	5.07	1.05
	t= -1.635 p= 0.103		

Sağlıklı ergen grubu ebeveynlerin ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması 4.84 ± 1.04 ve Tip I diyabetli ergen grubu ebeveynlerin ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması 5.07 ± 1.05 'tir. Ebeveyn ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamasına göre iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=-1.635$ $p=0.103$) (Tablo 6).

3.2. ERGENLERİN EBEVEYNLERİYLE OLAN İLETİŞİMİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ebeveynleri ile ilişkisi ve ebeveyn kabul-red/kontrol algısına ilişkin bulguların dağılımı yer almaktadır.

3.2.1. Ergenlerin Ebeveynleriyle İlişkisi

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin anne ve babaları ile ilişki düzeyine göre dağılımları incelenmiştir.

Tablo 7. Ergenlerin Anne İle İlişkisine Göre Dağılımı

Anne İle İlişki düzeyi	Sağlıklı		Tip I Diyabetli	
	Sayı	%	Sayı	%
Çok iyi	72	76.6	84	67.2
İyi	20	21.3	37	29.6
İyi değil	2	2.1	4	3.2
Hiç iyi değil	-	-	-	-
	X²=2.318 p=0.314			
TOPLAM	94	100.0	125	100.0

Ergenlerin anneleri ile olan ilişkisi incelendiğinde Tablo 7’de; sağlıklı ergenlerin %76.6’sının anneleri ile ilişkisi “çok iyi”, %21.3’sinin “iyi” düzeyde iken Tip I diyabetli ergenlerin %67.2’sinin anneleri ile ilişkisi “çok iyi”, %29.6’sının ‘iyi’ düzeydedir. Her iki grupta da anneleri ile ilişkisi iyi olmayan sağlıklı ergenlerin %2.1 ve Tip I diyabetli ergenlerin %3.2 olduğu görülmüştür. İki grup arasında anne ilişkisine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($X^2 = 2.318$ $p=0.314$) (Tablo 7).

Tablo 8. Ergenlerin Baba İle İlişkisine Göre Dağılımı

Baba İle İlişki düzeyi	Sağlıklı		Tip I Diyabetli	
	Sayı	%	Sayı	%
Çok iyi	57	60.6	72	57.6
İyi	27	28.7	46	36.8
İyi değil	10	10.6	7	5.6
Hiç iyi değil	-	-	-	-
	$X^2=2.889$		$p=0.236$	
TOPLAM	94	100.0	125	100.0

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin yarısından fazlasının (sırasıyla %60.6, %57.6) baba ilişkisinin “çok iyi” düzeyinde, sağlık ergenlerin %28.7’sinin ve Tip I diyabetli ergenlerin %36.8’sinin “iyi” düzeyde ve sağlık ergenlerin %10.6’sının ve Tip I diyabetli ergenlerin %5.6’sının “iyi değil” düzeyinde olduğu bulunmuştur. Grupların baba ilişkisine göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($X^2=2.889$ $p=0.236$) (Tablo 8).

3.2.2. Ergenlerin Ebeveyn Kabul-Red/Kontrol Algısı

Bu bölümde sağlıklı ve Tip I ergenlerin hem anneleri hem babaları için kabul-red ve kontrol algısı incelenmiştir.

Tablo 9. Ergenlerin Ebeveyn Kabul-Red/Kontrol Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ebeveyn Kabul-Red/Kontrol Ölçeği ve Alt boyutları	Madde Sayısı	ANNE				BABA			
		Sağlıklı		Tip I Diyabetli		Sağlıklı		Tip I Diyabetli	
		$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd
Sıcaklık alt boyutu	20	30.16	10.19	30.89	10.39	35.68	13.69	33.82	12.23
		t= - 0.517		p= 0.605		t= 1.056		p= 0.262	
Düşmanlık/Saldırganlık alt boyutu	15	23.98	7.56	23.56	7.67	25.59	9.42	22.14	7.45
		t= 0.402		p= 0.688		t= 2.926		p= 0.004	
İhmal ve kayıtsızlık alt boyutu	15	22.56	6.51	21.99	6.47	25.45	8.14	24.21	7.35
		t= 0.645		p= 0.519		t= 1.179		p= 0.240	
Ayrışmamış red alt boyutu	10	17.82	5.51	17.57	5.60	16.14	6.37	14.46	5.23
		t= 0.330		p= 0.741		t= 2.075		p= 0.039	
Kontrol Ölçeği Toplam Puan	13	35.71	5.54	36.60	6.20	35.54	6.62	35.80	7.30
		t= -1.096		p= 0.274		t= - 0.269		p= 0.789	
Ebeveyn Kabul-Red Ölçeği Toplam Puan	60	94.52	26.08	94.01	26.75	102.85	34.08	94.63	28.90
		t= 0.142		p= 0.887		t= 1.883		p= 0.061	

Tablo 9’da sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ebeveyn kabul-red/kontrol ölçeği alt boyutlarının ve toplam ölçek puan ortalamasının anne ve babasına göre dağılımı gösterilmektedir. Sağlıklı ergenlerin anne-EKRÖ/kontrol ölçeğinden **“sıcaklık”** alt boyutundan aldığı puan ortalaması 30.16 ± 10.19 iken Tip I diyabetli ergenlerin puan ortalaması 30.89 ± 10.39 ’dir. Ebeveyn kabul-red/kontrol ölçeği **“düşmanlık/saldırganlık”** alt boyutu için sağlıklı ergenlerin annelerine ilişkin puan ortalaması 23.98 ± 7.56 ve Tip I diyabetli ergenlerin puan ortalaması 23.56 ± 7.67 olarak saptanmıştır. Sağlıklı ergenlerin anne-EKRÖ/Kontrol ölçeği **“ihmal ve kayıtsızlık”** alt boyutu puan ortalaması 22.56 ± 6.51 iken Tip I diyabetli ergenlerin puan ortalaması 21.99 ± 6.47 ’dir. Ebeveyn kabul-red/kontrol ölçeği **“ayrışmamış red”** alt boyutu için sağlıklı ergenlerin annelerine ilişkin puan ortalaması 17.82 ± 5.51 ve Tip I diyabetli ergenlerin puan ortalaması 17.57 ± 5.60 olarak saptanmıştır. Sağlıklı ergenlerin anne-EKRÖ toplam puan ortalaması 94.52 ± 26.08 ve kontrol toplam puan ortalaması 35.71 ± 5.54 iken Tip I diyabetli ergenlerin puan ortalaması sırasıyla 94.01 ± 26.75 ve 36.60 ± 6.20 ‘dir. Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin annelerine ilişkin ebeveyn kabul-red/kontrol ölçeği toplam puan ortalamaları ve ölçek alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t= 0.142$ $p= 0.887$).

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ebeveyn kabul-red/kontrol ölçeği alt boyutlarının ve toplam ölçek puan ortalamalarının babalarına ilişkin dağılımı Tablo 9’da görülmektedir. Sağlıklı ergenlerin baba-EKRÖ/Kontrol ölçeği **“sıcaklık”** alt boyutundan aldığı puan ortalaması 35.68 ± 13.69 iken Tip I diyabetli ergenlerin puan ortalaması 33.82 ± 12.23 ’dir. Ebeveyn kabul-red/kontrol ölçeği **“düşmanlık/saldırganlık”** alt boyutu için sağlıklı ergenlerin babalarına ilişkin puan ortalaması 25.59 ± 9.42 ve Tip I diyabetli ergenlerin puan ortalaması 22.14 ± 7.45

olarak saptanmıştır. Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin baba-EKRÖ/Kontrol ölçeği **“düşmanlık/saldırganlık”** alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t= 2.926$ $p=0.004$). Sağlıklı ergenlerin baba-EKRÖ/Kontrol **“ihmal ve kayıtsızlık”** alt boyutu puan ortalaması 25.45 ± 8.14 iken Tip I diyabetli ergenlerin puan ortalaması 24.21 ± 7.35 'dir. Ebeveyn kabul-red/kontrol ölçeği **“ayrışmamış red”** alt boyutu için sağlıklı ergenlerin babalarına ilişkin puan ortalaması 16.14 ± 6.37 ve Tip I diyabetli ergenlerin puan ortalaması 14.46 ± 5.23 olarak saptanmıştır. Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin baba-EKRÖ/Kontrol ölçeği **“ayrışmamış red”** alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t= 2.075$ $p= 0.039$). Sağlıklı ergenlerin baba toplam EKRÖ puan ortalaması 102.85 ± 34.08 ve kontrol toplam puan ortalaması 35.54 ± 6.62 iken Tip I diyabetli ergenlerin toplam puan ortalaması sırasıyla 94.63 ± 28.90 ve 35.80 ± 7.30 'dir. Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin babalarına ilişkin ebeveyn kabul-red/kontrol ölçeği, “sıcaklık” ve “ihmal ve kayıtsızlık” alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t= 1.883$ $p= 0.061$).

3.3. ERGENLERİN ÖLÜM İLE İLGİLİ DENEYİMLERİ, ÖLÜMÜ DÜŞÜNME SIKLIKLARI VE ÖLÜM KAYGISI PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamaları ve ölçek maddelerine ilişkin madde puan ortalamaları ve standart sapmaları, ergenlerin geçmiş ölüm deneyimleri, kaybettikleri kişinin yakınlık derecesi ve ölümü düşünme sıklıklarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 10. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerde Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı

Maddeler	Sağlıklı (n:94)		Tip I Diyabetli (n:125)	
	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd
1- Ağrılı/acılı bir ölümden korkarım	3.18	1.16	2.90	1.32
2- Öbür dünyada ne olacağını bilmemek bana sıkıntı veriyor	2.30	1.42	1.90	1.44
3-Öldükten sonra bir daha asla düşünemeyeceğim fikri beni korkutuyor	2.01	1.46	1.44	1.38
4- Gömüldükten sonra vücuduma ne olacağı ile ilgili hiç kaygı yaşamıyorum	1.84	1.47	1.82	1.47
5-Tabutlardan huzursuz olurum	2.14	1.52	1.94	1.57
6-Öldükten sonra yaşamdaki işlerin kontrolünü kaybedeceğim düşüncesinden nefret ediyorum	2.11	1.41	1.46	1.45
7-Öldükten sonra tamamen hareketsiz kalınacak olması beni rahatsız ediyor	1.84	1.51	1.47	1.41
8- Ameliyat olma düşüncesi beni çok korkutuyor	1.95	1.48	2.03	1.31
9-Ölümden sonraki yaşam konusu beni çok rahatsız ediyor	1.63	1.40	1.60	1.39
10- Uzun ve yavaş sürececek bir ölümden korkmuyorum	2.27	1.44	1.94	1.53
11-Öldükten sonra bir tabutun içine konma düşüncesi beni rahatsız etmiyor	1.94	1.53	1.79	1.48
12-Öldükten sonra çaresiz kalacağım düşüncesinden nefret ediyorum	1.87	1.36	1.58	1.39
13-Ölümden sonra başka bir hayat olup olmadığıyla hiç ilgilenmiyorum	2.82	1.41	2.66	1.34
14-Öldükten sonra bir daha asla bir şey hissetmemek beni rahatsız ediyor	2.00	1.48	1.59	1.35
15- Ölümün acısından korkuyorum	2.22	1.54	2.30	1.44
16- Öldükten sonra yeni bir yaşamın başlamasını bekliyorum	2.60	1.32	2.56	1.28

Tablo 10 ‘nın devamı

Maddeler	Sağlıklı (n:94)		Tip I Diyabetli (n:125)	
	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd
17- (Öldükten sonra) Çaresiz durumda kalacağım diye hiç endişelenmiyorum	2.10	1.35	2.01	1.35
18-Öldükten sonra vücudumun mezarda çürüyeceği düşüncesi beni rahatsız ediyor	1.67	1.49	1.83	1.50
19-Öldükten sonra pek çok şeyi kaçıracağım duygusu beni rahatsız ediyor	2.09	1.59	1.77	1.37
20-Öldükten sonra bize ne olacağı konusunda endişeliyim	1.99	1.44	1.94	1.34
21-Her şeyin benim kontrolüm altında olup olmadığına pek aldırmiyorum	2.38	1.18	1.90	1.19
22-Ölümün insanı her şeyden tamamen ayırması bana korkutucu geliyor	2.28	1.43	2.07	1.44
23- Kanser olmaktan özel bir korku duymuyorum	2.51	1.46	1.97	1.51
24-Ölümümden sonra yapılması gerekenlerle ilgili detaylı talimatlar bırakacağım	2.03	1.23	1.66	1.30
25-Öldükten sonra vücuduma ne olacağından rahatsız olmuyorum	2.04	1.46	1.78	1.49
ÖLÇEK TOPLAM PUANI	53.84	19.49	47.90	15.27

Tablo 10’da ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği madde puan ortalamaları ve standart sapmaları, yer almaktadır. Sağlıklı ergenlerde yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği madde ortalaması en yüksek olan ilk üç madde sırasıyla, **“Ağrılı/acılı bir ölümden korkarım”** ifadesi ile madde 1 (3.18 ± 1.16), **“Ölümden sonra başka bir hayat olup olmadığıyla hiç ilgilenmiyorum”** ifadesi ile madde 13 (2.82 ± 1.41) ve **“Öldükten sonra yeni bir yaşamın başlamasını bekliyorum”** ifadesi ile madde 16 (2.60 ± 1.32) olduğu bulunmuştur. Tip I diyabetli ergenlerde de yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği madde ortalaması en yüksek olan ilk üç madde sağlıklı ergenlerde olduğu gibi madde 1 (2.90 ± 1.32), madde 13 (2.66 ± 1.34) ve madde 16 (2.56 ± 1.28) olduğu bulunmuştur (Tablo10).

Tablo 11. Ergenlerin Sağlık Durumuna Göre Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ergenler	Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği (YÖKÖ)		
	n	$\bar{x}$	Sd
Sağlıklı	94	53.84	19.49
Tip I Diyabetli	125	47.90	15.27
	t= 2.442 p= 0.016		

Yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması sağlıklı ergenlerde 53.84 ± 19.49 , Tip I diyabetli ergenlerde ise 47.90 ± 15.27 olduğu bulunmuştur. Sağlık durumuna göre ergenlerin YÖKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Tip I Diyabetli Ergenlerin Tedavi Bakım Aldıkları Hastanelere Göre Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Hastaneler	Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği (YÖKÖ)		
	n	$\bar{x}$	Sd
A hastanesi	44	47.22	16.42
B hastanesi	45	47.97	14.52
C hastanesi	36	48.63	15.09
	F= 0.084 p= 0.919		

Tablo 12’de Tip I diyabetli ergenlerin tedavi ve bakım aldıkları hastanelere göre ölüm kaygısı puan ortalmalarının yer almaktadır. Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalmalarının tedavi ve bakım aldıkları hastaneler göre (A hastane; 47.22 $\pm$ 16.42, B hastane; 47.97 $\pm$ 14.52 ve C hastanesi; 48.63 $\pm$ 15.09) farklılamadığı ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 13. Ergenlerin Ölüm Deneyimi Yaşama Durumuna Göre Dağılımı

Ölüm Deneyimi	Sağlıklı		Tip I Diyabetli	
	Sayı	%	Sayı	%
Yaşayan	67	71.3	71	56.8
Yaşamayan	27	28.7	54	43.2
	$X^2=4.112$		p=0.055	
TOPLAM	94	100.0	125	100.0

Sağlıklı ergenlerin %71.3’ü ve Tip I diyabetli ergenlerin %56.8’i ölüm deneyimi yaşarken, sağlıklı ergenlerin %28.7’si ve Tip I diyabetli ergenlerin %43.2’si ölüm deneyimi yaşamamıştır. Ölüm deneyimine göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlılık değerine oldukça yakın bulunmuştur ($X^2=4.112$ $p=0.055$) (Tablo 13).

Tablo 14. Ergenlerin Ölüm Deneyimi Yaşadığı Kişinin Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı

Yakınlık derecesi	Sağlıklı		Tip I Diyabetli	
	Sayı	%	Sayı	%
Baba ya da anne	6	9.0	8	11.3
Büyükanne- büyükbaba	37	55.2	31	43.7
Akraba	24	35.8	32	45.1
	$X^2 = 1.844$		$p = 0.398$	
TOPLAM	67*	100.0	71*	100.0

* Ölüm deneyimi yaşayanlar alınmıştır.

Tablo 14’de ölüm deneyimi yaşayan ergenlerin kaybettikleri kişinin yakınlık derecesine göre dağılımı yer almaktadır. Sağlıklı ergenlerin %55.2’si büyükanne-büyükbabasını, %35.8’si akrabasını ve %9.0 ‘u da baba ya da annesini kaybetmiştir. Tip I diyabetli ergenlerin %45.1’i akrabasını, %43.7’si büyükanne-büyükbabasını ve %11.8’si de baba yada annesini kaybetmiştir. Ergenlerin ölüm deneyimi yaşadığı kişinin yakınlık derecesine göre iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($X^2 = 1.844$ $p = 0.398$).

Tablo 15. Ergenlerin Ölümü Düşünme Sıklığına Göre Dağılımı

Ölümü Düşünme Sıklığı	Sağlıklı		Diyabetli	
	Sayı	%	Sayı	%
Hiç	15	16.0	25	20.0
Nadiren	22	23.4	40	32.0
Ara -sıra	36	38.3	46	36.8
Sık sık	17	18.1	9	7.2
Her zaman	4	4.3	5	4.0
	$X^2 = 7.276$		$p = 0.122$	
TOPLAM	94	100.0	125	100.0

Sağlıklı ergenlerin %38.3'ü ara-sıra, %23.4'ü nadiren, %18.1'i sık sık, %4.3'ü her zaman ölümü düşünürken %16.0'sı ölümü hiç düşünmemektedir. Tip I diyabetli ergenlerin ise %36.8'si ara-sıra, %32.0 'ı nadiren, %7.2'si sık sık ve %4.0'ı her zaman ölümü düşünürken %20'si hiç ölümü hiç düşünmemektedir. Ölümü düşünme sıklığına göre sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=7.276$ $p=0.122$) (Tablo 15).

3.4. TİP I DİYABETLİ ERGENLERİN HASTALIK ÖZELLİKLERİİNE VE ERGENLERLE EBEVEYNLERİN HASTALIKLA İLGİLİ ALGILARINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde; ergenlerin hastalık özelliklerine ve ergenlerle ebeveynlerin hastalıkla ilgili algılarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

3.4.1. Tip I Diyabetli Ergenlerin Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tip I diyabetli ergenlerin hastalık özellikleri olarak; tanı yılı, ilk tanı konulduğunda hastaneye geliş şekli, beslenme modeli, gün içerisindeki kan şekeri ölçüm sıklığı, hipoglisemi ve diyabetik ketoasidoz yaşama durumları ve diyabetik ketoasidoz ve hipoglisemi nedeniyle en son hastaneye yattığı zaman incelenmiştir.

Tablo 16. Tip I Diyabetli Ergenlerin Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

Hastalığa Ait Özellikler	Sayı	%
Tanı süresi		
1-5 yıl	68	54.4
6-10 yıl	29	39.2
11 yıl ve üstü	8	6.4
Tanı yılı ortalaması	5.46 ± 3.29	
Tanı konulduğunda hastaneye geliş şekli		
Komada	37	29.6
Kendinde ama ambulansla	11	8.8
Kendinde yürüyerek	77	61.6
Beslenme Modeli		
Karbonhidrat sayımı	26	20.8
Değişim listesi modeli	99	79.2
İnsülin tedavi şekli		
Kalem	115	92.0
Pompa	10	8.0
TOPLAM	125	100.0

Tablo 16 ‘ in devamı

Hastalığa Ait Özellikler	Sayı	%
Kan şekerinin gün içerisindeki ölçüm sıklığı		
Hiç	9	7.2
Bir kez	22	17.6
İki kez	40	32.0
Üç kez ve üzeri	54	43.2
Hipoglisemi yaşama durumu		
Hiç	52	41.6
1-5 kez	38	30.4
6-10 kez	17	13.6
11-20 kez	18	14.4
Diyabetik ketoasidoz yaşama durumu		
Hiç	95	76.0
1-3 kez	30	24.0
Diyabetik ketoasidoz ve hipoglisemi nedeniyle en son hastaneye yatma zamanı		
1-3 yıl önce	40	32.0
4-6 yıl önce	12	9.6
7-10 yıl önce	10	8.0
11 yıl ve üstü	63	50.4
TOPLAM	125	100.0

Tip I diyabetli ergenlerin hastalık özelliklerinin dağılımı Tablo 16’da yer almaktadır. Ergenlerin %54.4’ü 1-5 yıl, %39.2’si 6-10 yıl ve %6.4’ü 11 yıl ve üstü Tip I diyabet tanısına sahip olup tanı yılı ortalaması 5.46 ± 3.29 ’dur .

Tip I diyabetli ergenlerin yarıdan fazlası (%61.6) diyabet tanısı konulduğunda hastaneye bilinçli ve yürüyerek gelirken %29.6’sı koma durumunda hastaneye başvurmuştur. Tip I diyabetli ergenlerin %79.2’si “üç ana ve ara öğün” ve %20.8’sinin “karbonhidrat sayımı” beslenme modelinde beslendiği ve %92.0’ı insülin tedavisini kalem ve %8.0’ının pompa ile yaptığı bulunmuştur. Tip I diyabetli

ergenlerin %43.2'si gün içerisinde kan şekerini üç kez ve üzeri ölçerken %7.2'si kan şekerini hiç ölçmemektedir. Ergenlerin %30.4'ü 1-3 kez ve %41.6'sı hiç hipoglisemi yaşamamıştır. Ergenlerin %76.0'sı hiç diyabetik ketoasidoz yaşamazken %24.0'sı 1-3 kez yaşamıştır. Diyabetik ketoasidoz ve hipoglisemi nedeniyle ergenlerin %32.0'ı 1-3 yıl ve %50.4'ü 11 yıl ve üstü süreçte hastaneye yatmıştır (Tablo 16).

3.4.2. Tip I Diyabetli Ergenlerle Ebeveynlerin Hastalıkla İlgili Algılarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde ergenlerin ve ebeveynlerin hastalıkla ilgili algılarına ilişkin olarak; tedaviye uyum, gelecekteki hayallerini engelleyeceğini düşünme, hastalıktan etkilenme ve endişelenme durumları incelenmiştir.

Tip I diyabetli ergenlerle ebeveynlerin hastalıkla ilgili algılarına göre dağılımı Tablo 17' de görülmektedir.

Tip I diyabetli ergenlerin %60.0'ı tedaviye “çok uyumlu” ve %24.0'ı “uyumlu” iken %16.0'ı “uyumsuz” olduklarını ifade etmişlerdir. Ebeveynlerin çoğunluğu, Tip I diyabetli ergenlerin tedaviye uyumlu (%65.6) ve çok uyumlu (%16.0) olduğunu ifade etmiştir. Ebeveynlere göre Tip diyabetli ergenlerin %10.4'ü tedaviye uyumsuz ve %8.0'ı ise çok uyumsuzdur (Tablo 17)

Tip I diyabet hastalığından ergenlerin %44.0'ı olumsuz, %8.8'i çok olumsuz ve ebeveynlerin %40.8'si olumsuz, %47.2'si ise çok olumsuz etkilenmiştir. Hastalıktan hiç etkilenmeyen ergenler %32.8 iken ebeveynlerde bu oran %4.8'dir. Ergenlerin %14.4'ü ve ebeveynlerin %7.2 'si hastalıktan olumlu etkilenmiştir (Tablo 17).

Ergenlerin %39.2'si, ebeveynlerin %19.2'si hastalıkla ilgili biraz endişelidir. Ergenlerin %27.2'si ve ebeveynlerin %16.8 hastalıkla ilgili endişeli olduğu

bulunmuştur. Ebeveynlerin %30.4'ü ve ergenlerin %15.2'si hastalıkla ilgili çok endişelidir (Tablo 17).

Tip I diyabetli ergenlerin %43.2'si hastalığının gelecekteki hayallerini engelleyeceğini düşünürken %56.8'si gelecekteki hayallerinin engellenmeyeceğini düşünmektedir (Tablo 17).

Tablo 17. Tip I Diyabetli Ergenlerin ve Ebeveynlerin Hastalıkla İlgili Algılarına Göre Dağılımı

Hastalıkla İlgili Algılar	Tip I Diyabetli Ergen		Ebeveyn	
Tedaviye uyum	Sayı	%	Sayı	%
Çok uyumlu	30	24.0	20	16.0
Uyumlu	75	60.0	82	65.6
Uyumsuz	20	16.0	13	10.4
Çok uyumsuz	-	-	10	8.0
Hastalıktan etkilenme durumu				
Hiç etkilemedi	41	32.8	6	4.8
Çok olumsuz etkiledi	11	8.8	59	47.2
Olumsuz etkiledi	55	44.0	51	40.8
Olumlu etkiledi	18	14.4	9	7.2
Hastalıkla ilgili endişelenme durumu				
Hiç endişeli değil	23	18.4	14	11.2
Biraz endişeli	49	39.2	24	19.2
Endişeli	34	27.2	21	16.8
Çok endişeli	19	15.2	38	30.4
Çok fazla endişeli	-	-	28	22.4
Hastalığın gelecekteki hayallerini engelleyeceğini düşünme durumu				
Evet	54	43.2	-	-
Hayır	71	56.8	-	-
TOPLAM	125	100.0	125	100.0

3.5. BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİN BAĞIMLI DEĞİŞKENLE İLİŞKİSİ

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerde bağımsız değişkenlerle Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği (YÖKÖ) puan ortalaması arasındaki ilişki incelenmiştir.

Ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamaları ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla iki faktörlü analizler için varyans analizi yapıldı. Etkileşim çıkması durumunda alt grup testlerinde iki değişkenler için student t testi, üç ve daha fazla değişken için varyans analizi kullanılmıştır. Önemlilik durumunda Benforroni testi kullanılmıştır. Numerik veriler arasındaki ilişki pearson korelasyon katsayısı hesaplanarak önem kontrolü yapılmıştır. Tüm analizde istatistik önem düzeyi olarak 0.05 kabul edilmiştir (9,111,136).

3.5.1. Ergenlerin Tanıtıcı Özellikleri İle Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Bu bölümde; sağlıklı ve Tip diyabetli ergenlerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet ve eğitim durumu), mutluluk düzeyleri ve son bir yıl içinde stres yaşama durumları ile ölüm kaygısı puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Tablo 18. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları İle Yaş Arasındaki İlişki

Yaş	Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalaması								
	Sağlıklı			Tip I Diyabetli			TOPLAM		
	n	$\bar{x}$	Sd	n	$\bar{x}$	Sd	n	$\bar{x}$	Sd
12-14	39	49.08	21.98	56	48.45	15.77	95	48.71	18.46
15-16	39	59.21	17.49	49	47.41	14.72	88	52.64	16.96
17-18	16	52.38	14.88	20	47.60	15.88	36	49.72	15.41
TOPLAM	94	53.84	19.49	125	47.90	15.27	219	50.45	17.42
Kaynak	Kareler Ortalaması			F			p		
Yaş	475.657			5.016			0.199		
Sağlık durumu	1464.630			1.629			0.026		
Yaş* Sağlık durumu	702.295			2.405			0.093		

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarının yaşlara göre dağılımı Tablo 18’de verilmiştir. Sağlıklı 12-14 yaş grubundaki ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı puan ortalaması 49.08 ± 21.98 , 15-16 yaş grubundaki ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması 59.21 ± 17.49 ve 17-18 yaş grubundaki ergenlerin ise 52.38 ± 14.88 ’dir. Tip I diyabetli 12-14 yaş grubundaki ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı puan ortalaması 48.45 ± 15.77 , 15-16 ve 17-18 yaş grubundaki ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı puan ortalamaları (sırasıyla 47.41 ± 14.72 ve 47.60 ± 15.88) birbirine çok yakındır.

Yapılan istatistiksel değerlendirmede; sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($F=1.629$ $p=0.026$), yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=5.016$ $p=0.199$). Ergenlerin yenilenmiş ölüm

kaygısı ölçeği puan ortalamalarına göre sağlık durumu *yaş grupları arasında etkileşim olamadığı saptanmıştır (F=2.405 p=0.093) (Tablo 18).

Tablo 19. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları İle Cinsiyet Arasındaki İlişki

Cinsiyet	Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalaması								
	Sağlıklı			Tip I Diyabetli			TOPLAM		
	n	$\bar{x}$	Sd	n	$\bar{x}$	Sd	n	$\bar{x}$	Sd
Kız	59	59.34	19.65	65	53.22	14.11	124	56.13	17.18
Erkek	35	44.57	15.48	60	42.15	14.46	95	43.04	14.81
TOPLAM	94	53.84	19.49	125	47.90	15.27	219	50.45	17.42
Kaynak	Kareler Ortalaması			F			p		
Cinsiyet	8602.871			33.233			< 0.001		
Sağlık durumu	941.288			3.636			0.049		
Cinsiyet*Sağlık durumu	176.689			0.683			0.410		

Ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamasının cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde; yenilenmiş ölüm kaygısı puan ortalamaları sağlıklı kız ergenlerde 59.34 ± 19.65 ve erkek ergenlerde 44.57 ± 15.48 olarak bulunmuştur. Tip I diyabetli kız ergenlerde yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması 53.22 ± 14.11 iken erkeklerde 42.15 ± 14.46 'dir. Ergenlerin sağlık durumuna göre yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=3.636 p=0.049). Yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarının cinsiyetlere göre dağılımında her iki grupta da kız ergenlerdeki puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksek ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=33.233 p< 0.001) . Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarının cinsiyetlere göre dağılımı paralellik

göstermekte olup sağlık durumu ve cinsiyet arasında etkileşim bulunmamıştır (F=0.683 p=0.410) (Tablo 19).

Tablo 20. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları ile Mutluluk Düzeyi Arasındaki İlişki

Mutluluk Düzeyi	Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalaması								
	Sağlıklı			Tip I Diyabetli			TOPLAM		
	n	$\bar{x}$	Sd	n	$\bar{x}$	Sd	n	$\bar{x}$	Sd
Biraz mutluyum	15	54.40	20.43	13	51.62	16.16	28	53.11	18.29
Mutluyum	34	57.65	21.87	48	48.60	14.79	82	52.35	18.49
Çok mutluyum	30	52.43	16.43	47	48.02	14.84	77	49.74	15.53
Çok fazla mutluyum	15	47.47	18.36	17	42.76	17.14	32	44.97	17.59
TOPLAM	94	53.84	19.49	125	47.90	15.27	219	50.45	17.42
Kaynak	Kareler Ortalaması			F			p		
Mutluluk düzeyi	539.230			1.822			0.144		
Sağlık durumu	1172.791			3.963			0.048		
Mutluluk Düzeyi *	105.28			0.356			0.785		
Sağlık durumu									

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarının mutluluk düzeyine göre dağılımları incelendiğinde; sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=3.963 p= 0.048). Sağlıklı ergenlerin mutluluk düzeyine göre yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamaları; “biraz mutlu” olan ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması 54.40±20.43, “çok mutlu” olanların 52.43±16.43 ve “çok fazla mutlu” olanların 47.47±18.36’dır. Tip I diyabetli ergenlerin mutluluk düzeyine göre yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamaları ise “biraz mutlu” 51.62±16.16, “çok mutlu” 48.02±14.84 ve “çok fazla mutlu” 42.76±17.14’dır. Her iki ergen grubunda da yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarının mutluluk düzeyine göre dağılımları paralellik göstermekte olup

sağlık durumu *mutluluk düzeyi arasında etkileşim olmadığı saptanmıştır (F=0.356 p=0.785). Ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarının mutluluk düzeyine göre dağılımındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (F=1.822 p=0.144) (Tablo 20).

Tablo 21. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları ile Son Bir Yıl İçerisinde Yoğun Stres Yaşama Durumları Arasındaki İlişki

Stres Yaşama Durumu	Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalaması								
	Sağlıklı			Tip I Diyabetli			TOPLAM		
	n	$\bar{x}$	Sd	n	$\bar{x}$	Sd	n	$\bar{x}$	Sd
Yaşayan	70	54.90	18.56	82	48.72	15.61	152	51.57	17.25
Yaşamayan	24	50.75	22.12	43	46.35	14.65	67	47.93	17.65
TOPLAM	94	53.84	19.4	125	47.90	15.27	219	50.45	17.42
Kaynak	Kareler Ortalaması			F			p		
Stres yaşama durumu	465.182			1.568			0.212		
Sağlık durumu	1225.025			4.128			0.043		
Stres yaşama durumu * Sağlık durumu	34.638			0.117			0.733		

Tablo 21 'de sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarının son bir yıl içerisinde yoğun stres yaşama durumuna göre dağılımları görülmektedir. Sağlıklı ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı puan ortalaması son bir yıl içerisinde stres yaşayanlarda 54.90 ± 18.56 , stres yaşamayanlarda 50.75 ± 22.12 'dir. Tip I diyabetli ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması ise son bir yıl içerisinde stres yaşayanlarda 48.72 ± 15.61 , stres yaşamayanlarda 46.35 ± 14.65 'dir. Her iki grupta da YÖKÖ puan ortalaması stres yaşayanlarda daha yüksektir. Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin YÖKÖ puan

ortalamları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F=4.128$ $p=0.043$), stres yaşayan ve yaşamayan grup arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($F=1.568$ $p=0.212$). Stres yaşama * sağlık durumu arasında etkileşim olmadığı saptanmıştır ($F= 0.117$ $p=0.733$).

3.5.2. Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması Arasındaki İlişki

Bu bölümde; ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının anne ve baba yaşı ile ilişkisi, anne ve baba eğitim durumu ve sosyo-ekonomik düzeye göre dağılımı incelenmiştir.

Tablo 22. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları ile Anne Yaşı Arasındaki İlişki

Anne Yaşı	Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalaması								
	Sağlıklı			Tip I Diyabetli			TOPLAM		
	n	$\bar{x}$	Sd	n	$\bar{x}$	Sd	n	$\bar{x}$	Sd
30-39	43	55.63	18.32	63	46.17	15.14	106	50.01	17.07
40-49	44	52.39	20.59	55	48.51	15.15	99	50.23	17.78
50-59	7	52.00	21.41	7	58.71	14.52	14	55.36	17.92
TOPLAM	94	53.84	19.4	125	47.90	15.27	219	50.45	17.42
Kaynak	Kareler Ortalaması			F			p		
Anne Yaşı	148.280			0.501			0.606		
Sağlık durumu	119.686			0.405			0.525		
Anne Yaşı * Sağlık durumu	489.733			1.656			0.193		

Tablo 22 'de sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının anne yaşına göre dağılımı görülmektedir. Annelerinin yaşları 40-49 ve 50-59 yaş grubunda olan sağlıklı ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamaları eşittir (sırasıyla; 52.39 ± 20.59 , 52.00 ± 21.41) ve 30-39 yaş grubundaki ergenlerin ölüm

kaygısı puan ortalaması 55.63 ± 18.32 'dir. Annelerinin yaşları 30-39 ve 40-49 yaş grubunda olan sağlıklı ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamaları birbirine yakın (sırasıyla; 46.17 ± 15.14 , 48.51 ± 15.15) iken ve 50-59 yaş grubundaki ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması (58.71 ± 14.52) daha yüksektir. Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının anne yaşına göre dağılımındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=0.501$ $p=0.606$). Anne yaşı* sağlık durumu arasında etkileşim saptanmamıştır ($F=1.656$ $p=0.193$) (Tablo 22).

Tablo 23. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları ile Baba Yaşı Arasındaki İlişki

Baba Yaşı	Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalaması								
	Sağlıklı			Tip I Diyabetli			TOPLAM		
	n	$\bar{x}$	Sd	n	$\bar{x}$	Sd	n	$\bar{x}$	Sd
30-39	12	54.00	19.28	29	43.90	13.87	41	46.85	16.08
40-49	63	51.38	19.80	78	49.09	15.75	141	50.11	17.65
50-59	19	61.89	17.21	18	49.22	14.95	37	55.73	17.17
TOPLAM	94	53.84	19.49	125	47.90	15.27	219	50.45	17.42
Kaynak	Kareler Ortalaması			F			p		
Baba Yaşı	496.217			1.703			0.185		
Sağlık durumu	2467.103			8.469			0.004		
Baba Yaşı * Sağlık durumu	506.717			1.740			0.178		

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının anne yaşına göre dağılımı Tablo 23'de görülmektedir. Babalarının yaşları 30-39 olan sağlıklı ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması 54.00 ± 19.28 , 40-49 olanların 51.38 ± 19.80 ve 50-59 olanların 61.89 ± 17.21 'dir. Babalarının yaşları 30-39 olan Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması 43.90 ± 13.87 , 40-49 olanların

49.09±15.75 ve 50-59 olanların 49.22±14.95'dir. Ergenlerin sağlık durumuna göre ölüm kaygısı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (F=8.469 p=0.004), baba yaşına göre ölüm kaygısı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (F= 1.703 p=0.185). Baba yaşı* sağlık durumu arasında etkileşim saptanmamıştır (F= 1.740 p= 0.178). (Tablo 23)

Tablo 24. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamalarının Anne-Baba Eğitim Durumuna ve Sosyo-Ekonomik Düzeyine Göre Dağılımı

Anne eğitim durumu	Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalaması					
	Sağlıklı			Diyabetli		
	N	$\bar{x}$	SD	N	$\bar{x}$	SD
İlköğretim	34	50.50	17.02	85	49.22	14.34
Ortaokul	15	57.80	22.52	22	46.95	17.10
Lise	21	60.24	13.67	12	45.17	16.34
Üniversite	24	50.50	23.96	6	38.17	18.51
	F= 1.555 p= 0. 231			F= 1.187 p= 0. 318		
Baba eğitim durumu						
İlköğretim	24	51.42	17.52	64	51.08	13.86
Ortaokul	16	58.31	22.08	24	46.79	17.39
Lise	27	58.41	17.60	16	45.00	13.88
Üniversite	27	48.78	20.75	21	41.71	16.35
	F= 1.531 p= 0. 212			F= 2.384 p= 0. 073		

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenler grupları, anne-baba eğitim durumu ve sosyo-ekonomik düzey açısından homojen olmadığı için gruplar istatistiksel analizde ayrı ayrı ele alındı.

Tablo 24 'de sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının anne-baba eğitim durumu ve sosyo-ekonomik düzeye göre dağılımı görülmektedir. Anne eğitim durumu ilkokul olan sağlık ergenlerin ölüm kaygısı puan

ortalaması 50.50 ± 17.02 , ortaokul mezunu olanların 57.80 ± 22.52 , lise mezunu olanların 60.24 ± 13.67 ve üniversite mezunu olanların 50.50 ± 23.96 'dır. Anne eğitim durumuna göre sağlıklı ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı puan ortalamalarının dağılımındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=1.555$ $p=0.231$). Anne eğitim durumu ilkokul olan Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması 49.22 ± 14.34 , ortaokul mezunu olanların 46.95 ± 17.10 , lise mezunu olanların 45.17 ± 16.34 ve üniversite mezunu olanların 38.17 ± 18.51 'dir. Anne eğitim durumuna göre Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının dağılımındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=1.187$ $p=0.318$) (Tablo 24).

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının baba eğitim durumuna göre incelendiğinde; baba eğitim durumu ortaokul (58.31 ± 22.08) ve lise (58.41 ± 17.60) olan sağlık ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamaları eşit iken, ilkokul mezunu olanların 51.42 ± 17.52 , üniversite mezunu olanların 48.78 ± 20.75 'dir. Baba eğitim durumuna göre sağlıklı ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının dağılımındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=1.531$ $p=0.212$). Baba eğitim durumu ortaokul ve lise mezunu olan Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamaları (sırasıyla; 46.79 ± 17.39 , 45.00 ± 13.88) birbirine yakın iken, ilkokul mezunu olanların 51.08 ± 13.86 , üniversite mezunu olanların 41.71 ± 16.35 'dir. Baba eğitim durumuna göre Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının dağılımındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=2.384$ $p=0.073$) (Tablo 24).

Tablo 25 Ergenlerin Sosyo-Ekonomik Puanına Göre Düzeltilmiş Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması

Ergenler	YÖKÖ		Sosyo-Ekonomik Düzey Puanına Göre Düzeltilmiş YÖKÖ
	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$
Sağlıklı	53.84	19.49	54.50
Tip I Diyabetli	47.90	15.27	47.40
Kaynak	Kareler Ortalaması	F	p
Sosyo-Ekonomik düzey puanı	543.856	1.843	0.176
Sağlık durumu	2384.638	8.083	0.005

Sağlık ve Tip I diyabetli ergenlerin sosyo-ekonomik düzey puanlarına göre düzeltilmiş ölüm kaygısı puan ortalamaları incelendiğinde; sosyo-ekonomik düzey farklılıklarının etkisinin ortadan kaldırılmasıyla sağlıklı ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması 54.52 ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması 47.40'dır. Yapılan covaryans analizine göre, ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması üzerindeki sosyo-ekonomik düzey etkisi arındırıldığında sağlık durumunun ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması üzerindeki etkisinin anlamlı olduğu saptanmıştır (F=8.083 p<0.05) (Tablo 25).

3.5.3. Ergenlerin Ebeveyn İlişkisi İle Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Bu bölümde; sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin anne ve baba ilişkisi ile ölüm kaygısı puan ortalaması arasındaki ilişki incelenmiştir.

Tablo 26. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları ile Anne İlişkisi Arasındaki İlişki

Anne İle İlişki	Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalaması								
	Sağlıklı			Tip I Diyabetli			TOPLAM		
	n	$\bar{x}$	Sd	n	$\bar{x}$	Sd	n	$\bar{x}$	Sd
Çok iyi	72	53.33	19.76	84	47.74	15.59	156	50.32	17.80
İyi	20	55.35	19.12	37	48.27	15.11	57	50.75	16.81
İyi değil*	2	-	-	4	-	-	6	-	-
TOPLAM	92	53.77	19.54	121	47.90	15.38	213	50.44	17.50
Kaynak	Kareler Ortalaması			F			p		
Anne İle İlişki	63.184			0.209			0.648		
Sağlık durumu	1562.476			5.175			0.024		
Anne ile ilişki *	21.433			0.071			0.790		
Sağlık durumu									

* Anne ile ilişki düzeyi “iyi değil” grubu, denek sayısının yetersizliğinden dolayı ile analiz dışı tutulmuş.

Ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarının sağlık durumuna ve anne ilişkisine göre dağılımları incelendiğinde; Anne ilişkisi çok iyi olan sağlıklı ergenlerin YÖKÖ puan ortalaması 53.33 ± 19.76 iken anne ilişkisi iyi olanların ise 55.35 ± 19.12 olarak bulunmuştur. Tip I diyabetli anne ilişkisi çok iyi olan ergenlerin YÖKÖ puan ortalaması 47.74 ± 15.59 , anne ilişkisi iyi olanların 48.27 ± 15.11 'dir. Yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puanı için yapılan analiz sonucunda; sağlıklı ve Tip I diyabetli gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F= 5.175$ $p=0.024$). Anne ilişkisi çok iyi ve iyi olan gruplar arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=0.209$ $p=0.648$). Sağlık durumu * anne ilişkisi arasında etkileşim olmadığı saptanmıştır ($F=0.071$ $p=0.790$) (Tablo 26).

Tablo 27. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları ile Baba İlişkisi Arasındaki İlişki

Baba İle İlişki	Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalaması								
	Sağlıklı			Tip I Diyabetli			TOPLAM		
	n	$\bar{x}$	Sd	n	$\bar{x}$	Sd	n	$\bar{x}$	Sd
Çok iyi	57	52.72	19.39	72	47.57	15.93	129	49.84	17.66
İyi	27	53.56	21.61	46	47.07	13.62	73	49.47	17.16
İyi değil	10	61.00	13.14	7	56.86	17.92	17	59.29	14.89
TOPLAM	94	53.84	19.49	125	47.90	15.27	219	50.45	17.42
Kaynak	Kareler Ortalaması			F			p		
Baba İle İlişki	578.951			1.955			0.144		
Sağlık durumu	747.914			2.525			0.114		
Baba ile ilişki *	14.085			0.048			0.954		
Sağlık durumu									

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı puan ortalamalarının baba ilişkisine göre dağılımları incelendiğinde; sağlıklı ve baba ilişkisi çok iyi olan ergenlerin YÖKÖ puan ortalaması 52.72 ± 19.39 , baba ilişkisi iyi olmayanların 61.00 ± 13.14 olarak bulunmuştur. Tip I diyabetli ve baba ilişki çok iyi olan ergenlerin YÖKÖ puan ortalaması 47.57 ± 15.93 , baba ilişkisi iyi olmayanların 56.86 ± 17.92 olarak bulunmuştur. Baba ilişkisi çok iyi olan ergenlerin YÖKÖ puan ortalaması baba ilişkisi iyi olmayan gruba göre daha düşük bulunmuş, bu fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=1.955$ $p=0.144$). Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergen grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($F=2.525$ $p=0.114$). Sağlık durumu* baba ilişkisi arasında etkileşim saptanmamıştır ($F=0.048$ $p=0.954$) (Tablo 27).

3.5.4. Ergenlerin Ölüm İle İlgili Deneyimleri, Ölümü Düşünme Sıklıkları Ve Ebeveyn Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları ile Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Bu bölümde; ergenlerin ölüm ile ilgili deneyimleri, ölüm deneyimi yaşadığı kişinin yakınlık derecesi, ölümü düşünme sıklıkları ve ebeveyn ölüm kaygısı puan ortalamaları ile yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki incelenmiştir.

Tablo 28. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları ile Ölüm Deneyimi Yaşama Durumu Arasındaki İlişki

Ölüm Deneyimi Yaşama Durumu	Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalaması								
	Sağlıklı			Tip I Diyabetli			TOPLAM		
	n	$\bar{x}$	Sd	n	$\bar{x}$	Sd	n	$\bar{x}$	Sd
Yaşayan	67	54.78	19.77	71	48.70	15.77	138	51.65	18.02
Yaşamayan	27	51.52	18.94	54	46.85	14.66	81	48.41	16.25
TOPLAM	94	53.84	19.4	125	47.90	15.27	219	50.45	17.42
Kaynak	Kareler Ortalaması			F			P		
Ölüm deneyimi	308.777			1.038			0.309		
Sağlık durumu	1363.639			4.584			0.033		
Ölüm deneyimi* Sağlık durumu	23.351			0.078			0.780		

Tablo 28 'de sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarının ölüm deneyimi yaşama durumuna göre dağılımları görülmektedir. Sağlıklı ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı puan ortalaması ölüm deneyimi yaşayanlarda 54.78 ± 19.77 , ölüm deneyimi yaşamayanlarda 51.52 ± 18.94 'dir. Tip I diyabetli ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması ise ölüm deneyimi yaşayanlarda 48.70 ± 15.77 , ölüm deneyimi yaşamayanlarda 46.85 ± 14.66 'dir. Her iki grupta da YÖKÖ puan ortalaması ölüm deneyimi yaşayanlarda daha yüksektir ve Tip I diyabetli ergenlerde YÖKÖ puan ortalaması sağlıklı ergenden daha yüksektir.

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin YÖKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($F=4.584$ $p=0.033$), ölüm deneyimi yaşayan ve yaşamayan grup arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($F=1.038$ $p=0.309$). Ölüm deneyimi yaşama * sağlık durumu arasında etkileşim olmadığı saptanmıştır ($F= 0.078$ $p=0.780$).

Tablo 29. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları ile Ölüm Deneyimi Yaşadığı Kişinin Yakınlık Derecesi Arasındaki İlişki

Yakınlık Derecesi	Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalaması								
	Sağlıklı			Tip I Diyabetli			TOPLAM		
	n	$\bar{x}$	Sd	n	$\bar{x}$	Sd	n	$\bar{x}$	Sd
Baba ya da anne	6	55.00	20.83	8	44.75	14.53	14	49.14	17.56
Büyükanne- büyükbaba	37	57.46	20.99	31	46.39	16.53	68	52.41	19.75
Akraba	24	50.58	17.55	32	51.94	15.13	56	51.36	16.07
TOPLAM	67	54.78	19.77	71	48.70	15.77	138	51.65	18.02
Kaynak	Kareler Ortalaması			F			P		
Yakınlık derecesi	25.552			0.080			0.923		
Sağlık durumu	940.690			2.963			0.088		
Yakınlık derecesi *	618.809			1.949			0.146		
Sağlık durumu									

Ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamasının ölüm deneyimi yaşadığı kişinin yakınlık derecesine göre dağılımı Tablo 25’de verilmiştir. Sağlıklı ergenlerde baba ya da anne ölüm deneyimi yaşayanların YÖKÖ puan ortalamasının 55.00 ± 20.83 , büyükanne-büyükbaba ölüm deneyimi yaşayanların 57.46 ± 20.99 ve akraba ölüm deneyimi yaşayanların 50.58 ± 17.55 olduğu bulunmuştur. Tip I diyabetli ergenlerde baba ya da anne ölüm deneyimi yaşayanların YÖKÖ puan ortalamasının 44.75 ± 14.53 , büyükanne-büyükbaba ölüm deneyimi yaşayanların 46.39 ± 16.53 ve

akraba ölüm deneyimi yaşayanların 51.94 ± 15.13 olduğu bulunmuştur. Ölüm deneyimi yaşanan kişinin yakınlık derecesine göre ergenlerin YÖKÖ puan ortalamasındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=0.080$ $p=0.923$). Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergen gruplarının YÖKÖ puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=2.963$ $p=0.080$). Sağlık durumu* yakınlık derecesi arasında etkileşim saptanmamıştır ($F=1.949$ $p=0.146$) (Tablo 29).

Tablo 30. Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları ile Ölümü Düşünme Sıklığı Arasındaki İlişki

Ölümü Düşünme Sıklığı	Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği Puan Ortalaması								
	Sağlıklı			Tip I Diyabetli			TOPLAM		
	n	$\bar{x}$	Sd	n	$\bar{x}$	Sd	n	$\bar{x}$	Sd
Hiç	15	44.80	19.56	25	39.96	14.67	40	41.78	16.59
Nadiren	22	47.41	16.64	40	48.68	15.74	62	48.23	15.94
Ara -sıra	36	56.67	18.32	46	50.41	13.78	82	53.16	16.13
Sık sık	17	62.00	19.55	9	51.33	17.24	26	58.31	19.14
Her zaman	4	63.00	28.36	5	52.20	16.30	9	57.00	21.61
TOPLAM	94	53.84	19.49	125	47.90	15.27	219	50.45	17.42
Kaynak	Kareler Ortalaması			F			P		
Ölümü düşünme	1226.189			4.397			0.002		
Sağlık durumu	1156.827			4.148			0.043		
Ölümü düşünme sıklığı * Sağlık durumu	211.521			0.758			0.553		

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarının ölümü düşünme sıklığına göre dağılımları incelendiğinde; sağlıklı ergenlerin ölümü düşünme sıklığına göre yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamaları; “sık sık düşünme” 62.00 ± 19.55 , “ara-sıra düşünme” 56.67 ± 18.32 , ve “hiç düşünmeme” 44.80 ± 19.56 ’dır. Tip I diyabetli ergenlerin ölümü düşünme sıklığına göre

yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamaları ise “sık sık düşünme” 51.33 ± 17.24 , “ara-sıra düşünme” 50.4 ± 13.78 , ve “hiç düşünmeme” 39.96 ± 14.67 ’dir. Ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarının ölümü düşünme sıklığına göre dağılımındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=4.397$ $p=0.002$) ve bu farkın yapılan Benforroni testi sonucuna göre ölümü hiç düşünmeyen grup ile ölümü ara-sıra ve sık sık düşünen gruplar ile olan farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Her iki ergen grubunda da yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarının ölümü düşünme sıklığına göre dağılımları paralellik göstermekte olup sağlık durumu * ölümü düşünme sıklığı arasında etkileşim olmadığı saptanmıştır ($F=0.758$ $p=0.553$). Sağlık durumuna göre ergenlerin ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması sağlıklı ergenlerde daha yüksek bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=4.148$ $p=0.043$). (Tablo 30).

3.5.5. Ebeveyn Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması, Ergenlerin Sürekli Kaygı Puan Ortalaması ve Ebeveyn Kabul-Red/ Kontrol Algısı Puan Ortalaması ile Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması Arasındaki İlişki

Bu bölümde; Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı ile sürekli kaygı, ebeveyn kabul-red/kontrol algısı ve ebeveyninin ölüm kaygısı arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Tablo 31. Sağlıklı Ergenlerde Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Diğer Ölçekler İle Korelasyonu

Değişkenler	1	2	3	4	5	6
Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği (YÖKÖ)	-					
Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ)	0,28**					
Ebeveyn Kabul-Red Ölçeği (Anne-EKRÖ)	-0,03	-0,09				
EKRÖ -Kontrol Boyutu (Anne)	0,04	0,11	0,12			
Ebeveyn Kabul-Red Ölçeği (Baba-EKRÖ)	0,16	-0,08	0,58**	0,16		
EKRÖ-Kontrol boyutu (Baba)	-0,06	-0,05	0,02	0,47**	-0,05	
Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ)-Ebeveyn	0,04	0,06	0,18	0,03	0,06	0,14

****p<0.01**

Sağlıklı ergenlerin YÖKÖ puan ortalaması ile Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı ve pozitif ($r=0.28$ $p < 0.01$), anne EKRÖ puan ortalaması ile baba EKRÖ puan ortalaması arasında anlamlı, orta düzeyde pozitif ($r=0.58$ $p < 0.01$) ve anne EKRÖ kontrol boyutu puan ortalaması ile baba EKRÖ kontrol boyutu puan ortalaması arasında anlamlı ve pozitif bir ($r=0.47$ $p < 0.01$) ilişki olduğu saptanmıştır. Sağlıklı ergenlerin YÖKÖ puan ortalaması ile ebeveynlerin ÖKÖ puan ortalaması arasında ilişki saptanmamıştır ($r=0,04$ $p > 0.05$) (Tablo 31).

Tablo 32. Tip I Diyabetli Ergenlerde Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Diğer Ölçeklerle Korelasyonu

Değişkenler	1	2	3	4	5	6
Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği (YÖKÖ)						
Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ)	0.33**					
Ebeveyn Kabul-Red Ölçeği (Anne-EKRÖ)	0.04	-0.06				
Kontrol Alt Ölçeği (Anne)	0.20**	0.20*	0.18*			
Ebeveyn Kabul-Red Ölçeği (Baba-EKRÖ)	0.04	0.06	0.33**	0.03		
Kontrol Alt Ölçeği (Baba)	0.13	0.12	0.03	0.60**	-0.05	
Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ)-Ebeveyn	0.01	-0.05	0.10	-0.09	0.12	-0.08

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

Tip I diyabetli ergenlerin YÖKÖ puan ortalaması ile Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalaması ($r=0.33$ $p < 0.01$) ve anne EKRÖ kontrol alt ölçeği puan ortalaması ($r=0.20$ $p < 0.01$) arasında anlamlı ve pozitif ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 32).

Tip I diyabetli ergenlerin anne EKRÖ kontrol alt ölçeği puan ortalaması ile Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalaması ($r=0.20$ $p < 0.05$), anne EKRÖ puan ortalaması arasında anlamlı ve pozitif ($r=0.18$ $p < 0.05$), baba EKRÖ kontrol boyutu puan ortalaması arasında anlamlı orta düzeyde pozitif ($r=0.60$ $p < 0.01$) bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 32).

Tip I diyabetli ergenlerin anne EKRÖ ölçeği puan ortalaması ile baba EKRÖ ölçeği puan ortalaması ($r=0.20$ $p < 0.05$) arasında anlamlı ve pozitif ($r=0.33$ $p < 0.01$) bir korelasyon olduğu saptanmıştır (Tablo 32).

Tip I diyabetli ergenlerin YÖKÖ puan ortalaması ile ebeveynlerin ÖKÖ puan ortalaması arasında ilişki saptanmamıştır ($r=0,01$ $p>0.05$) (Tablo 32).

3.5.6. Tip I Diyabetli Ergenlerin Hastalık Özellikleri ve Hastalıkla İlgili Algıları ile Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Bu bölümde; Tip I diyabetli ergenlerin hastalık özellikleri ve hastalıkla ilgili algıları ve ebeveynlerin Tip I diyabetli ergenin hastalığı ilgili algıları ile ölüm kaygısı puan ortalamalarının dağılımı incelenmiştir.

Tablo 33. Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamasının Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

Hastalık Özellikleri	YÖKÖ Puan Ortalaması		
Tanı süresi	N	$\bar{x}$	SD
1-5 yıl	68	47.29	16.18
6-10 yıl	49	50.71	13.81
11 yıl ve üstü	8	35.88	9.50
	F= 3.502 p= 0.033		
Tanı konulduğunda hastaneye geliş şekli			
Komada	37	49.76	14.45
Kendinde ama ambulansla	11	47.82	12.22
Kendinde yürüyerek	77	47.03	16.10
	F= 0.396 p= 0.674		
Beslenme Modeli			
Karbonhidrat sayımı	26	45.27	13.86
Değişim Listesi modeli	99	48.60	15.61
	t= -0.989 p= 0.325		
İnsülin tedavi şekli			
Kalem	115	48.38	14.84
Pompa	10	42.40	19.64
	t= 1.190 p= 0.236		
TOPLAM	125	47.90	15.27

Tablo 33'nun Devamı

Hastalık Özellikleri	YÖKÖ Puan Ortalaması		
Kan şekerinin gün içerisindeki ölçüm sıklığı	n	$\bar{x}$	Sd
Hiç	9	43.78	10.25
Bir kez	20	50.55	17.03
İki kez	40	45.63	13.79
Üç kez ve üzeri	54	49.20	16.22
	F= 0.863 p= 0.462		
Diyabetik ketoasidoz yaşama durumu			
Hiç	95	47.74	15.47
1-3 kez	30	48.43	14.84
	t= -0.217 p= 0.829		
Hipoglisemi yaşama durumu			
Hiç	52	47.67	14.19
1-5 kez	38	49.29	16.51
6-10 kez	17	45.94	17.58
11-20 kez	18	47.50	14.25
	F= 0.202 p= 0.895		
Diyabetik ketoasidoz ve hipoglisemi nedeniyle en son hastaneye yatma zamanı			
1-3 yıl önce	40	50.35	13.88
4-6 yıl önce	12	49.25	17.25
7-10 yıl önce	10	46.00	13.94
11 yıl üstü	63	46.40	16.00
	F= 0.624 p= 0.601		

Tip I diyabetli ergenlerin hastalık özelliklerine göre yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması incelendiğinde; Tip I diyabetli ergenlerin tanı süresi 1-5 yıl olan ergenlerin YÖKÖ puan ortalaması 47.29 ± 16.18 , 6-10 yıl olan ergenlerin 50.71 ± 13.81 ve 11 yıl ve üstü olan ergenlerin 35.88 ± 9.50 olarak saptanmıştır. Tip I diyabetli ergenlerin tanı süresine göre YÖKÖ puan ortalaması dağılımındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=3.502$ $p=0.033$). Yapılan Benforroni testi sonucuna göre

bu farkın tanı süresi 11 yıl ve üstü ile 6-10 yıl olan gruplar arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür. (Tablo 33).

Tip I diyabetli ergenlerin YÖKÖ puan ortalamasının tanı konulduğunda hastaneye geliş şekline göre dağılımlarına bakıldığında; komada gelenlerin puan ortalaması 49.76 ± 14.45 , kendinde ama ambulansla gelenlerin 47.82 ± 12.22 ve kendinde ve yürüyerek gelenlerin 47.03 ± 16.10 'dur. YÖKÖ puan ortalaması tanı konulduğunda komada hastaneye gelen ergenlerin diğer gruplara göre daha yüksektir, fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=0.396$ $p=0.674$) (Tablo 33).

Tip I diyabetli ergenlerin beslenme modeline göre YÖKÖ puan ortalamaları incelendiğinde, beslenme modelinde karbonhidrat sayımı yaparak beslenen Tip I diyabetli ergenlerin YÖKÖ puan ortalaması 45.27 ± 13.86 , üç ana ve ara öğünler beslenme modeli ile beslenen ergenlerin ise 48.60 ± 15.61 olarak bulunmuştur. Tip I diyabetli ergenlerin beslenme modeline göre YÖKÖ puan ortalamalarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=-0.989$ $p=0.325$) (Tablo 33).

Tip I diyabetli ergenlerin insülin tedavi şekline göre YÖKÖ puan ortalamaları incelendiğinde, insülin tedavisini kalem ile alan Tip I diyabetli ergenlerin YÖKÖ puan ortalaması 48.38 ± 14.84 , pompa ile alan ergenlerin ise 42.40 ± 19.64 olarak bulunmuştur. Tip I diyabetli ergenlerin insülin tedavi şekline göre YÖKÖ puan ortalamalarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=1.190$ $p=0.236$) (Tablo 33).

Tip I diyabetli ergenlerin YÖKÖ puan ortalamasının kan şekeri ölçüm sıklığına göre dağılımına bakıldığında; kan şekerini hiç ölmeyenlerin YÖKÖ puan ortalaması 43.78 ± 10.25 , bir kez ölçenlerin 50.55 ± 17.03 , iki kez ölçenlerin 45.63 ± 13.79 ve üç kez ve üzeri ölçenlerin 49.20 ± 16.22 'dir. Tip I diyabetli ergenlerin kan şekeri ölçüm sıklığına göre YÖKÖ puan ortalamalarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=0.863$ $p=0.462$) (Tablo 33).

Tip I diyabetli ergenlerin diyabetik ketoasidoz yaşama durumuna göre YÖKÖ puan ortalaması hiç yaşamayanlarda 47.74 ± 15.47 , 1-3 kez yaşananlarda 48.43 ± 14.84 olarak bulunmuştur. Diyabetik ketoasidoz yaşama durumu ile YÖKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=-0.217$ $p=0.829$) (Tablo 33).

Tip I diyabetli ergenlerin hipoglisemi yaşama durumuna göre YÖKÖ puan ortalaması hiç yaşamayanlarda 47.67 ± 14.19 , 1-3 kez yaşananlarda 49.29 ± 16.51 , 6-10 kez yaşayanlarda 45.94 ± 17.58 ve 11-20 kez yaşananlarda 47.50 ± 14.25 olarak saptanmıştır. Hipoglisemi yaşama durumu ile YÖKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($F=0.202$ $p=0.895$) (Tablo 33).

Tip I diyabetli ergenlerin YÖKÖ puan ortalamasının diyabetik ketoasidoz ve hipoglisemi nedeniyle en son hastaneye yatma zamanına göre dağılımına bakıldığında; 1-3 yıl önce hastaneye yatanlarda YÖKÖ puan ortalaması 50.35 ± 13.88 , 4-6 yıl önce hastaneye yatanlarda 49.25 ± 17.25 , 7-10 yıl önce hastaneye yatanlarda 46.00 ± 13.94 ve 11 yıl ve üstü yıl önce hastaneye yatanlarda 46.40 ± 16.00 'dır. Tip I diyabetli ergenlerin diyabetik ketoasidoz ve hipoglisemi nedeniyle en son hastaneye yatma zamanına göre YÖKÖ puan ortalamalarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=0.624$ $p=0.601$) (Tablo 33).

3.5.7. Tip I Diyabetli Ergenlerin ve Ebeveynlerinin Hastalıkla İlgili Algıları Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması Arasındaki İlişki

Bu bölümde, hem Tip I diyabetli ergenlerin hem ebeveynlerinin hastalıkla ilgili algıları ile ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması arasındaki ilişki incelenmiştir.

Tablo 34. Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamasının Hastalıkla İlgili Algılarına Göre Dağılımı

Hastalık İle İlgili Algıları	YÖKÖ Puan Ortalaması		
Tedaviye uyum	n	$\bar{x}$	Sd
Çok uyumlu	30	46.73	17.19
Uyumlu	75	45.45	14.44
Uyumsuz	20	58.85	10.30
	F= 6.768 p= 0.001		
Hastalıktan etkilenme durumu			
Hiç etkilemedi	41	42.22	15.12
Çok olumsuz etkiledi	11	53.36	13.73
Olumsuz etkiledi	55	49.98	15.49
Olumlu etkiledi	18	51.17	12.88
	F= 3.129 p= 0.028		
Endişelenme durumu			
Hiç endişeli değil	23	39.04	16.69
Biraz endişeli	49	48.24	13.86
Endişeli	34	51.74	16.18
Çok endişeli	19	50.89	11.62
	F= 3.785 p= 0.012		
Gelecekle ilgili hayallerini engelleyeceğini düşünme durumu			
Evet	54	50.63	15.02
Hayır	71	45.83	15.23
	t=1.755 p= 0.082		
TOPLAM	125	47.90	15.27

Tip I diyabetli ergenlerin hastalıkla ilgili algılarına YÖKÖ puan ortalamalarının dağılımı Tablo 34’de verilmiştir. Tip I diyabetli ergenlerin tedaviye uyumlarına göre YÖKÖ puan ortalamaları, tedaviye çok uyumlu olanlarda 46.73 ± 17.19 , uyumlu olanlarda 45.45 ± 14.44 ve uyumsuz olanlarda 58.85 ± 10.30 olarak bulunmuştur. Tip I

diyabetli ergenlerin tedaviye uyumlarına göre YÖKÖ puan ortalamalarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=6.768$ $p=0.001$). Bu farkın yapılan Beforroni testi sonucunda tedaviye uyumsuz olan gruptan kaynaklandığı görülmüştür. Tedaviye uyumsuz olan grubun YÖKÖ puan ortalaması tedaviye çok uyumlu ve uyumlu grubundan daha yüksektir (Tablo 34).

Tip I diyabetli ergenlerin YÖKÖ puan ortalamalarının hastalıktan etkilenme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; hastalıktan hiç etkilenmeyen Tip I ergenlerin YÖKÖ puan ortalaması 42.22 ± 15.12 , olumlu etkilenenlerin 51.17 ± 12.88 ve çok olumsuz etkilenenlerin 53.36 ± 13.73 'dir. Tip I diyabetli ergenlerin hastalıktan etkilenme durumlarına göre YÖKÖ puan ortalamalarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=3.129$ $p=0.028$). Bu farkın yapılan Beforroni testi sonucunda hastalıktan hiç etkilenmeyen ile çok olumsuz etkilenen gruplar arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür. Hastalıktan hiç etkilenmeyenlerin YÖKÖ puan ortalaması diğer gruplardan daha düşüktür (Tablo 34).

Tip I diyabetli ergenlerin hastalıkla ilgili endişelenme durumlarına göre YÖKÖ puan ortalamaları, hiç endişeli olmayanlarda 39.04 ± 16.69 , biraz endişeli olanlarda 48.24 ± 13.86 , endişeli olanlarda 51.74 ± 16.18 ve çok endişeli olanlarda 50.89 ± 11.62 olarak bulunmuştur. Tip I diyabetli ergenlerin hastalıkla ilgili endişelenme durumlarına göre YÖKÖ puan ortalamalarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=3.785$ $p=0.012$). Bu farkın yapılan Beforroni testi sonucunda hiç endişeli olmayan ile endişeli olan gruplar arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür. Hastalıkla ilgili hiç endişeli olmayan grubun YÖKÖ puan ortalaması diğer gruplardan daha düşüktür (Tablo 34).

Tip I diyabetli ergenlerin YÖKÖ puan ortalamalarının gelecekle ilgili hayallerini engelleyeceğini düşünme durumuna göre dağılımı incelendiğinde; gelecekte hayallerini engelleyeceğini düşünen Tip I ergenlerin YÖKÖ puan ortalaması 50.63 ± 15.02 ,

engelleyeceğini düşünmeyenlerin 45.83 ± 15.23 'dür. Tip I diyabetli gelecekle ilgili hayallerini engelleyeceğini düşünme durumuna göre YÖKÖ puan ortalamalarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=1.755$ $p=0.082$) (Tablo 34).

Tablo 35. Tip I Diyabetli Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamasının Ebeveynlerin Hastalıkla İlgili Algılarına Göre Dağılımı

Ebeveynlerin Hastalık İle İlgili Algıları	YÖKÖ Puan Ortalaması		
Tedaviye uyum	n	$\bar{x}$	Sd
Çok uyumlu	20	46.70	17.55
Uyumlu	82	47.41	14.72
Uyumsuz	13	47.77	17.77
Çok uyumsuz	10	54.50	11.70
	F= 0.687 p= 0.562		
Ebeveynlerin Etkilenme durumu			
Hiç etkilemedi	6	39.33	11.23
Çok olumsuz	59	49.54	15.27
Olumsuz	51	47.35	16.19
Olumlu	9	46.00	11.19
	F =0 .923 p= 0. 432		
Ebeveynlerin Endişelenme durumu			
Hiç endişeli değil	14	44.79	12.12
Biraz endişeli	24	47.83	15.37
Endişeli	21	44.62	15.73
Çok endişeli	38	49.95	16.12
Çok fazla endişeli	28	49.21	15.43
	F =0.603 p= 0.661		
TOPLAM	125	47.90	15.27

Tip I diyabetli ergenlerin ebeveynlerinin hastalıkla ilgili algılarına göre ergenlerin YÖKÖ puan ortalamalarının dağılımı Tablo 35’de verilmiştir. Tip I diyabetli ergenlerin ebeveynlerine göre, ergenlerin tedaviye uyumları ile YÖKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; tedaviye çok uyumlu olanlarda 46.70 ± 17.55 , uyumlu olanlarda 47.41 ± 14.2 , uyumsuz olanlarda 47.77 ± 17.77 ve çok uyumsuz olanlarda 54.50 ± 11.70 olarak bulunmuştur. Tip I diyabetli ergenlerin ebeveynlerine göre ergenlerin tedaviye uyumları ile YÖKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=0.687$ $p=0.562$).

Tip I diyabetli ergenlerin ebeveynlerinin hastalıktan etkilenme durumlarına göre ergenlerin YÖKÖ puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; ebeveynleri hastalıktan hiç etkilenmeyen Tip I ergenlerin YÖKÖ puan ortalaması 39.33 ± 11.23 , çok olumsuz etkilenenlerin 49.54 ± 15.27 , olumsuz etkilenenlerin 47.35 ± 16.19 ve olumlu etkilenenlerin 46.00 ± 11.19 ’dir. Tip I diyabetli ergenlerin ebeveynlerinin hastalıktan etkilenme durumlarına göre ergenlerin YÖKÖ puan ortalamalarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=0.923$ $p=0.432$) (Tablo 34).

Tip I diyabetli ergenlerin ebeveynlerinin hastalıkla ilgili endişelenme durumlarına göre ergenlerin YÖKÖ puan ortalamaları, ebeveynleri hiç endişeli olmayanlarda 44.79 ± 12.12 , biraz endişeli olanlarda 47.83 ± 15.37 , endişeli olanlarda 44.62 ± 15.73 , çok endişeli olanlarda 49.95 ± 16.12 ve çok fazla endişeli olanlarda 49.21 ± 15.43 olarak bulunmuştur. Tip I diyabetli ergenlerin ebeveynlerinin hastalıkla ilgili endişelenme durumlarına göre YÖKÖ puan ortalamalarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=0.603$ $p=0.661$) (Tablo 35).

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısının ve etkileyen faktörlerin incelendiği bu araştırmada elde edilen bulgular; 1- Ergenlerin ve ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerinin incelenmesi. 2- Ergenlerin ebeveynleriyle olan iletişimlerinin incelenmesi. 3- Ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının, ölüm ile ilgili deneyimlerinin, ölüm deneyimi yaşadığı kişinin yakınlık derecesinin ve ölümü düşünme sıklıklarının incelenmesi. 4- Tip I diyabetli ergenlerin hastalık özelliklerinin ve ergenlerle ebeveynlerin hastalıkla ilgili algılarının incelenmesi ve 5- Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenle ilişkisinin incelenmesi başlıkları altında beş bölüm halinde literatür bilgileri ve araştırma hipotezleri dikkate alınarak tartışılmıştır.

4.1. ERGENLERİN VE EBEVEYNLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Ergenlerin ve ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerinin incelenmesi; ergenlerin ve ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerinin incelenmesi şeklinde iki bölümde ele alınmıştır.

4.1.1. Ergenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırma kapsamına alınan sağlıklı ergenlerin %62.8'si kız, %37.2'si erkek ve Tip I diyabetli ergenlerin ise %52.0'ı kız, %48.0'ı erkektir. Sağlıklı ergenlerin çoğu 12-14 yaş (%41.5) ve 15-16 yaş (%41.5) grubunda olup ve yaş ortalaması 14.90 ± 1.32 'dir. Tip I diyabetli ergenlerinde yaş dağılımları (%44.8'si 12-14 yaş, %39.2'si 15-16 yaş) benzer şekildedir ve yaş ortalaması 14.87 ± 1.69 'dur. Sağlıklı ergenlerin %36.2'sinin eğitim durumu ilköğretim, %63.8'sinin lise ve Tip I diyabetli ergenlerin %47.2'sinin eğitim durumu ilköğretim, %52.8'sinin lisedir. Sağlıklı ergenlerin %57.4'si ve Tip I diyabetli ergenlerin %57.6'sı iki kardeştir. Sağlıklı ergenlerin %52.1 ailede 1. çocuk, %38.3'ü 2. çocuk ve Tip I diyabetli ergenlerin %43.2'si ailede 1. çocuk, %40.0'ı 2.

çocuktur. Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, kardeş sayısı ve ailede çocuk sırasına göre dağılımında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış ve ergen gruplarının sosyo-demografik özellikler açısından homojen olduğu görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 1) .

Ergenlerin mutluluk düzeyleri incelendiğinde; sağlık ergenlerin %36.2'si mutlu, %31.9'u çok mutlu ve Tip I diyabetli ergenlerin %38.4'ü mutlu, %37.6'sı çok mutlu olduğu görülmüştür. Her iki grupta da hiç mutlu olmayan ergen bulunmazken, biraz mutlu (sağlıklı; %16.0 ve Tip I diyabetli %10.4) ve çok fazla mutlu (sağlıklı; %16.0 ve Tip I diyabetli %13.6) ergenlerin her iki grupta da daha az oranda olduğu saptanmıştır. Her iki gruptaki ergenlerinde mutluluk düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Mutluluk düzeyine göre iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış, her iki grubun homojen sonucuna varılmıştır ($p>0.05$) (Tablo 2) .

Sağlıklı ergenlerin %74.5'i ve Tip I diyabetli ergenlerin %65.6'sı son bir yıl içerisinde yoğun stres yaşamıştır. Her iki gruptaki ergenlerin yarıdan fazlasının yoğun stres yaşamasında, araştırma kapsamına alınan ergenler arasında ilköğretim ve lise son sınıfta okuyan ergenlerinde bulunması ve bu ergenlerin başarılı olmaları istenilen önemli sınavların (liselere giriş ve üniversitesi sınavı gibi) etkisine bağlı olarak fazla olduğu düşünülmüştür. Son bir yıl içerisinde yoğun stres yaşama durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmış, grupların homojen olduğu görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 3).

Ergenlerin sürekli kaygı düzeyleri incelendiğinde, sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması sağlıklı ergenlerde 48.46 ± 5.61 , Tip I diyabetli ergenlerde 47.98 ± 5.88 olduğu bulunmuştur. Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerde sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4). Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin sürekli kaygı puan ortalamaları birbirine çok

yakın olmasına karşın sağlıklı ergenlerin sürekli kaygı puan ortalaması biraz daha yüksektir. Fettahoğlu ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada, Tip I diyabetli ergenlerin sürekli kaygı puan ortalamasının sağlıklı ergenlerden daha yüksek olduğu (55) ve Moussa ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında, sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin sürekli kaygı puan ortalamasının birbirine yakın olduğu fakat Tip I diyabetli ergenlerin sürekli kaygı puan ortalamasının sağlıklı ergenlere göre biraz daha yüksek olduğu bulunmuştur (95). Tip I diyabet tanısına sahip çocukların/ergenlerin, tanıyı takiben bir yıl içerisinde kaygı düzeylerinin daha fazla olduğu fakat bir yıldan sonra diyabete uyumun genelde sağlanmazsıyla birlikte çocukların/ergenlerin kaygı düzeylerinde azalmaların olduğu yapılan çalışma sonuçları ile desteklenmektedir (35,60,101). Çalışmanın örneklemini oluşturan Tip I diyabetli ergenlerin tanı süresi ortalaması 5.46 ± 3.29 yıl olup, en az bir yıldır Tip I diyabet tanısına sahip olan ergenler örnekleme alınmıştır. Çalışmanın bu sınırlılığı nedeniyle Tip I diyabetli ergenlerin tanıdan sonraki bir yıllık süreç içerisinde diyabete uyumlarının kısmen başlamasıyla sürekli kaygı puanlarının da düşük olduğu düşünülmüştür.

4.1.2. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Ergenlerin ebeveynlerinin yaş ortalamaları incelendiğinde; sağlıklı ergenlerin annelerinin yaş ortalaması 41.02 ± 5.09 , Tip I diyabetli ergenlerin annelerinin yaş ortalaması 39.75 ± 5.25 'dir. Sağlıklı ergenlerin babalarının yaş ortalamasının 44.47 ± 4.52 ve Tip I diyabetli ergenlerin babalarının yaş ortalamasının 43.70 ± 5.54 olduğu bulunmuştur. Anne ve babaların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış, ergen gruplarının ebeveyn yaşları yönünden homojen olduğu görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 5).

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin annelerinin eğitim durumları incelenmiş, sağlıklı ergen grubundaki annelerin %40.5'nin ilkokul ve %25.5'nin üniversite

mezunu olduğu, Tip I diyabetli ergen grubundaki annelerin %68.0'nın ilkokul ve %4.8'nin üniversite mezunu olduğu bulunmuştur. Babaların eğitim durumları incelendiğinde; sağlıklı ergen grubundaki babaların %28.7'si. Tip I diyabetli ergen grubundakilerin %6.8'sinin üniversite mezunu olduğu ve sağlıklı grenlerin % 25.5'inin ve Tip I diyabetli ergenlerin %51.2'sinin babalarının ilkokul mezunu olduğu bulunmuştur. Ergenlerin anne ve baba eğitim durumlarına göre dağılımında sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0.001$) (Tablo 5). Sağlıklı ergenlerin anne ve babalarının eğitim durumu Tip I diyabetli ergenlere göre daha yüksektir. Ergen grupları arasında anne ve baba eğitim durumundaki bu farkın, sağlıklı ergen grubunu oluşturan anne ve babaların büyük şehirde, Tip I diyabetli ergen grubunu oluşturan anne ve babaların ise kırsal alandaki çevre il, ilçe ve köylerde yaşıyor olmalarıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Araştırmanın yürütüldüğü hastanelerin, ege bölgesinde bölge hastaneleri olmaları nedeniyle kırsal alandaki çevre il, ilçe ve köylerden gelen Tip I diyabetli ergenler de bu hastanelerden tedavi ve bakım almaktadırlar.

Ailelerin sosyal güvencelerinin büyük çoğunluğunun SSK (sağlıklı; %48.9, Tip I diyabetli; %56.8) ve emekli sandığı (sağlıklı: %33.0, Tip I diyabetli; %19.2) olduğu görülmüştür. Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ailelerinin sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuş, her iki grubun ailelerinin sosyal güvence yönünden homojen olduğu görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 5).

Ailelerin medeni durumları incelendiğinde, sağlıklı ve Tip I diyabetli ergen grubundaki ailelerin büyük çoğunluğunun (sağlıklı; %89.4. Tip I diyabetli; %92.8) evli olduğu görülmüştür. Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış, her iki grubun ailelerinin medeni durum yönünden homojen olduğu görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 5). Aynı zamanda bu

sonuç, Türk toplumunda aile bütünlüğünün önemli olduğunun ve mümkün olduğunca bütünlüğün korunduğunun göstergesi olabilir. Aile bütünlüğü ergenlik döneminde bir ergen üzerinde olumlu yönde etki yapabileceği gibi bu dönemde ortaya çıkan kronik bir hastalıkla baş etmede de ergene önemli destek sağlayacaktır. Aile bütünlüğünün korunduğu ve evlilik kalitesinin yüksek olduğu ailelerde, ebeveyn-ergen çatışmasının daha az yaşandığı ve aileden alınan desteğin daha fazla olduğu sonuçları çalışmalarla desteklenmiştir (18). Aynı zamanda Tip I diyabetli ergenlerin aileleri ile yapılan çalışmalarda, aile içerisinde yaşanan anlaşmazlıkların, sorunların ve çatışmaların Tip I diyabetli ergenin tedaviye uyumunun olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır (15,146,153).

Ailelerin sosyo-ekonomik düzeyleri incelendiğinde, sağlıklı ergen grubundaki ailelerin alt, orta ve üst (sırasıyla: %39.4. %34.0. %26.6) sosyo ekonomik düzey oranlarının birbirine yakın olduğu bulunurken, Tip I diyabetli ergen grubundaki ailelerin yarıdan fazlasının alt (%68.0), yaklaşık beşte birinin orta (%24.0) ve az bir oranın da (%8.0) üst sosyo-ekonomik düzeyde olduğu bulunmuştur. Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ailelerinin sosyo-ekonomik düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 5). Araştırma kapsamına alınan ailelerin sosyo-ekonomik düzeylerinin belirlenmesinde; anne ve baba eğitim durumu, ailenin aylık geliri, ailenin birlikte yaşadığı kişi sayısı, ailenin çocuk sayısı ve ailenin kendine ait ev, araba ve yazlığının olması gibi sosyo-ekonomik düzey ile ilişkili olan değişkenlerden oluşturulan bir indeks kullanılmıştır. Tip I diyabetli ergenlerin anne ve babalarının eğitim düzeylerinin sağlıklı ergen grubun anne ve babalarının eğitim düzeyinden daha düşük olması, sosyo ekonomik düzeyin de düşük olması yönünde etkilediği ve Tip I diyabetli ergen grubundaki ailelerin kırsal alandaki çevre il, ilçe ve köylerde yaşıyor

olmalarının, birlikte yaşanan kişi sayısı ve çocuk sayısının artışı yönünde etkilediği düşünülmüştür.

Ebeveynlerin ölüm kaygısı puan ortalamaları incelendiğinde, sağlıklı ergen grubu ebeveynlerin ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması 4.84 ± 1.04 ve Tip I diyabetli ergen grubu ebeveynlerin ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması 5.07 ± 1.05 'tir. Tip I diyabetli ergen grubu ebeveynlerin ölüm kaygısı puan ortalaması sağlıklı ergen grubu ebeveynlerinin ölüm kaygısı puan ortalamasından daha yüksektir. Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ebeveynlerinin ölüm kaygısı puan ortalamaları arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6). Kronik hastalık tanısına sahip çocukla birlikte ailelerde durumla ilgili olarak sıkıntı ve güçlükler yaşamaktadır. Ailenin üzerindeki yük artar ve daha fazla sorumluluk yüklenir (20,35,141). Tip I diyabetli çocuk ve ergenlerin ebeveynleri ile yapılan çalışmalarda, ebeveynlerin sürekli kaygı ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (26,44,87,133,141). Literatürde ölüm kaygısının depresyon ve sürekli kaygı ile orta düzeyde ve pozitif korelasyon gösterdiği bildirilmektedir (2,3,6) Aynı zamanda Tip I diyabetli ergenlerin ebeveynleri ile yapılan görüşmelerde bazı ebeveynler “bana bir şey olursa çocuğumla bu kadar yakından kim ilgilenir, diyetini kim takip eder, tedaviye uyumu bozular. Ben onu yalnız bırakıp gidemem. bu nedenle artık ölmekten daha çok korkuyorum” şeklindeki duygularını ifade etmişlerdir. Ebeveynler tarafından ifade edilen bu duyguların Tip I diyabetli ergenlerin ebeveynlerinin ölüm kaygısı düzeyinin yüksek olmasında etkili olduğu düşünülmüştür. Tip I diyabetli ergenlerin ebeveynleri ile yapılan bir çalışmada “çocuklarının diyabeti bilmeyen kişilerle birlikte olması durumunda ya da yalnız kalması” gibi bir durumla ilgili olarak, annelerin endişe yaşadığı (%57) bulunmuştur (92). Bu çalışma sonucu da bizim çalışmamızdaki annelerin ifade ettiği kaygıları desteklemektedir.

4.2. ERGENLERİN EBEVEYNLERİYLE OLAN İLETİŞİMLERİNİN TARTIŞILMASI

Ergenlik dönemi aile ilişkileri açısından zaman zaman sancılı geçen bir dönemdir. Daha çok sosyal çevrenin önem kazandığı bu dönemde ergen aileden uzaklaşır, daha çok bağımsızlık ister. Aile ise bu bağımsızlığın sınırını çizmeye çalışırken ergenle çatışmalar yaşayabilir. Yaşanılan bu çatışmalar ergenlik döneminin gelişimsel çatışmalarıdır (36,37,85). Ergen ve ebeveynleri arasında yaşanılabilen bu çatışmalar ergen-ebeveyn ilişkisini de etkiler (83,113,159). Ergen ve ebeveyn arası ilişkide yaşanılan çatışmanın düşük olması, ergende benlik saygısı, anksiyete ve depresyon düzeyinin düşük olması, yüksek benlik saygısı ve madde kullanımında ve davranış probleminde azalma ile ilişkilidir (18).

4.2.1. Ergenlerin Ebeveynleriyle Olan İlişkisinin Tartışılması

Ergenlik döneminde. ergenin ebeveyni ile ilişkisi onun yetişkinliğe geçişinde önemli rol oynar. Bu dönemde başarılı ergen- ebeveyn ilişkisi, daha sonra karşılaşılan zorluklarla baş etmede ergene yardım edecektir. Dekovic, Buist ve Reitz'in (2004) yaptıkları çalışmada, ebeveyn ile kurulan sıcak ve yakın bir ilişkinin, daha sonra gelişebilecek psikolojik sorunlardan ergeni korumada önemli bir faktör olduğu vurgulanmıştır (39).

Ergenlerin anneleri ile olan ilişkisi incelendiğinde; sağlıklı ergenlerin %76.6'sının anneleri ile ilişkisi "çok iyi", %21.3'sinin "iyi" düzeyde iken Tip I diyabetli ergenlerin %67.2'sinin anneleri ile ilişkisi "çok iyi", %29.6'sının "iyi" düzeyde olduğu bulunmuştur. Her iki grupta da anneleri ilişki iyi olmayan ergenlerin oranı (sağlıklı;%2.1 ve Tip I diyabetli %3.2) oldukça azdır. İki grup arasında anne ilişkisine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7).

Ergenlerin baba ilişkisine göre dağılımları, anneleri ile ilişkisi sonuçlarına benzemektedir. Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin yarısından fazlasının (sırasıyla %60.6, %57.6) baba ilişkisi “çok iyi” düzeydedir. Sağlık ergenlerin %28.7’sinin ve Tip I diyabetli ergenlerin %36.8’sinin baba ilişki düzeyi “iyi”dir. Her iki grupta da baba ilişkisi “iyi olmayan” ergenlerin oranı, anne ilişkisi “iyi olmayan” ergenlerin oranına göre daha yüksek olmasına karşın, baba ilişki düzeyi genelinde düşük oranlardadır (sağlıklı %10.6 ve Tip I diyabetli %5.6) (Tablo 8). Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin baba ilişkisine göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 8).

Çalışma sonuçlarına göre, hem sağlıklı hem Tip I diyabetli ergenlerin babalarına göre anneleri daha iyi düzeyde ilişki kurdukları söylenebilir. Ergen–ebeveyn ilişkisi ile ilgili yapılan çalışmalar, ergenlerin anneleri ile daha yakın ve sıcak ilişkiler kurduğunu ve anneleri ile ilişki kalitesinin daha yüksek olduğunu bulmuştur (18,72). Çalışmamızın sonucu diğer çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Türk toplumunda genellikle ergenlerin çoğu öncelikle sorunlarını anneleri ile paylaşmakta daha sonra gerekirse babalar ile paylaşılmaktadır. Ergenlerin anneleri ile daha yakın ilişkiler kurmasının nedeni olarak toplumumuzda belirlenen anne (daha çok çocuk bakımı, ev işleri vb) ve baba (ev ekonomisi, dış ilişkiler vb) rollerinin etkili olduğu düşünülebilir.

Hızlı değişimlerin yaşandığı ergenlik döneminde, ergen-ebeveyn çatışmasının kısmen artmasına rağmen, hem sağlıklı hem Tip I diyabetli ergenlerin anne ve baba ilişki düzeyinin “çok iyi” ve “iyi” olması (Tablo 7 ve Tablo 8) diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermiştir (17,18,53). Ergenlik döneminde aile ilişkileri daha destekleyici ve yakın olduğunda, ergen daha uyumludur (113). Viikinsalo ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada, sağlıklı ve diyabetli ergenlerin aileleri ile ilişki

ve çatışma düzeylerinin benzediği ancak çatışma konuların (beslenme, kontrol, glukoz ölçümü vb) ve yoğunluğunun farklı olduğu bulunmuştur (146).

Tip I diyabetli ergenlerin aileleri olan ilişkisi, tedaviye uyumda oldukça önemlidir. Diyabetli ergen-aile ilişkisi ve yaşanan çatışmaların incelendiği çalışmalarda, kötü ergen-aile ilişkinin ve çatışmanın, zayıf metabolik kontrole neden olduğu ve tedaviye uyumu olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur (15,93, 153). Bu bağlamda, örnekleme oluşturan ergenlerin anne-baba ile olan ilişkilerinin iyi olması bir avantaj olarak değerlendirilmiştir.

Kronik bir hastalık, ergen ve aile ilişkilerini pozitif yönde etkileyebilir. Mellin ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada, diyabetli ergenlerin aile ile ilişkilerinde yakınlaşmaların olduğu (92) ve Harris ve Mertlich'in (2003) çalışmasında da, diyabet tedavisi sonrasında ergen-aile çatışmasının azaldığı bulunmuştur (66).

4.2.2. Ergenlerin Ebeveyn Kabul-Red/Kontrol Algısının Tartışılması

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin, anneleri ilişkilerinde eşit düzeyde kabul aldıkları (sırasıyla; 94.52 ± 26.08 , 94.01 ± 26.75), Tip I diyabetli ergenlerin sağlıklı ergenlere göre anne kontrol davranışlarını daha fazla algıladıkları bulunmuş (sırasıyla; 36.60 ± 6.20 , 35.71 ± 5.54), ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Tip I diyabetli ergenlerle birlikte annelerde diyabet bakımının tüm sorumluluğunu almaktadır. Ancak ergenlik döneminde, ergenin diyabet bakımındaki sorumluluğu artarken annenin bakıma katılımı dereceli olarak azaltılmalıdır. Ancak annelik rolünün baskın olması nedeniyle bazı anneler hastalıkla ilgili kontrolün ergene devredilmesini gecikmeli olarak yapabilir ya da yapmayabilir.

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenler, anne kabul-red ölçeğinin **sıcaklık, düşmanlık/saldırganlık, ihmal ve kayıtsızlık ve ayrılmamış red** alt boyutlarından eşit

ya da birbirine yakın puanlar almışlar ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 9).

Babalar ile ilişkilerde, sağlık ergenlerin Tip I diyabetli ergenlere göre daha fazla düşmanlık/saldırganlık (sırasıyla; 25.59 ± 9.02 , 22.14 ± 7.459) ve ayrışmamış red (sırasıyla; 16.14 ± 6.37 , 14.46 ± 5.23) algıladıkları bulunmuştur. Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin baba ilişkilerindeki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Aynı zamanda Tip I diyabetli ergenlerin sağlıklı ergenlere göre baba ilişkilerinde daha fazla kabul yaşadıkları saptanmış (sırasıyla; 94.63 ± 28.90 , 102.85 ± 34.08), iki grup arasındaki bu farkın istatistiksel anlamlılık düzeyine de oldukça yakın olduğu bulunmuştur ($p=0.061$) (Tablo 9). Ergenlik dönemi, ergen-baba ilişkisinde anlaşmazlıkların ve çatışmaların en fazla olduğu dönemdir. Ancak bu dönemde kronik bir hastalığın varlığı ergen-baba ilişkisi olumlu yönde geliştirebilir (92). Seiffge-Krenke 'nin (2002) çalışmasında, Tip I diyabetli ergenlerin sağlıklı ergenlere göre babaları ile daha az anlaşmazlıklar yaşadığı bulunmuştur (128). Aynı zamanda, araştırmanın uygulama sürecinde, kırsal alandaki il, ilçe ve köylerde yaşayan Tip I diyabetli ergenlerin sağlık kontrollerine babaları ile geldikleri gözlemlenmiştir. Tip I diyabetli ergenlerin her üç ayda bir yapılan sağlık kontrollerine babalarıyla gelmesinin de, baba-ergen arasındaki paylaşımı arttığı ve baba-ergen ilişkisinde olumlu gelişmelere neden olabildiği düşünülmektedir.

4.3. ERGENLERİN ÖLÜM KAYGISI PUAN ORTALAMALARININ ÖLÜM İLE İLGİLİ DENEYİMLERİNİN ÖLÜM DENEYİMİ YAŞADIĞI KİŞİNİN YAKINLIK DERECESİNİN VE ÖLÜMÜ DÜŞÜNME SIKLIKLARININ İNCELENMESİ

Ölüm kaygısını ölçmeye yönelik hazırlanan ve Thorson ve Powell (1992) tarafından revize edilen “Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği” (YÖKÖ – RDAS), bir çok

çalışmada kullanılmıştır (5,6,47,64,74,131,135,139). Çalışmamızda ergenlerin ölüm kaygısını ölçmek için kullandığımız Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeğinin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı sağlıklı ergen grup için 0.94 ve Tip I diyabetli ergenlerin için 0.82 olarak bulunmuştur (Tablo 10). Ölçeğin orijinali için iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0.82. ölçeğin ergenler için Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışmasında iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0.91 olduğu saptanmıştır (7,139). Diğer çalışmalarda da ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0.80 – 0.86 arasında değişmektedir (6,47,131) .

Yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği madde puan ortalamaları incelendiğinde; hem sağlıklı hem de Tip I diyabetli ergenlerde en yüksek puan alan ilk üç maddenin sırasıyla, “Ağrılı/acılı bir ölümden korkarım”, “Ölümden sonra başka bir hayat olup olmadığıyla hiç ilgilenmiyorum” ve “Öldükten sonra yeni bir yaşamın başlamasını bekliyorum” olduğu görülmüştür (Tablo 10). Thorson ve Powell’in (1988) çalışmasında da “Ağrılı/acılı bir ölümden korkarım”, “Öldükten sonra yeni bir yaşamın başlamasını bekliyorum” ifadelerinin bulunduğu madde1 ve madde16 yüksek puan almıştır (138). Çalışmamızın sonucu Thorson ve Powell’in çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Ergenlerin ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; sağlık ergenlerin ölüm kaygısı puanın 53.84 ± 19.49 , Tip I diyabetli ergenlerine ise 47.90 ± 15.27 olduğu görülmüştür (Tablo 11). Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği (YÖKÖ) toplam puanı 0-100 arasında değişmektedir. Hem sağlıklı hem de Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Cotter’in (2003) yüksekokul okul öğrencileri ile yaptığı çalışmada öğrencilerin ölüm kaygısı puan ortalamasının 53.14 ± 15.00 olduğu (31), Thorson ve Powell’in (1988) yaptığı çalışmasında, yüksekokul öğrencilerinin ölüm kaygısı puan ortalamasının 50.4 ± 10.3 ve kolej öğrencilerinin ölüm kaygısı puan ortalamasının 47.1 ± 9.3 olduğu (138) ve

Ens ve Bond'un (2005) 11-18 yaşları arasında sağlıklı ergenler ile yaptığı çalışmada ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasının 40.12 ± 5.38 (47) olduğu bulunmuştur. Çalışmamızdaki ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması yapılan diğer çalışma sonuçlarını desteklemektedir.

H₁ Sağlıklı ergenler ile Tip I Diyabetli ergenler ölüm kaygısı puanları farklılaşmakta mıdır? hipotezi kapsamında;

* Sağlık durumuna göre ergenlerin YÖKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Sağlıklı ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasının Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Kronik bir hastalığın varlığı ergenin yaşamında önemli değişikliklerle beraber sorumlulukta getirecektir. Yapılan bir çok çalışmada, Tip I diyabetli ergenlerin hastalığın sorumluluklarını yerine getirmede ve hastalığa uyum sürecinde anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunlar yaşadıkları bulunmuştur (35,55,60,63,95). Yapılan longitudinal çalışmalar da, diyabet hastalığının ergen üzerindeki olumsuz etkilerinin bir yıl sonra azalmaya başladığını göstermiştir (35). Aynı zamanda Tip I diyabetli ergenlerle yapılan bir çok çalışma, aile ve akran grubu tarafından verilen sosyal desteğin (yaz kampları vb.) ve yapılan diyabet eğitimlerinin hastalığın olumsuz psikososyal etkilerini azalttığını bulmuştur (19,40,61,62,95,119,129,147). Çalışmanın örneklemini oluşturan Tip I diyabetli ergenlerin tanı süresi en az bir yıldır ve tanı süresi ortalaması 5.46 ± 3.29 yıldır. Çalışmanın yürütüldüğü hastanelerde, profesyonel diyabet ekibi tarafından Tip I diyabetli ergenlere ve ailelerine düzenli olarak “diyabetle yaşam” konusunda eğitimler yapılmaktadır ve aynı zamanda her yıl yaz “diyabet kampları” düzenlenmektedir. Çalışmamızın örnekleminde yer alan Tip I diyabetli ergenlere yönelik yapılan eğitimlerin, katıldıkları yaz diyabet kamplarının ve sosyal desteğin,

ergenlerin hastalıklarına uyumunda etkili olduğu düşünülmüştür ve bu nedenle Tip I diyabetli ergenlerin hem sürekli kaygı puan ortalaması hem de ölüm kaygısı puan ortalaması sağlıklı ergenlere göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

Kronik bir hastalık, uygun sosyal destekle ve hastalığa gösterilen iyi uyumla. ergenin yaşama bakış açısını daha olumlu yönde etkileyerek ergenin baş etmelerini güçlendirebilir. Mellin ve arkadaşlarının (2004) Tip I diyabetli ergenlerle yaptığı çalışmada, ergenlerin daha olgun ve güçlü oldukları bulunmuştur (92).

Ergenlerin ölüm deneyimi yaşama durumları incelendiğinde; sağlıklı ergenlerin %71.3'ü ve Tip I diyabetli ergenlerin %56.8'i ölüm deneyimi yaşarken, sağlıklı ergenlerin %28.7'si ve Tip I diyabetli ergenlerin %43.2'si ölüm deneyimi yaşamamıştır. Ölüm deneyimine göre iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 13). Ergenlerin içinde bulundukları yaşları nedeniyle yaşam ile ilgili deneyimleri ve beraberinde ölüm ile ilgili deneyimleri de daha sınırlıdır. Ens ve Bond'un (2005) çalışmasında 11-18 yaşları arasındaki ergenlerin %60'ının ölüm deneyimi yaşamış olduğu (47), Cotter'in (2003) yaş ortalaması 16.77 ± 0.81 olan yüksekokul öğrencileri ile yaptığı çalışmasında, öğrencilerin %56.4'ünün ölüm deneyimi yaşamış olduğu (31) ve Halliday ve Boughton 'nun (2008) çalışmasında da ergenlerin (16-25 yaş) %27.5' nin ölüm deneyimi yaşamış olduğu bulunmuştur (64). Çalışmamızın sonucu da yapılan çalışmalar da, ergenlerin ölümle ilgili deneyimlerin sınırlı olduğunu göstermektedir.

Sağlıklı ergenlerin %55.2'si büyükanne-büyükbabasının, %35.8'si akrabasının ve %9.0 'u da baba ya da annesinin kaybını deneyimlemiştir. Tip I diyabetli ergenlerin %45.1'i akrabasını, %43.7'si büyükanne-büyükbabasını ve %11.8'si de baba yada annesi kaybetmiştir. Ergenlerin ölüm deneyimi yaşadığı kişinin yakınlık derecesine göre iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$)(Tablo 14).

Literatürde, sevdiği birinin kaybı ile ergenin kendi ölümüyle ilgili düşünceler yaşayabileceği vurgulanmaktadır (64). Yakın birinin kaybını yaşayan ve baş etmeleri yeteri kadar güçlü olmayan ergenlerin bazı ruhsal sorunlar (öfke, yalnızlık, depresyon, korku) yaşayabileceği (106) unutulmamalı ve ölüm deneyimi yaşayan ergenlere sağlık profesyonelleri gerekli desteği vermelidir. Yakın birinin kaybı ile yaşanan acı, ergenin bireysel gelişimini sağlar (47) ancak bu bir yaşamsal krizdir.

Ergenlerin ölümü düşünme sıklıkları incelendiğinde; ölümü ara sıra düşünen sağlıklı (%38.3) ve Tip I diyabetli (%36.8) ergenlerin oranlarının birbirine yakın olduğu bulunmuştur. Sağlıklı ergenlerin %23.4'ü nadiren, %18.1'i sık sık ve Tip I diyabetli ergenlerin %32.0'ı nadiren, %7.2'si sık sık ölümü düşündüklerini ifade etmişlerdir. Her iki ergen grubunda da her zaman ölümü düşünenlerin oranı (sağlıklı; %4.3 ve Tip I diyabetli; %4.0) oldukça azdır. Ölümü hiç düşünmeyen sağlıklı ergenlerin oranı %16.0, Tip I diyabetli ergenlerin oranı da %20'dir. Ölümü düşünme sıklığına göre sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo15). Ergenler dönem özellikleri gereği daha yapılacak çok işlerinin olduğunu düşünür ve ölümü kendilerinden çok uzakta görürler (33). Çalışma sonuçlarımızın ölümü algılamada, ergenlerin dönem özelliklerini yansıttığı ve kronik bir hastalığın varlığının da ergenlerin ölümü düşünme konusundaki sıklığını arttırmadığı söylenebilir.

4.4. TİP I DİYABETLİ ERGENLERİN HASTALIK ÖZELLİKLERİNİN VE ERGENLERİN ve EBEVEYNLERİN HASTALIKLA İLGİLİ ALGILARININ TARTIŞILMASI

Bu bölümde; ergenlerin hastalık özelliklerine ve ergenlerle ebeveynlerin hastalıkla ilgili algılarına ilişkin bulgular incelenmiştir.

4.4.1. Tip I Diyabetli Ergenlerin Hastalık Özelliklerinin Tartışılması

Tip I diyabetli ergenlerin hastalık özelliklerinden tanı süresi incelendiğinde; ergenlerin %54.4'ünün 1-5 yıl, %39.2'sinin 6-10 yıl ve %6.4'ünün 11 yıl ve üstü sürelerde Tip I diyabet tanısına sahip oldukları ve tanı yılı ortalamasının 5.46 ± 3.29 olduğu bulunmuştur. İBDM, erken çocukluk dönemlerinde görülen kronik bir hastalıktır (98). Tip I diyabetli ergenlerle yapılan çalışmalarda ergenlerin tanı yılı ortalamasının 4.0 ± 3.1 ve 7.7 ± 4.1 arasında değiştiği bulunmuştur (12,55,92).

Tip I diyabetli ergenlerin yarıdan fazlası (%61.6) diyabet tanısı konulduğunda, hastaneye bilinçli ve yürüyerek gelirken %29.6'sı koma durumunda hastaneye başvurmuştur. Tip I diyabetli ergenlerin %79.2'si “üç ana ve üç ara öğün” ve %20.8'sinin “karbonhidrat sayımı” beslenme modelinde beslendiği ve %92.0'ı insülin tedavisini kalem ile %8.0'ının pompa ile yaptığı bulunmuştur (Tablo 16).

Diyabette beslenme programları kişiye özeldir. Diyabetli ergenin beslenme programı yaşına, cinsiyetine, kilosuna, boyuna, fiziksel aktivitesine, eğitim düzeyine, kognitif gelişimine ve sosyoekonomik düzeyine göre optimal büyüme ve gelişmeyi sağlayacak şekilde düzenlenir (67,98). Aldığı karbonhidrat miktarına göre insülin dozun hesaplandığı “karbonhidrat sayımı” ile beslenme modeli, ergene daha fazla sorumluluk yüklemekle birlikte hastalığının kontrolünün kendisinde olduğu duygusuna verebilir (112). Kontrol duygusu hastalığın kabullenilmesinde ve uyumunda ergene yardımcı olacaktır. İnsülin tedavisinde pompa kullanımı, enjeksiyon sıklığını azalttığı için ve vücudun görünmeyen bir bölümünde olması nedeniyle ergene daha esnek bir yaşam biçimi sağlar (13,105). Ancak pompa kullanımı için daha stabil bir ruhsal durum, daha sık kan şekeri ölçüm, güçlü motivasyon, iyi bir bilişsel gelişim, düzenli kontroller ve karbonhidrat sayımını iyi yapabilme özellikleri gerekmektedir (68,73). Bağımsızlık ve otonominin öne çıktığı ergenlik döneminde, ergene daha esnek bir yaşam biçimi

sağlayan insülin pompa tedavisini, çalışmaya katılan Tip I diyabetli ergenlerin yalnızca %8.0'nın kullanmakta olduğu saptanmıştır. İnsülin pompa tedavisi kullanan Tip I diyabetli ergenler sayısının az olması, çalışmanın yürütüldüğü hastanelerden yalnızca birinde insülin pompa tedavisinin kullanılmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmaya katılan Tip I diyabetli ergenlerin %30.4'ü 1-5 kez ve %41.6'sı hiç hipoglisemi yaşamamıştır. Tip I diyabetli ergenlerin %76.0'sı hiç diyabetik ketoasidoz yaşamazken, %24.0'sı 1-3 kez yaşamıştır. Diyabetik ketoasidoz ve hipoglisemi nedeniyle ergenlerin %50.4'ü 11 yıl ve üstü, %32.0'ı 1-3 yıl önce hastaneye yatmıştır (Tablo 15). Hipoglisemi ve diyabetik ketoasidoz gibi diyabetin kısa dönemli komplikasyonlarının az görülmesi ve bu komplikasyonlar nedeni ile hastane yatışların sık olmaması, ergenin diyabet hastalığına uyumunun iyi olduğunu düşündürmektedir. Hastalığa iyi uyum, hastalığın psikososyal etkilerini önemli ölçüde azaltacaktır (40,61).

4.4.2. Tip I Diyabetli Ergenlerin ve Ebeveynlerin Hastalıkla İlgili Algılarının Tartışılması

Tip I diyabetli ergenlerin %60.0'ı tedaviye “çok uyumlu”, %24.0'ı “uyumlu”, %16.0'ı “uyumsuz” olduklarını ve ebeveynlerin %16.0'u çocuklarının tedaviye “çok uyumlu”, %65.6'i “uyumlu”, %10.4'ü “uyumsuz” %8.0'ı “çok uyumsuz” olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 17). Tedaviye uyum konusunda, Tip I diyabetli ergenler ve ebeveynlerinin arasındaki algı farkı, ebeveynin ergen üzerindeki hastalıkla ilgili kontrolünde çatışmaya neden olacağı düşünülebilir. Tip I diyabetli ergen ile ebeveynler arasında yaşanan bir çatışmanın, ergenin metabolik kontrolü üzerinde olumsuz etkiler yaptığı çalışma sonuçlarıyla desteklenmiştir (15,93). Tip I diyabetli ergen, diyabet bakımının tüm sorumluluğunu almalıdır ancak yine de yardım ve denetime ihtiyacı olduğu da unutulmamalıdır. Hem Tip I diyabetli ergenler hem de ebeveynlere göre tedaviye uyumlu olan ergen sayısının fazla olması sevindirici bir sonuç olarak

değerlendirilebilir. Tedaviye uyum hastalığın getirdiği kaygı, korku ve endişeleri azaltacaktır.

Tip I diyabet ergenlerin hastalıktan etkilenme durumları incelendiğinde, ergenlerin %44.0'nın tedaviden olumsuz, %8.8'inin çok olumsuz etkilendiği ve ebeveynlerin %40.8'sinin olumsuz, %47.2'sinin ise çok olumsuz etkilendiği bulunmuştur. Hastalıktan hiç etkilenmeyen ergenler %32.8 iken ebeveynlerde bu oran %4.8'dir. Ergenlerin %14.4'ü ve ebeveynlerin %7.2 'si hastalıktan olumlu etkilenmiştir (Tablo 17). Ebeveynlerin Tip I diyabetli ergenlere göre hastalıktan çok daha fazla etkilendiği ve bu etkilenim daha çok olumsuz yönde olduğu söylenebilir. Mellin ve arkadaşlarının (2004) Tip I diyabetli ergenlerin ebeveynleri ile yaptığı çalışmada. ebeveynlerin %30 ila %37' sinin hastalıktan olumsuz etkilendiği bulunmuştur (92). Tip I diyabetli çocuklar ve aileleri ile yapılan başka bir çalışmada, diyabetes mellitus hastalığının aileler için bunaltıcı ve zor bir deneyim olduğu, çocukların ise hastalığa karşı daha pozitif tutum geliştirdiği bulunmuştur (12).

Tip I diyabetli ergenlerin %43.2'si hastalığının gelecekteki hayallerini engelleyeceğini ve %56.8'si gelecekteki hayallerinin engellenmeyeceğini düşünmektedir. Tip I diyabetli ergenlerin yarıdan fazlasının (%56.8) hastalığın gelecekteki hayallerini engellemeyeceğini düşünmesi (Tablo 17), hastalığın kabullenmiş olmasında önemli bir oran olarak değerlidir.

4.5. BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİN BAĞIMLI DEĞİŞKENLE İLİŞKİSİNİN TARTIŞILMASI

Bu bölümde; ergenlerin tanıtıcı özellikleri ile, ebeveynlerin sosyo-demografik özellikler ile, ergenlerin ebeveynleriyle olan ilişkisi ile, ergenlerin ölüm ile ilgili deneyimleri, ölüm deneyimi yaşadığı kişinin yakınlık derecesi ve ölümü düşünme sıklıkları ile, sürekli kaygı puan ortalaması, ebeveyn kabul-red/ kontrol algı puan

ortalaması ve ebeveyn ölüm kaygısı puan ortalaması ile, Tip I diyabetli ergenlerin hastalık özellikleri ile, Tip I diyabetli ergenlerin ve ebeveynlerinin hastalıkla ilgili algıları ile ölüm kaygısı puan ortalaması arasındaki ilişki beş bölümde tartışılmıştır.

4.5.1. Ergenlerin Tanıtıcı Özellikleri İle Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu bölümde; sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet ve eğitim durumu), mutluluk düzeyleri ve son bir yıl içinde stres yaşama durumları ile ölüm kaygısı puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir.

H₂ Sağlıklı ve Tip I Diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puanları sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır? hipotezi kapsamında;

* Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin yaş gruplarına göre ölüm kaygısı puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 18).

*Ölüm kaygısı puan ortalamasının cinsiyetlere göre dağılımında cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hem sağlıklı hem Tip I diyabetli ergen grubunda kızların ölüm kaygısı puan ortalaması erkeklere göre daha yüksektir (Tablo 19).

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarının yaşlara göre dağılımında; sağlıklı 12-14 yaş grubundaki ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı puan ortalaması 49.08 ± 21.98 , 15-16 yaş grubundaki ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması 59.21 ± 17.49 ve 17-18 yaş grubundaki ergenlerin ise 52.38 ± 14.88 'dir. Tip I diyabetli 12-14 yaş grubundaki ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı puan ortalaması 48.45 ± 15.77 , 15-16 ve 17-18 yaş grubundaki ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı puan ortalamalarının (sırasıyla; 47.41 ± 14.72 ve 47.60 ± 15.88) aynı olduğu bulunmuştur. (Tablo 18). Sağlıklı ergenlerde 15-16 yaş

grubunda ölüm kaygısı puan ortalaması diğer yaş gruplarına göre daha yüksek iken, Tip I diyabetli ergenlerde ise ölüm kaygısı puan ortalaması tüm yaş gruplarında birbirine oldukça yakındır. Ergenlerin yaş gruplarına göre ölüm kaygısı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının sağlık durumu ve yaşa göre dağılımında sağlık durumu*yaş grupları arasında etkileşim olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 17). Yaş ile ölüm kaygısı arasında ilişkinin olmadığını belirleyen çalışmaların (6,139,157) yanı sıra bazı çalışmalarda yaşlılara göre gençlerde ölüm kaygısının daha fazla olduğu, yaş ile birlikte ölüm kaygısında azalma görüldüğü saptanmıştır (3,64,74,124,131). Aynı zamanda çalışmamızdaki yaş grupları arasındaki yaş farkının fazla olmaması nedeniyle, ölçek puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmamış olabileceği de düşünülmüştür.

Ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasının cinsiyete göre dağılımlarında, hem sağlıklı ergen grubundaki kızların (59.34 ± 19.65) hem de Tip I diyabetli ergen grubundaki kızların (53.22 ± 14.11) ölüm kaygısı puan ortalamalarının erkek ergenlere göre (sağlıklı; 44.57 ± 15.48 ve Tip I diyabetli 42.15 ± 14.46) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ölüm kaygısı puan ortalamasının cinsiyetlere göre dağılımındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 19). Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergen gruplarında ölüm kaygısı puan ortalamasının cinsiyetlere göre dağılımı paralellik gösterdiği için sağlık durumu*cinsiyet arasında etkileşim olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 18). Ölüm kaygısının incelendiği çalışmaların çoğunda kızların ölüm kaygısı puan ortalamasının erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (3,31,47,64,74,108,117,131). Çalışmamızın sonucu bu konuda yapılan diğer çalışma sonuçlarını desteklemektedir.

H₃ Sağlıklı ve Tip I Diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puanları mutluluk düzeylerine göre farklılaşmakta mıdır? hipotezi kapsamında;

* Her iki ergen grubunda ölüm kaygısı puanı ortalamasının mutluluk düzeyi ile değiştiği, fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 20).

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin yenilenmiş ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarının mutluluk düzeyine göre dağılımları incelendiğinde; “biraz mutlu” olan sağlıklı ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması 54.40 ± 20.43 , “çok mutlu” olanların 52.43 ± 16.43 ve “çok fazla mutlu” olanların 47.47 ± 18.36 olduğu bulunmuştur. Tip I diyabetli ergenlerin mutluluk düzeyine göre ölüm kaygısı puan ortalamaları (biraz mutlu; 51.62 ± 16.16 , çok mutlu; 48.02 ± 14.84 ve çok fazla mutlu; 42.76 ± 17.14) sağlık ergen grubunun sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Her iki ergen grubunda da ölüm kaygısı puan ortalamalarının mutluluk düzeyine göre dağılımları paralellik göstermekte olup sağlık durumu *mutluluk düzeyi arasında etkileşim olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 20). Her iki ergen grubunda da mutluluk düzeyi arttıkça ölüm kaygısı puan ortalamasının azaldığı, mutluluk düzeyi ile ölüm kaygısının negatif korelasyon gösterdiği söylenebilir. Ancak ölüm kaygısı puan ortalamasının mutluluk düzeyine göre değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 20). Abdel-Khalek ‘in (2005) yaş ortalamaları 21.0 ± 1.7 olan üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada, mutluluk ile ölüm kaygısı arasında negatif yönde zayıf ilişkinin olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur (4). Çalışma sonucumuzun Abdel-Khalek’ in çalışma sonucu ile paralellik gösterdiği söylenebilir.

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının son bir yıl içerisinde yoğun stres yaşama durumuna göre dağılımlarında; sağlıklı ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması stres yaşayanlarda 54.90 ± 18.56 , stres yaşamayanlarda $50.75 \pm$

22.12 olduğu ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması stres yaşayanlarda 48.72 ± 15.61 , stres yaşamayanlarda 46.35 ± 14.65 olduğu bulunmuştur. Her iki grupta da stres yaşama durumuna göre ölüm kaygısı puan ortalamasının benzer dağılım gösterdiği ve stres yaşama * sağlık durumu arasında etkileşim olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Ölüm kaygısı puanı ortalaması son bir yıl içerisinde yoğun stres yaşayanlarda sayısal olarak daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 21). Çalışmada, ergenlerin yaşadıkları stresin niteliği, süresi ve bu stresten ne kadar etkilendiği gibi yaşanan stresin önemini anlamaya yönelik sorgulama yapılmamıştır. Ergenlerin yaşadığı stresten ne kadar etkilendiği ile ilgili olarak ölüm kaygısının da etkileneceği düşünülmüştür. Bunun yanında yaşanan günlük streslerin ergenler üzerinde etkisi fazla olmayabilir.

4.5.2. Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Sağlıklı ve Tip Diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının anne ve baba yaşına göre dağılımı incelendiğinde; anne yaşı 30-39 olan sağlıklı ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasının (55.63 ± 18.32) anne yaşı 40-49 (52.39 ± 20.59) ve 50-59 (52.00 ± 21.41) olanlarınkinden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasının, anne yaşındaki artış ile birlikte arttığı (30-39 olanlarda 46.17 ± 15.14 , 40-49 olanlarda 48.51 ± 15.15 ve 50-59 olanlarda 58.71 ± 14.52) bulunmuştur. Sağlıklı ve Tip Diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının anne yaşına göre dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış ($p > 0.05$) ve sağlık durumu*anne yaşı arasında etkileşim saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 22). Baba yaşı 30-39 olan sağlıklı ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasının 54.0 ± 19.28 , baba yaşı 40-49 olanların 51.38 ± 19.80 ve baba yaşı 50-59 olanların 61.89 ± 17.21 olduğu saptanmıştır. Baba yaşı 40-49 ve 50-59 olan Tip I

diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasının eşit olduğu (sırasıyla; 49.09 ± 15.75 , 49.22 ± 14.95) ve baba yaşı 30-39 olanların ölüm kaygısı puan ortalamasının daha düşük (43.90 ± 13.87) olduğu bulunmuştur. Baba yaşına göre ölüm kaygısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0.05$) ve baba yaşı*sağlık durumu arasında etkileşim bulunmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 23).

Sağlıklı ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının anne-baba eğitim durumuna göre dağılımında, anne eğitim durumu ilkokul ve üniversite mezunu olan sağlık ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasının birbirine eşit olduğu (sırasıyla; 50.50 ± 17.02 , 50.50 ± 23.96) ve anne eğitim durumuna göre sağlıklı ergenlerde en yüksek ölüm kaygısı puan ortalamasının anneleri lise mezunu (60.24 ± 13.67) olan grup olduğu bulunmuştur. Baba eğitim durumu ortaokul (58.31 ± 22.08) ve lise (58.41 ± 17.60) olan sağlık ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamaları eşit iken, ilkokul ve üniversite mezunu olanların (51.42 ± 17.52 , 48.78 ± 20.75) ölüm kaygısı puan ortalaması daha düşüktür. Anne ve baba eğitim durumuna göre sağlıklı ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 24). Literatürde ölüm kaygısı anne-baba yaşı, eğitim durumu gibi ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri ile birlikte hiç incelenmemiştir.

Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının anne-baba eğitim durumuna göre dağılımında, anne eğitim düzeyindeki azalma ile ölüm kaygısı puanının (ilkokul; 49.22 ± 14.34 , ortaokul; 46.95 ± 17.10 , lise; 45.17 ± 16.34 ve üniversite 38.17 ± 18.51) arttığı saptanmıştır. Baba eğitim durumuna göre Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamalarındaki dağılımın (ilkokul; 51.08 ± 13.86 , ortaokul; 46.79 ± 17.39 , lise 45.00 ± 13.88 ve üniversite 41.71 ± 16.35) anne eğitim durumundaki dağılıma benzediği bulunmuştur. Anne ve baba eğitim durumuna göre Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 24). Anne-baba eğitim durumunun kronik bir hastalıkla baş etmede ergene verilen destekte önemli olduğu söylenebilir. Eğitim düzeyi yüksek olan ebeveynler hastalığın gerekliliklerini daha iyi anlayacak ve yerine getirecektir ve böylece ebeveynler ergene hastalıkla baş etmede önemli yardım sağlamış olacaktır.

4.5.3. Ergenlerin Ebeveynleriyle Olan İletişimi İle Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının sağlık durumuna ve anne ilişkisine göre dağılımları incelendiğinde; sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin anneleri ile olan ilişkilerinin “çok iyi” (sağlıklı; 53.33 ± 19.76 ve Tip I diyabetli; 47.74 ± 15.59) ve “iyi” (sağlıklı; 55.35 ± 19.12 ve Tip I diyabetli; 48.27 ± 15.11) olduğu, her iki grubunda anne ilişkisine göre ölüm kaygısı puan ortalamalarının dağılımlarının benzerlik gösterdiği bulunmuştur. Ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasında sağlık durumu* anne ilişkisi arasında etkileşim olmadığı ($p>0.05$) ve ergenlerin anneleri ile olan ilişkilerine göre ölüm kaygısı puan ortalamalarının dağılımındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 26).

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının baba ilişkisine göre dağılımları incelendiğinde; baba ilişkisi “çok iyi” (52.72 ± 19.39) ve “iyi”(53.56 ± 21.61) olan sağlıklı ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamaları birbirine yakın iken. baba ilişkisi “iyi değil” (61.00 ± 13.14) grubundaki ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması daha yüksektir. Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması baba ilişki “çok iyi” (47.57 ± 15.93) ve “iyi”(47.07 ± 13.62) olanlarda eşit. baba ilişkisi “iyi değil” (56.86 ± 17.92) grubundaki ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması daha yüksektir. Her iki ergen grubunda da baba ilişkisi iyi olmayan ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması sayısal olarak daha yüksek ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Her iki grupta da ölüm kaygısı puan ortalamalarının dağılımı

paralellik göstermiş ve sağlık durumu* baba ilişkisi arasında etkileşim saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 27).

Ergenlerin babalarına göre anneleri ile olan ilişkilerinin daha iyi olduğu söylenebilir. Her iki gruptaki ergenlerin tamamının anneleri ile ilişki düzeyleri çok iyi ve iyi düzeyde olduğu için ergenlerin ölüm kaygısı puanının anne ilişkisinden etkilendiği ancak her iki ergen grubunda da baba ilişkisi iyi olmayan ergenlerin olduğu ve bu ergenlerin ölüm kaygısının baba ilişkisinden etkilendiği söylenebilir. Bu sonuçların, anne-çocuk ve baba-çocuk ilişkisindeki farkı ön plana çıkardığı söylenebilir. Baba-ergen ilişkisi anne-ergen ilişkisine göre daha uzak-soğuk, tartışmalara daha açık, daha çok yargılayıcı ve kısıtlayıcıdır (25,72). Anneler, ergenlerin duygusal gereksinimlerini karşılamada babalara göre daha büyük rol üstlenirler (70).

4.5.4. Ergenlerin Ölüm İle İlgili Deneyimleri, Ölüm Deneyimi Yaşadığı Kişinin Yakınlık Derecesi ve Ölümü Düşünme Sıklıkları ile Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu bölümde; ergenlerin ölüm deneyimi yaşama durumları ile ölüm deneyimi yaşadığı kişinin yakınlık derecesi ile ve ölümü düşünme sıklıkları ile ölüm kaygısı puan ortalaması arasındaki ilişki tartışılmıştır.

H₄ Sağlıklı ve Tip I Diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puanları ölüm deneyimi yaşama durumuna göre farklılaşmakta mıdır? hipotezi kapsamında;

* Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının ölüm deneyimi yaşama durumuna göre dağılımında, ölümü deneyimi yaşayan ergenlerin yaşamayanlara göre ölüm kaygısının daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 28).

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının ölüm deneyimi yaşama durumuna göre dağılımları incelendiğinde; sağlıklı ergenlerin ölüm

kaygısı puan ortalamasının ölüm deneyimi yaşayanlarda 54.78 ± 19.77 , ölüm deneyimi yaşamayanlarda 51.52 ± 18.94 olduğu ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasının ölüm deneyimi yaşayanlarda 48.70 ± 15.77 , yaşamayanlarda 46.85 ± 14.66 olduğu saptanmıştır. Ergenlerin ölüm deneyimi yaşama durumuna göre ölüm kaygısı puan ortalamaları sayısal olarak fark olmasına karşın istatistiksel olarak bu fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Her iki grupta da ölüm deneyimi yaşama durumuna göre ölüm kaygısı puan ortalamaları benzer dağılım göstermiş ve ölüm deneyimi yaşama * sağlık durumu arasında etkileşim olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 28). Yapılan çalışmalarda ise, ölüm deneyimi yaşama durumu ile ölüm kaygısı arasındaki ilişki farklılık göstermiştir. Ens ve Bond'un (2005) 11-18 yaşları arasında sağlıklı ergenlerle yaptığı çalışmada, ölüm deneyimi yaşarlarda ölüm kaygısı puanı 40.70 ± 15.33 , yaşamayanlarda ise 40.42 ± 15.38 olarak bulunmuş ve ölüm deneyimi yaşama ile ölüm kaygısı arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (47). Yine aynı şekilde Denton ve Wisenbaker'in (1977) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada, ölüm deneyimi ile ölüm kaygısı arasında ilişki olmadığı bulunmuştur (42). Chen ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında ise yakın birinin ölümünü deneyimleyenlerin ölüm kaygısının daha yüksek olduğu bulunmuştur (28). Çalışmamızın sonucu, ölüm deneyimi yaşayanlarda ölüm kaygısının yüksek olması nedeniyle Chen ve arkadaşlarının çalışmasını, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmaması nedeniyle Denton ve Wisenbaker'in çalışma sonucunu desteklemektedir.

Ergenlerin ölüm deneyimi yaşadığı kişinin yakınlık derecesine göre ölüm kaygısı puan ortalamasının dağılımında; sağlıklı ergenlerde baba ya da anne ve büyükanne-büyükbaba ölümü deneyimleyenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması (sırasıyla 55.00 ± 20.83 , 57.46 ± 20.99) akraba ölüm deneyimleyenlerden (50.58 ± 17.55) daha yüksek bulunmuştur. Tip I diyabetli ergenlerde ise ölüm deneyimi yaşadığı kişinin

yakınlık derecesine göre ölüm kaygısı puan ortalaması, akraba ölüm deneyimleyenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması (51.94 ± 15.13) baba ya da anne ve büyükanne-büyükbaba ölümü deneyimleyenlerinkinden (sırasıyla; 44.75 ± 14.53 , 46.39 ± 16.53) daha yüksektir. Ölüm deneyimi yaşanan kişinin yakınlık derecesine göre ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamalarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) ve sağlık durumu* yakınlık derecesi arasında etkileşim saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 29). Büyükanne-büyükbaba ölümü deneyimleyen 11-18 yaşları arasındaki ergenlerle yapılan çalışmada ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması 42.15 ± 16.10 olarak bulunmuştur. Literatürde. ölüm kaygısı ile kaybedilen kişinin arasında bağlılığın ve bu bağlılık kalitesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (47). Çalışmamızda ergenlerin ölüm deneyimi yaşadığı kişi ile bağlılığı ve bağlılık kalitesi araştırılmamıştır.

Ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasının ölümü düşünme sıklığına göre dağılımları incelendiğinde; sağlıklı ergenlerin, ölüm kaygısı puan ortalaması en yüksek olan grubun ölümü “her zaman” düşündüğü (63.00 ± 28.36), ölüm kaygısı puan ortalaması en düşük olan grubun ölümü “hiç” düşünmediği (44.80 ± 19.56) bulunmuştur. Tip I diyabetli ergenlerin ölümü düşünme sıklığına göre ölüm kaygısı puan ortalamalarındaki dağılımın sağlıklı ergen grubu ile benzerlik göstermektedir. Her iki grupta da ölümü düşünme sıklığı ile birlikte ölüm kaygısı puan ortalaması artmaktadır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 30). Ölümü düşünme sıklığı ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkinin pozitif bir korelasyon gösterdiği söylenebilir.

4.5.5. Ergenlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması ile Sürekli Kaygı Puan Ortalaması, Ebeveyn Kabul-Red/ Kontrol Algısı Puan Ortalaması ve Ebeveynlerin Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu bölümde; ergenlerin ölüm kaygısının, sürekli kaygı ile, anne ve baba ilişkisinde kabul-red/kontrol algısı ile, ebeveynlerin ölüm kaygısı ile ilişkisi tartışılmıştır.

H₅ Sağlıklı ve Tip I Diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puanları ile sürekli kaygı puanları arasındaki ilişki farklılaşmakta mıdır? hipotezi kapsamında;

* Hem sağlıklı hem Tip I diyabetli ergenlerde ölüm kaygısı ile sürekli kaygı arasında anlamlı ve pozitif ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$) (Tablo 31 ve Tablo 32).

Sağlıklı ergenlerde YÖKÖ puan ortalaması ile SKÖ puan ortalaması arasında anlamlı ve pozitif ilişki ($r=0.28$ $p < 0.01$) (Tablo 31), Tip I diyabetli ergenlerin YÖKÖ puan ortalaması ile SKÖ puan ortalaması kuvvetli olmayan, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.33$ $p < 0.01$) (Tablo 32). Üniversite öğrencileri ve yetişkinlerle yapılan çalışmalarda, ölüm kaygısı ile sürekli kaygı arasında (sırasıyla; $r=0.24$ ve $r=0.36$) anlamlı ve pozitif ilişkinin olduğu bulunmuştur (3,6). Çalışmamızın sonucu diğer çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

H₆ Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ebeveyn (anne-baba) kabul-red/kontrol algısı puan ortalaması ile ölüm kaygısı puan ortalaması arasındaki ilişki farklılaşmakta mıdır? hipotezi kapsamında;

*Hem sağlıklı hem Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması ile EKRÖ (anne ve baba) puan ortalaması arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 31 ve Tablo 32). EKRÖ' inde toplam puan arttıkça ergen, ebeveyni ile ilişkisinde daha fazla red algılamaktadır (Varan 2003). Her iki ergen grubunda da ebeveynleri ile ilişkilerinde kabul/red algısıyla ölüm kaygısının değişmediği

söylenir. Ebeveyn kabul-red kuramına göre, anne-baba tarafından kabul veya red algılayan çocukların hem duygusal, davranışsal ve sosyal-bilişsel gelişimleri hem de yetişkinlikteki psikolojik uyumları etkilenir (123,130). Aynı zamanda, anne-baba tarafından red edilme, zedelenmiş öz-saygı ve öz-yeterlik, duygusal tutarsızlık, düşmanlık, saldırganlık ve olumsuz dünya görüşüne neden olur (122,123). Bu bağlamda, ölüm kaygısı ile ebeveyn kabul ya da reddi arasında bir ilişki olabileceği düşünülmüştür. Ancak çalışma sonucumuz bu düşünceyi desteklememektedir.

Ebeveyn kabul-red kuramı ile yapılan çalışmalarda, çocukların yaklaşık %80'inin genellikle ebeveyn reddinden olumsuz etkilenme eğiliminde olduğunu onaylanırken, küçük bir bölüm olan %20 'sinin "başedenler" olarak nitelendirildiği vurgulanmaktadır (122). Çalışma sonucuna göre, araştırma kapsamında olan ergenlerinde küçük bir oran olan %20'lik baş edenler grubundan olduğu düşünülebilir.

* Hem sağlıklı hem Tip I diyabetli ergenlerin baba- EKRÖ'nin kontrol alt ölçeği puan ortalaması ile ölüm kaygısı puan ortalaması arasında ilişki olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur. (Tablo 31 ve Tablo 32).

* Sağlıklı ergenlerin anne- EKRÖ'nin kontrol alt ölçeği puan ortalaması ile ölüm kaygısı puan ortalaması arasında ilişki olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 31) saptanırken, Tip I diyabetli ergenlerde ise anlamlı ve pozitif korelasyon ($p < 0.01$) olduğu saptanmıştır (Tablo 32). Ebeveyn ya da anne kontrolünün fazla olması olumsuz etkilenime yol açar. Tip I diyabetli ergenlerin aileleri ile yapılan çalışmalarda ebeveyn ya da anne kontrolünün fazla olmasının, hipoglisemi ataklarında artış, diyabetle yaşam memnuniyetinde azalma ve kötü uyum gibi olumsuz etkilere neden olduğu bulunmuştur (61,76149). Hastalıktan olumsuz etkilenim ile ölüm kaygısı arasında pozitif ilişki olduğu çalışmamızın bir başka sonucu ile de desteklenmiştir (Tablo 34).

H₇ Sağlıklı ve Tip I Diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puanları ile ebeveynlerinin ölüm kaygısı puanları arasındaki ilişki farklılaşmakta mıdır? hipotezi kapsamında;

* Hem sağlıklı hem Tip I diyabetli ergenlerin YÖKÖ puan ortalaması ile ebeveynlerin ÖKÖ puan ortalaması arasında bir ilişki saptanmamıştır (sırasıyla; $r=0,04$, $r=0,01$ $p>0.05$) (Tablo 31 ve Tablo 32).

Ebeveynler çocuklarını olumsuz etkilerden korumak ölümün konuşulduğu ortamlardan, cenaze törenlerinden ve mezarlıklardan genellikle uzak tutmaya çalışmaktadırlar. Böyle bir yaklaşımı benimseyen ebeveynlerin kendi ölümleri ile ilgili duydukları kaygılarını da çocuklarına yansıtmadıkları düşünülebilir. Bunun yanı sıra ebeveynlerin düşündüğü kadar ergenlerin çok güçsüz olmadıkları, ebeveynlerin farkında olarak ya da olmayarak yansıttıkları ölüm kaygısının da ergenleri etkilemediği düşünülebilir.

4.5.6. Tip I Diyabetli Ergenlerin Hastalık Özellikleri ve Hastalıkla İlgili Algıları ile Ölüm Kaygısı Puan Ortalaması Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu bölümde; Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasının hastalık özellikleri ile (tanı süresi (yıl), beslenme modeli, insülin tedavi şekli), hastalıkla ilgili algıları ile (tedaviye uyum, hastalıktan etkilenme durumu, endişelenme durumu, hastalığın gelecekteki hayallerini engelleme durumu) ve ebeveynlerin hastalıkla ilgili algıları ile (tedaviye uyum, hastalıktan etkilenme durumu, endişelenme durumu) arasındaki ilişki tartışılmıştır.

H₈ Tip I Diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puanları hastalık özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır? hipotezi kapsamında;

* Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puanının tanı süresi fazla olanlarda daha düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 33).

* Tip I diyabetli ergenlerin diğer hastalık özellikleri (beslenme modeli, insülin tedavi şekli, hipoglisemi ve ketoasidoz yaşama durumu, diyabetik ketoasidoz ve hipoglisemi nedeniyle en son hastaneye yatma zamanı ve kan şekerinin gün içerisindeki ölçüm sıklığı) ile ölüm kaygısı puanının arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 33).

Tip I diyabetli ergenlerin tanı süresine göre ölüm kaygısı puan ortalamasının dağılımında, tanı süresi 1-5 yıl (47.29 ± 16.18) ve 6-10 yıl (50.71 ± 13.81) olan ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasına göre tanı süresi 11 yıl ve üstü olan ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması (35.88 ± 9.50) oldukça düşüktür. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 33). Kronik hastalığı olan ergen ya da çocuk grubuna yönelik ölüm kaygısı hiç araştırılmamıştır. Kronik hastalığı olan yetişkin grubuna yönelik ölüm kaygısı çalışmaları oldukça sınırlıdır. Otom ve arkadaşlarının (2007) yetişkin epilepsi hastalarının ölüm kaygısının incelendiği çalışmalarında, epilepsinin tanı süresi ile ölüm kaygısı arasında negatif ilişkinin olduğu bulunmuştur (108). Kronik hastalıkta tanı süresi arttıkça, hastalık ile yaşamın daha iyi öğrenildiği, uyum sağlandığı ve kişinin baş etmelerinin güçlendiği bilinmektedir. Baş etmeleri güçlü olan kişinin ölüm kaygısı ile de daha iyi baş edebileceği düşünülmüştür.

Tip I diyabetli ergenlerin beslenme modeline ve insülin tedavi şekline göre ölüm kaygısı puan ortalamaları incelendiğinde, beslenme modelinde “karbonhidrat sayımı” (45.27 ± 13.86) kullananların “üç ana üç ara öğün” (48.60 ± 15.61) kullananlara göre ve insülin tedavisinde pompa kullananların (42.40 ± 19.64) kalem kullananlara (48.38 ± 14.84) göre ölüm kaygısı puan ortalamaları daha düşüktür. Ancak bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 33). Literatürde “karbonhidrat sayımı” beslenme modelinin ve pompa ile insülin tedavisinin ergene daha fazla sorumluluk yükleyeceği, ancak hastalığın kontrolünün kendisinde olduğu duygusunu da

verebileceği vurgulanmaktadır (112). Ergenlik döneminde çok önemli olan kontrol duygusu, hastalığın kabullenilmesinde ve hastalığa uyumda ergene yardımcı olacaktır. Otoom ve arkadaşlarının (2007) epilepsi hastaları ile yaptığı çalışmada, hastalıkları üzerinde kontrolü olduğunu algılayan hastaların, ölüm kaygı puanının daha düşük olduğu, hastalık kontrol algısı ile ölüm kaygısı arasında negatif ilişkinin olduğu saptanmıştır (108). Bu bağlamda, çalışma sonucunun, Otoom ve arkadaşlarının çalışma sonucunu desteklediği söylenebilir.

H₉ Tip I Diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puanları ergenlerin hastalıkla ilgili algılarına göre farklılaşmakta mıdır? hipotezi kapsamında;

* Tip I diyabetli ergenlerin tedaviye uyumu ile ölüm kaygısı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış($p<0.05$) olup, tedaviye uyumsuz olan ergenlerin ölüm kaygısı puanları tedaviye uyumlu olanlara göre daha yüksektir.

* Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puanının hiç etkilenmeyenlerle çok olumsuz etkilenenler arasında farklılaştığı, bu fark istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

* Tip I diyabetli ergenlerin hastalıkla ilgili endişelenme durumu ile ölüm kaygısı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış($p<0.05$) olup, hiç endişeli olmayan ergenlerin ölüm kaygısı puanları endişeli olanlara göre çok daha düşüktür.

* Tip I diyabetli ergenlerin hastalıklarının gelecekle ilgili hayallerini engelleyeceğini düşünme durumuna göre ölüm kaygı puan dağılımları istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 34).

Tip I diyabetli ergenlerin tedaviye uyumları ile ölüm kaygısı puan ortalamaları arasında negatif ilişkisinin olduğu, tedaviye “çok uyumlu” (46.73 ± 17.199) ve “uyumlu” (45.45 ± 14.44) olanlara göre “uyumsuz” (58.85 ± 10.30) olan ergenlerin ölüm kaygısı

puanı çok daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak ta anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 34). Tip I diyabetli ergenlerle yapılan bir çok çalışmada tedaviye uyum ile kaygı ve depresyon azaldığı, öz yeterlik ve benlik saygısının arttığı (63,92,95,115,119), yine bir çok çalışmada kaygı, depresyon, benlik saygısı ve öz yeterliliğin ölüm kaygısı ile negatif korelasyon gösterdiği bulunmuştur (2,3,6,74,131). Bu bağlamda tedaviye uyumsuz olan Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puanının yüksek olmasının beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

Hastalıktan etkilenme durumuna göre Tip I ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının dağılımında; hastalıktan hiç etkilenmeyen ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasının (42.22 ± 15.12) çok olumsuz etkilenenlere (53.36 ± 13.73) göre çok daha düşük olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 34). Hastalıktan olumsuz etkilenim, hastalığa uyumu ve psikososyal etkileri olumsuz etkileyecektir. Hastalığın psikososyal etkilerinin (kaygı, korku, depresyon vb.) fazla olması ölüm kaygısını artışı yönünde etkili olacaktır.

Tip I diyabetli ergenlerin hastalıkla ilgili endişelenme durumlarına göre ölüm kaygısı puan ortalaması incelendiğinde; hiç endişeli olmayanlarda 39.04 ± 16.69 iken endişeli olanlarda ise 51.74 ± 16.18 olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 34). Gelecekle ilgili hayallerini engelleyeceğini düşünen Tip I ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması (50.63 ± 15.02) engelleyeceğini düşünmeyenlere (45.83 ± 15.23) göre daha yüksektir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 34). Tip I diyabetli ergenlerin hastalıkla ilgili endişeleri ve hastalıklarının gelecekteki hayalleri üzerindeki etkisi hastalıkla ilgili kaygı ve korkuların artışına neden olabilir. Bu korku ve kaygılar ergenin hastalıkla etkin baş etmesini etkilediği ve böylece ölüm kaygısında da bir artış olabileceği düşünülebilir.

Tip I diyabetli ergenlerin ebeveynlerin hastalıkla ilgili algılarına göre, tedaviye çok uyumlu olan ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması 46.70 ± 17.55 , tedaviye çok uyumsuz olanların 54.50 ± 11.70 'dir. Ebeveynlerin algılarına göre ergenlerin tedaviye uyumu ile ölüm kaygısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 35). Aynı zamanda tedaviye uyumsuz olduklarını ifade eden ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması tedaviye uyumlu olduklarını ifade edenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ergenlere ve ebeveynlere göre tedaviye uyumsuz olan ergende ölüm kaygısı yüksektir. Hastalıktan hiç etkilenmeyen ebeveynlerin ergenlerinin ölüm kaygısı puan ortalaması 39.33 ± 11.23 , çok olumsuz etkilenen ebeveynlerin ergenlerinin ölüm kaygısı puan ortalaması ise 49.54 ± 15.27 'dir. Hastalıkla ilgili hiç endişelenmeyen ebeveynlerin ergenlerinin ölüm kaygısı puan ortalaması 44.79 ± 12.12 , çok endişeli olan ebeveynlerin ergenlerinin ölüm kaygısı puan ortalaması 49.21 ± 15.43 'tür. Ebeveynlerin hastalıktan etkilenme ve endişelenme durumlarına göre Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 35). Ancak hastalıktan çok olumsuz etkilenen ve çok fazla endişeli olan ebeveynlerin, Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısında artışa neden olduğu söylenebilir. Çok olumsuz etkilenen, çok fazla endişeli olan ve çocuklarının tedaviye uymadığını düşünenler ebeveynler, hastalıkları ile ilgili olarak ergenler ile çatışma yaşayabilir. Bu durumda ebeveyn ergenler üzerinde hastalıkla ilgili kontrol davranışlarını arttıracaktır. Ebeveynlerin hastalıkla ilgili olarak ergen üzerindeki kontrol davranışlarının fazla olması ve hastalıkla ilgili yaşanan çatışmaların, ergenin metabolik kontrolünde zayıflamaya, kötü metabolik kontrole neden olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konulmuştur (61,76,92,149).

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇLAR

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerde ölüm kaygısı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yürütülmüş olan araştırmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

Araştırmanın kapsamına alınan sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin sosyo – demografik özelliklerinden yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kardeş sayısı, ailedeki çocuk sırasına göre dağılımındaki iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$), her iki grubun homojen olduğu görülmüştür.

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ebeveynlerine ilişkin sosyo-demografik özelliklerinden anne ve baba yaşlarına, medeni duruma ve sağlık güvencesine göre dağılımında iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamış ($p>0.05$), her iki grubun homojen olduğu görülmüştür.

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ebeveynlerine ilişkin sosyo-demografik özelliklerinden anne ve baba eğitim durumu ve sosyo-ekonomik düzeyine göre iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmış ($p<0.05$), her iki grubun homojen olmadığı görülmüştür.

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin son bir yıl içerisinde yoğun stres yaşama durumuna, mutluluk durumlarına, sürekli kaygı puan ortalamalarına, anne-baba ilişki düzeylerine, ebeveyn kabul-red algısına, ölüm deneyimi yaşama durumuna, ölüm deneyimi yaşadığı kişinin yakınlık derecesine ve ölümü düşünme sıklığına göre iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Sağlık durumuna göre ergenlerin Yenilenmiş Ölüm Kaygısı ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Sağlıklı

ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasının Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Ölüm kaygısı puan ortalamasının cinsiyetlere göre dağılımında cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hem sağlıklı hem Tip I diyabetli ergen grubundaki kızların ölüm kaygısı puan ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Eğitim durumuna göre ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasında, ilköğretim grubundaki sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması aynı iken lise grubundaki sağlıklı ergenlerin Tip I diyabetli ergenlere göre ölüm kaygısı puan ortalaması daha yüksektir. Ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasının sağlık ve eğitim durumuna göre dağılımında, sağlık ve eğitim durumu arasında etkileşim olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin yaş gruplarına göre ölüm kaygısı puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Her iki ergen grubunda da ölüm kaygısı puanı ortalamasının mutluluk düzeyine göre dağılımın benzer olduğu, mutluluk düzeyi ile ölüm kaygısı arasında negatif korelasyon olduğu, fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p>0.05$) olmadığı saptanmıştır.

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamalarının ölüm deneyimi yaşama durumuna göre dağılımında, ölüm deneyimi yaşayan ergenlerin yaşamayanlara göre ölüm kaygısının daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Hem sağlıklı hem Tip I diyabetli ergenlerin ölümü düşünme sıklığı ile birlikte ölüm kaygısı puan ortalamasının arttığı, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur.

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasının sürekli kaygı puanı ortalaması ile anlamlı ve pozitif bir ilişki gösterdiği ($p<0.05$), ebeveyn (hem anne hem baba) kabul-red puanı ve baba kontrol puanı ile ilişki göstermediği ($p>0.05$) ve Tip I diyabetli ergenlerde ölüm kaygısı puan ortalamasının anne kontrol puanı ile anlamlı ve pozitif bir ilişki gösterdiği ($p<0.05$) bulunmuştur.

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalaması ile ebeveynlerin ölüm kaygısı puan ortalaması arasındaki bir ilişki ($p>0.05$) olmadığı saptanmıştır.

Tip I diyabetli ergenlerde, hastalık süresi ile ölüm kaygısı puan ortalamasının düştüğü, hastalıkla ilgili endişelenme düzeyindeki artış ile ölüm kaygısı puan ortalamasının arttığı, hastalıktan hiç etkilenmeyenlerde ölüm kaygısı puan ortalamasının daha düşük olduğu, ölüm kaygısı puan ortalamasının hastalık süresi, hastalıktan etkilenme ve hastalıkla ilgili endişelenme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

5.2. ÖNERİLER

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda hemşirelik uygulama ve araştırmalarına yönelik önerilerde bulunulmuştur.

- * Çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan hemşirelerin, çocuk ve ergenlerin bakımını planlarken ölümle ilgili kaygılarını araştırması,

- * Hemşirelerin hem sağlıklı hem hasta grubu ergenlerde ölüm kaygısı ile ilgili verilerin toplanmasında YÖKÖ veri toplama aracının etkin olarak kullanması,

- * Hemşireler, bakımından sorumlu olduğu hastalarına yönelik bakımı planlarken NANDA hemşirelik tanı listesinde de yer alan “ölüm kaygısı” isimli hemşirelik tanısını hastaları için aktif olarak kullanması,

- * Bu araştırma tasarımının korunmaya muhtaç çocuklar, suçlu çocukların, kırsal kesimde yaşayan çocuklar, istismara maruz kalmış çocuklar ve törelerin hakim olduğu bölgelerde yaşayan çocuklar gibi daha farklı özellikte ve daha geniş örneklem grubu ile tekrarlanması,

- * Tip I diyabet dışındaki kronik hastalığı olan ergenlerle de ölüm kaygısının çalışması ve bu çalışma sonuçları ile gruplar arası karşılaştırmaların yapılması,

- * Literatürde, ölüm kaygısını etkilediği belirtilen depresyon, benlik saygısı, başetme gibi değişkenlerin Türk toplumundaki örneklemelerde de çalışması ve sonuçlarının literatüre kazandırılması,

- * Çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan hemşireler çocuk ve ailenin bakımını planlarken aile merkezli bakım doğrultusunda, ebeveynlerin ölüm kavramı ile ilgili olarak çocuklarına olan yaklaşımlarını değerlendirerek, ebeveynlere ölümle ilgili yaş gruplarına uygun yaklaşımların neler olduğu konusunda danışmanlık yapması,

- * Çalışmanın uygulama aşamasında ergenlerin ölüm kavramı ile ilgili konuşmaktan rahatsız olmadığı, ancak ebeveynlerin çocukları ile ölüm kavramı

konusunda konuşulmasını istemedikleri gözlenmiş ve bazı ergenler ölüm konusunda daha fazla konuşmak istediklerini belirtmiş olması nedeniyle ebeveynlerin, çocuklarıyla ölüm kavramı konusunda konuşmaları için cesaretlendirilmesi

* Kronik hastalığa sahip ebeveynlerin ölüm kaygısında ele alınacağı açılışmaların yapılması önerilebilir.

BÖLÜM VI

ÖZET

Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerde Ölüm Kaygısı Ve Etkileyen Faktörler

Araştırma, sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısını ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla kesitsel, analitik ve tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırma, 2007-2008 Eğitim-Öğretim yılında İzmir ili T.C M.E.B bağlı Suphi Koyuncuoğlu İlköğretim Okulu ve Lisesinde öğrenim gören 12-18 yaş grubu sağlıklı ergenler ve aileleri ile Ocak 2008- Ocak 2009 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi endokrin polikliniğinde, S.B. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi endokrin polikliniğinde ve S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk endokrin polikliniğinde takip edilen 12-18 yaş grubundaki Tip I diyabetli ergenler ve aileleri ile yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, araştırmanın yürütüldüğü okullardaki sağlıklı ergenler ve aileleri ve araştırmanın yürütüldüğü hastanelerdeki Tip I diyabetli ergenler ve aileleri oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, Ocak 2008- Ocak 2009 tarihleri arasında belirlenen hastanelerin çocuk endokrin polikliniklerinde takip edilen, araştırmaya katılmayı kabul eden ve ulaşılabilen 125 Tip I diyabetli ergen ve aileleri ile 2007-2008 eğitim-öğretim yılında araştırmanın evrenini oluşturan okullarda öğrenim gören ve basit örnekleme yöntemiyle seçilen 94 sağlıklı ergen ve ailesi oluşturmuştur.

Araştırmada veri toplama aracı olarak, “Ergenlerin Ve Ailelerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veri Formu”, “Hastalık Veri Formu”, “Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği”, “Sürekli Kaygı Ölçeği”, “Ebeveyn Kabul-Red/Kontrol Ölçeği” ve ebeveynlerin ölüm kaygısını belirlemek amacıyla “Templer’in Ölüm Kaygısı Ölçeği” kullanılmıştır.

Verilerin analizinde SPSS paket programı kullanılarak, sayı, yüzde, ki-kare , student t testi, varyans analizi, Bonferroni testi ve korelasyon analizi testleri uygulanmıştır.

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin sosyo –demografik özellikler açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$), her iki grubun homojen olduğu saptanmıştır. Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin stres yaşama durumlarına, ölüm deneyimi yaşama durumlarına, mutluluk durumlarına, anne-baba ilişki düzeylerine ve ölümü düşünme sıklığına göre iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Sağlıklı ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasının Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasından daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hem sağlıklı hem Tip I diyabetli ergen grubundaki kızların ölüm kaygısı puan ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğu olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Mutluluk düzeyi ile ölüm kaygısı arasında ilişki olduğu ve ölüm deneyimi yaşayan ergenlerin yaşamayanlara göre ölüm kaygısının daha yüksek olduğu, ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) ve ergenlerin ölümü düşünme sıklığı ile birlikte ölüm kaygısı puan ortalamasının arttığı, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır.

Sağlıklı ve Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasının sürekli kaygı puanı ortalaması ile anlamlı ve pozitif bir ilişki gösterdiği ($p<0.05$), ebeveyn kabul-red puanı ortalaması ve ebeveynlerin ölüm kaygısı puan ortalaması ile ilişki göstermediği ($p>0.05$) saptanmıştır.

Tip I diyabetli ergenlerin ölüm kaygısı puan ortalamasının hastalık süresi, hastalıktan etkilenme ve hastalıkla ilgili endişelenme durumuna göre değiştiği ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: ölüm, ölüm kaygısı, ergen, Tip I diyabetli ergenler, Tip I diyabetes mellitus

ABSTRACT

DEATH ANXIETY IN HEALTHY ADOLESCENTS AND ADOLESCENTS WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS AND RELATED FACTORS

This research was conducted as cross-sectional, analytic and descriptive study for the purpose of to determine related factors and death anxiety in healthy adolescents and adolescents with type 1 diabetes mellitus.

The research has been carried out with healthy adolescents and their family, aged 12-18, educated at Izmir province, Republic of Turkey Ministry of National Education Suphi Koyuncuoğlu primary school and highschool 2007-2008 educational period and adolescents with type 1 diabetes mellitus and their family, aged 12-18, follow up at Ege University Faculty of Medicine Hospital Pediatric, Republic of Turkey Ministry of Health Dr. Behçet Uz Child Health and Surgery Education and Research Hospital, Republic of Turkey Ministry of Health Tepecik Education and Research Hospital at outpatients (with type 1 diabetes mellitus) in pediatric endocrine clinic between January 2008 - January 2009. The research population was comprised of healthy adolescents and their family in schools of research are being conducted and adolescents with type 1 diabetes mellitus and their family in hospitals of research are being conducted. The sample included 94 healthy adolescents and their family who educated in designated schools at 2007- 2008 educational period and 125 adolescents with type 1 diabetes mellitus and their family, accepted the application and available, who follow up at outpatients (with type 1 diabetes mellitus) pediatric endocrine clinic in designated hospitals between January 2008 - January 2009.

The data collection tools in the research were, “Adolescents and Their Family Related Descriptive Characteristics Data Form”, “Disease Data Form”, “Revised Death Anxiety Scale”, “State Anxiety Inventory”, “Parental Acceptance-Rejection/Control

Questionnaire” and “Templer Death Anxiety Scale” for determine death anxiety parent’s.

SPSS packet program was used in the data analysis with number, percentage, Chi-Square, student t test, variance analysis, Bonferroni test and correlation test.

It was found in our study that there was no significant difference between the study groups in terms of sociodemographic characteristics of both healthy adolescents and adolescents with type 1 diabetes ($p>0.05$), and both groups were noted to be homogenous. Furthermore, no significant difference was reported between both groups, healthy adolescents and adolescents with type 1 diabetes, in regard to their stress levels, experience of death, the state of happiness, relations with parents, and frequency of thinking about death ($p>0.05$).

The mean score of death anxiety for healthy adolescents was found to be considerably higher than that of adolescents with type 1 diabetes, which was considered to be statistically meaningful ($p<0.05$). It was further noted that females in both groups had higher scores of death anxiety in comparison to males ($p<0.05$).

It was also reported that there was a negative relation between the state of happiness and death anxiety and the scores of death anxiety were considerably higher in those who had experience of death, which wasn’t found to be statistically meaningful ($p>0.05$). In addition, the mean score of death anxiety gradually increased as the frequency of thinking about death, which was, however, statistically meaningful ($p<0.05$).

The mean score of death anxiety for both groups had a meaningful and positive correlation with the mean score of trait anxiety ($p<0.05$) while it had no such correlation with the mean score of parent’s acceptance-rejection and death anxiety of parents ($p>0.05$).

The mean score of death anxiety for adolescents with type 1 diabetes varied according to certain criteria such as duration of disease, effects of the disease on the individuals, and anxiety about the course of disease, and the difference was found to be statistically meaningful ($p < 0.05$).

Key Words: death, death anxiety, adolescents , adolescents with type1 diabetes, type 1 diabetes mellitus

KAYNAKLAR

1. Abdel-Khalek, A. M. (1998). Death, anxiety, and depression in Lebanese undergraduates, *Omega: Journal of Death and Dying*, 37:289–302.
2. Abdel-Khalek, A.M. (2002). Death, Anxiety And Depression : A Comparison Between Egyptian, Kuwaiti, And Lebanese Undergraduates, *Omega :Journal of Death And Dying*, 45(3): 277-287.
3. Abdel-Khalek, A.M. (2004). The Arabic Scale of Death Anxiety (ASDA): Its Development, Validation, And Results In Three Arab Countries, *Death Studies*, 28:435-45.
4. Abdel-Khalek, A.M. (2005). Happiness And Death Distress: Two Separate Factors, *Death Studies*, 29: 949–958.
5. Abdel-Khalek, M.A. (1997). Single – Versus Multi-Item Sacle In Measuring Death Anxiety, *Death Studies*, 22:763-772.
6. Abdel-Khalek, M.A., Sabado, J.T. (2005). Anxiety and Death Anxiety In Egyptian and Spanish Nursing Students, *Death Studies*, 29:157-169.
7. Ak, B., Conk, Z. (2009). Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Ergenler İçin Güvenirlik Ve Geçerliliğinin İncelenmesi, *Ege Pediatri Bülteni*, Sayı:1 (Basımda)
8. Akça, F., Köse, A. (2008). Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Uyarlanması:Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Klinik Psikiyatri*,11, 7-16.
9. Akgül, A. (2003). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları, Yükseköğretim Kumru Matbaası, Ankara.
10. Altuntaş, Y. (2001). Diabetes Mellitus'un Tanımı, Tanısı ve Sınıflandırması. Ed: Yenigün M., Altuntaş Y., Her Yönüyle Diabetes Mellitus, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 51-62,

11. Altuntaş, Y. (2003). Diyabetin Akut Metabolik Komplikasyonları,Türkiye Klinikleri Endokrinoloji Dergisi, 1 (3):214-218.
12. Amer, K. S. (2008). Children's Views of Their Adaptation to Type 1 Diabetes Mellitus, *Pediatric Nursing*, 34(4), 281-288.
13. American Diabetes Association (2004). Continuous subcutaneous insulin infusion, *Diabetes Care*, 27(suppl 1):110.
14. American Diabetes Association (2007). Standards of Medical Care in Diabetes, *Diabetes Care*, 30 (Suppl.1): 4-41.
15. Anderson, B. J., Vangsness, L., Connell, A, Butler, D., Goebel-Fabbri, A. Laffel, L. M. B. (2002). Family conflict, adherence, and glycaemic control in youth with short duration Type 1 diabetes, *Diabet. Med.*, 19: 635–642.
16. Arı, R., Seçer, Z. Ş. (2004). Farklı Ana Baba Tutumlarının Çocukların Psikososyal Temelli Problem Çözme Becerilerine Etkisinin İncelenmesi, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11:450-463.
17. Asonibare, B.J., Olowonirejuaro, A.O. (2006). Family Cohesion And Level Of Communication Between Parents and Their Adolescent Children, *TNJGC*, 11(1): 52-56.
18. ASPE Research Brief (2009). Marital Quality and Parent-Adolescent Relationships: Components of Relationship Strengths in Married Couple Families, Department Of Health & Human Services, Washington. <http://aspe.hhs.gov/hsp/08/RelationshipStrengths/Components/rb.shtml> (Erişim Tarihi: 15.06.2009)
19. Bahalı, M.K., Tahiroğlu, Y. A., Fırat, S., Avcı, A., Yüksel, B. (2006). Bir diyabet kampı etkinliği, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,7:218-222

20. Balling, K., McCubbin, M. (2001). Hospitalized Children With Chronic Illness: Parental Caregiving Needs and Valuing Parental Expertise, *Journal of Pediatric Nursing*, 16(2): 110-119.
21. Başkal, N. (2007). Diyabet tedavisinde yeni açılımlar, *Endokrinolojide Diyalog*, 4(4):8-12.
22. Bayraktar, F. (2005). Diabetes Mellitus'un Önemi ve Tanı Kriterleri, 16-18 Kasım III. Ege Diyabet Günleri Kursu Özet Kitabı, İzmir , 1-13
23. Behrman, R. E. , Kliegman, R. M. (2002). Nelson Essentials Of Pediatrics, Çev: Tuzcu S., 4. Basım, W. B. Saunders Company, USA., 90-118
24. Bilgin, N. (1994). Sosyal Bilimler Kavşağında Kimlik Sorunu, İzmir: Ege Yayıncılık.
25. Bumpus, M.F., Crouter, A.C., McHale, S.M. (2001). Parental Autonomy Granting During Adolescence Exploring Gender Differences in Context, *Developmental Psychology*, 37:163-173.
26. Cameron L. D., Young M. J., Wiebe D. J. (2007) Maternal Trait Anxiety and Diabetes Control in Adolescents with Type 1 Diabetes, *Journal of Pediatric Psychology*, 32(7), 733–744.
27. Carpenito-Moyet, L.J. (2005). Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Çev: Erdemir F. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 36-39.
28. Chen, Y., Del Ben, K., Fortson, B. L., Lewis, J. (2006). Differential Dimensions Of Death Anxiety In Nursing Students With And Without Nursing Experience, *Death Studies*, 30: 919–929.
29. Cicirelli, V.G. (1998). Personal Meanings of Death in Relation to Fear of Death, *Death Studies*, 22: 713-721.

30. Conte, H.R., Weiner M. B., Plutchik, R. (1982). Measuring Death Anxiety: Conceptual, Psychometric, and Factor – Analytic Aspects, *Journal of Personality and Social Psychology*, 43 (4): 775-785.
31. Cotter, R. P. (2003). High Risk Behaviors In Adolescence And Their Relationship To Death Anxiety And Death Personifications, *Omega*, 47(2):119-137.
32. Curley, M. A. Q., Moloney-Harmon, P. A. (2001). Critical Care Nursing Of Infants And Children, Second Edition, W. B. Saunders Company, Usa, 566-620
33. Çavusoglu, H. (2004).Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Basımevi, Ankara, 93-173.
34. Çolak ,G. (1992). Lösemili Çocukların Ailelerinde Teşhis, Tedavi Sürecini Meydana Getirdiği Yapısal Değişiklikler ve Kaygı Düzeylerinin Psikososyal Açıdan İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
35. Dantzer, C. J., Maurice-Tison, S., Salamon, R., (2003). Anxiety and Depression in Juvenile Diabetes: A Critical Review, *Clinical Psychology Review*, 23:787–800.
36. Dashiff, C., Hardeman, T., McLain, R. (2008). Parent–Adolescent Communication and diabetes: an integrative review, *Journal of Advanced Nursing*, 62(2): 140–162.
37. Dashiff C., Vance D., Abdullatif H., Wallander J. (2008). Parenting, Autonomy And Self-Care of Adolescents With Type 1 Diabetes, *Child: Care, Health And Development*, 35(1): 79–88.
38. Dekkers, W. (1996). “Neye Ölüm deriz?, Batı Kültüründe Yaşamın Sonu Hakkında Bazı Düşünceler, 3P Dergisi, 4(3):24-30.

39. Dekovic, M., Buist, K. L, Reitz, E. (2004). Stability and Changes in Problem Behavior During Adolescence: Latent Growth Analysis, *Journal of Youth and Adolescence*, 33(1):1-12.
40. Delamater, A.M. (2007). Psychological Care of Children and Adolescents with Diabetes, *Pediatric Diabetes*, 8: 340–348.
41. Deniz, İ., Ersöz, A. G., İldeş, N., Türkaslan, N. (2001). 1995-2000 Yılları Resmi Kayıtlarından Batmanda Gerçekleşen İntihar Ve İntihar Girişimleri Üzerine Bir İnceleme, *Aile Ve Toplum*, 4:1-4.
42. Denton, J.A., Wisenbaker, V.B. (1977). Death Experience And Death Anxiety Among Nurses And Nursing Students, *Nursing Research*, 26:61-64.
43. DePaola S. J., Griffin, M., Young J. R., & Neimeyer R. A. (2003). Death anxiety and Attitudes Toward the Elderly Among Adults: The Role of Gender and Gthnicity, *Death Studies*, 27:, 335–354.
44. DeVet, K., İreys, H. T. (1998). Psychometric Properties of the Maternal Worry Scale for Children With Chronic Illness, *Journal of Pediatric Psychology*, 23(4): 257-266.
45. Eke, S. (2003). Farklı Mesleklerde Çalışanların Ölüm Kaygılarının Karşılaştırılması, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
46. Ekşi, A. (1999). Çocukta Ölüm Algısı ve Terminal Dönemde Hasta Çocuk. A Ekşi (Ed.), Ben Hasta Değilim, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 476-489.
47. Ens, C., Bond, J.B. (2005). Death Anxiety and Personal Growth in Adolescents Experiencing the Death of a Grandparent, *Death Studies*, 29(2):171-8.
48. Erden, G. (2002). Ölüm sürecinde olan çocuk: Ölümü kabul ve tedavi sürecinde etkili yardım, *Kriz Dergisi*, 10:19-27.

49. Erdoğan , A., Karaman, M. G., (2008). Kronik Ve Ölümcül Hastalığı Olan Çocuk Ve Ergenlerde Ruhsal Sorunların Tanınması Ve Yönetilmesi, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 9:244-252.
50. Erdoğan, S.(2002)< Diyabet Eğitimi ve Danışmanlık. Ed: Erdoğan S., Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler,Yüce Reklam/ Yayım/ Dağıtım A.Ş., İstanbul, 163-182.
51. Erkuş, A. (1994). Psikolojik terimler Sözlüğü,Ankara: Doruk yayınları.
52. Ersevim, İ. (1997). Freud ve Psikanalizin Temel İlkeleri, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul
53. Ertem, Ü., Yazıcı, S. (2006). Ergenlik Döneminde Psiko-Sosyal Sorunlar ve Depresyon, Aile ve Toplum, Ocak-Şubat-Mart: 7-12.
54. Ertufan, H. (2000). Bir Grup Tıp Öğrencisi Üzerinde Ölüm Kaygısı Ve Korkusu Ölçeklerinin Geçerlik Güvenilirlik Çalışması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
55. Fettahoğlu, E.Ç., Koparan, C., Özatalay, E., Türkkahraman, D. (2007). İnsüline Bağımlı Diabetes Mellitus Tanılı Çocuk Ve Ergenlerde Gözlenen Ruhsal Güçlükler, *Psychiatry in Türkiye* , 9(1): 32-36.
56. Friedemann, M. M. (1995). Family Nursing Theory and Assessment, Sage Publications, Wayne State University, Detroit.
57. Geçtan, E. (1989). Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar, Remzi Kitabevi, İstanbul.
58. Gortmaker, SL, Walker, DK, Weitzman, M ve ark. (1990). Chronic Conditions, Socioeconomic Risks, and Behavioral Problems in Children and Adolescents, *Pediatrics*, 85: 267-276.

59. Gökler, B. (1999), Ölümcul hastalık karşısında çocuk aile ve hekim. A Ekşi (Ed.), Ben Hasta Değilim, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 471-475.
60. Görpe, U. (2008). Diabetes Mellitus Hastalığında Psikososyal Sorunlar, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi,6:259-262
61. Graue M., Wentzel-Larsen, T., Hanestad, R., Sovik, O. (2005). Health-Related Quality Of Life And Metabolic Control İn Adolescents With Diabetes: The Role Of Parental Care, Control, And İnvolvement, *Journal of Pediatric Nursing*, 20: 373–382.
62. Greco, P., Pendley, J. S., McDonell, K., Reeves, G. (2001). A Feer Group Intervention for Adolescents with Type 1 Diabetes and Their Best Friends, *Journal of Pediatric Psychology*, 26:485–490.
63. Grey, M., Whittemore, R., Taborlane, W. (2002). Depression in Type 1 Diabetes in Children: Naturel History and Correlates, *J Psychosom Res*, 53:907-911
64. Halliday, L.E., Boughton, M. A. (2008). The Moderating Effect of Death Experience on Death Anxiety, *Journal Of Hospice And Palliative Nursing*, 10(2): 76-82.
65. Hançerlioğlu, O. (1978). Felsefe Ansiklopedisi, Remzi Kitabevi, İstanbul.
66. Haris, M.A., Mertlich, D. (2003). Piloting Home-Based Behavioral Family Systems Therapy For Adolescents With Poorly Controlled Diabetes, *Children’s Health Care*, 32(1): 65–79.
67. Hatun, S. (2001). Çocukluk Çağı Diyabeti, Yenigün, M. (ed), Her Yönüyle Diabetes mellitus, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul,173-213.
68. Hatun, Ş, Çizmecioğlu, F. (2003). Çocukluk Çağında Diyabetin Uzun Dönem İzlemi ve İnsülin Pompa Tedavisi, *Sted (Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi)*, 12(11):41413.

69. Hatun, Ş. (2003). Çocukluk Çağında Diyabet, *Türkiye Klinikleri Endokrinoloji Dergisi*, 1(3):185-197.
70. Hortaçsu, N. (2003). Çocuklukla İlişkiler: Ana Baba, Kardeş ve Akrabalar. 1. Basım, İmge Kitabevi, İstanbul.
71. Hökelekli, H., (1993). Din Psikolojisi, TDV Yayınları, Ankara.
72. <http://www.psikoloji.gen.tr/modules.php?name=News&file=article&sid=361>
(Erişim Tarihi: 25.5.2008)
73. İmamoğlu, İ.D. (2005.) İnsülin Pompası Kullanan Tip I Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Standart Değişim Listeleri Ve Karbonhidrat Sayımı Yönteminin Bazı Biyokimyasal Parametreler Üzerine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diyetetik Programı, Yüksek Lisans Tezi.
74. Jackson, B. R. (2008). How Gender and Self-Esteem Impact Death Anxiety Across Adulthood, *Psı Chi Journal Of Undergraduate Research*, 13,(2):96–101.
75. Jay, S.M., Green, V., Johnson, S., Caldwell, S., Nitschke, R. (1987). Differences in Death Concepts Between Children With Cancer and Physically Healthy Children, *Journal of Clinical Child Psychology*, 16(3):301-306
76. Johnson, S.B., Perwien, A.R., Silverstein, J.H. (2000). Response To Hypo- And Hyperglycemia İn Adolescents With Type 1 Diabetes, *Journal of Pediatric Psychology*, 25:171–178.
77. Kara, N., (2002). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Duygu ve Düşüncelerinin Belirlenmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
78. Karaca, F. (2001). Ölüm Psikolojisi İle İlgili Türkçe Literatür Üzerine, *Dini Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 1(2):6-11.
79. Karaca, F. (2000). Ölüm Psikolojisi, Beyan Yayınları, İstanbul.

80. Kavaklı, A. (1992). Çocukluk Yaşlarında Büyüme Ve Gelişme, İstanbul.
81. Koç, M. (2002). Ölüm Korkusu Üzerine Kuramsal Açıdan Psikolojik Bir Değerlendirme, *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, (6):7-20.
82. Köknel, Ö. (1985). Kaygıdan Mutluluğa Kişilik, Altın Kitaplar Yayınevi, 8. Baskı, İstanbul.
83. Kulaksızoğlu, A. (2000). Ergenlik Psikolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul.
84. Kübler Ross, E. (1997). Ölüm ve Ölmek Üzerine (Çev.: Banu Büyükal), Boyner İstanbul.
85. Laursen, B, Coy, KC, Collins, WA. (1998). Reconsidering Changes İn Parent–Child Conflict Across Adolescence: A Meta-Analysis, *Child Dev.*, 69: 817–832.
86. Lernmark, B., Persson, B., Fisher, L., Rydelius, P.A. (1999). Symptoms of Depression are Important to Psychological Adaptation and Metabolic Control in Children with Diabetes Mellitus, *Diabet Med*, 16:14-22.
87. Lewin, A.B., Storch, E.A., Silverstein, J. H., Baumeister, A. L., Strawser, M.S., Geffken, G. R. (2005). Validation of the Pediatric Inventory for Parents in Mothers of Children With Type 1 Diabetes: An Examination of Parenting Stress, Anxiety, and Childhood Psychopathology, *Families, Systems, & Health*, 23(1): 56–65.
88. Lila, M., Garcia , F., Gracia, E. (2007) Perceived Paternal and Maternal Acceptance and Children’s Outcomes in Colombia, *Social Behavior And Personality*, 35(1): 115-124.
89. Lundh, L.G., Radon, V. (1998). Death Anxiety as a Fonction of Belief in an Afterlife: A Comparison Betwen a Questionnaire Measure and a Stroop Measure of Death Anxiety, *Personality and Individual Differences*, 25: 487-494.

90. Mancuso, M., Caruso-Nicoletti, M. (2003). Summer Camps and Quality of Life in Children and Adolescents with type 1 Diabetes, *Acta Biomed Ateneo Parmense*, 74:35-37.
91. McDonald, R. T., A Hilgendorf, W. (1986). Death Imagery And Death Anxiety, *Journal Of Clinical Psychology*, 42: 87-91.
92. Mellin, A. E., Neumark-Sztainer, D., Patterson, J. M. (2004). Parenting Adolescent Girls With Type 1 Diabetes:Parents' Perspectives, *Journal of Pediatric Psychology*, 29(3):221–230.
93. Miller, A. V., Drotar, D. (2007). Decision-Making Competence and Adherence to Treatment in Adolescents with Diabetes, *Journal of Pediatric Psychology*, 32(2): 178–188.
94. Moody Jr, R. A. (1983). Ölümünden Sonra Hayat, İnkılap ve Aka Kitabevi, İstanbul.
95. Moussa, M. A. A., Alsaied, M., Abdella, N., Refai, T. M. K., Al-Sheikh, N., Gomez, J. E. (2005). Social and Psychological Characteristics Of Kuwaiti Children And Adolescents With Type 1 Diabetes, *Social Science & Medicine*, 60:1835–1844.
96. Mrazek, D.A. (2002). Chronic Pediatric Illness and Multiple Hospitalizations. M Lewis (ed), *Child and Adolescent Psychiatry*, Third edition, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 1230-1238.
97. Mrazek, D.A. (2004). Psychiatric Aspects of Somatic Disease and Disorders. M Rutter, E Taylor (eds), *Child and Adolescent Psychiatry*, Fourth ed, Massachusetts, Blackwell, 810-827.
98. Neyzi, O., Ertugrul, T. (2002). Pediatri, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 623-634.

99. Nitschke, R., Humphrey, G.B., Sexauer, C. L., Cotron, B., Wunder, S., Jay S. (1982). Therapeutic Choices Made By Patients With End-Stage Cancer, *Journal Of Pediatrics*, 101:471-476.
100. Noppe, I. C., Noppe, D. L. (2004). Adolescent Experiences With Death: Letting Go of Immortality, *Journal Of Mental Health Counseling*, 26 (2):146-167.
101. Northam, E.A., Matthews, P.J., Anderson, F.J., Cameron, F.J., Werther, G.A. (2004). Psychiatric Morbidity and Health Outcome in Type 1 Diabetes- Perspectives from a Prospective Longitudinal Study, *Diabet Med*, 22:152-157
102. Ocakcı, A. (2007). Aile-Çocuk İlişkileri, <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/>(Erişim Tarihi: 23.01.2008)
103. Olgun, N. (2002). Kendi Kendine İzlem. Ed: Erdoğan S., Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler, Yüce Reklam/ Yayın/ Dağıtım A.Ş., İstanbul, 67-79
104. Olgun, N. (2003). Diyabetik Hasta Eğitimi. Ed: Yılmaz T., Bahçeci M., Büyükmeşe M., Diabetes Mellitus'un Modern Tedavisi, Türkiye Diyabet Vakfı Yayını, İstanbul, 171-180.
105. Olohan, K., Zappitelli, D. (2003). The İnsulin Pump, *AJN*, 130(4):48-56.
106. Oltjenburns, K.A. (1991). Positive Outcomes Of Adolescents' Experience With Grief, *Journal Of Adolescent Research*, 6(1): 43-53.
107. Orman, M., (2009). Tez İstatistik Danışmanlığı, Ege Üniversite Tıp Fakültesi . Bioistatistik Anabilim Dalı, İzmir,
108. Otom, S., Al-Jishi, A., Montgomery, A., Ghwanmeh, M., Atoum, A. (2007). Death Anxiety İn Patients With Epilepsy, *Seizure*, 16:142-146.
109. Öner N, LeCompte A (1997) Durumluk-Sürekli Kaygı El Kitabı. B.Ü Yayınları, İstanbul.

110. Özcan, Ş. (2001). Diabetes Mellituslu Hastanın Yönetimi ve Hemşirelik. Ed:Yenigün M., Altuntaş Y., Her Yönüyle Diabetes Mellitus, , Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 964-994.
111. Özdamar, K. (2004). Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi, Beşinci baskı, Kaan Kitabevi Yayını, Eskişehir.
112. Özer, E. (2004–2005). Tip 1 Diyabette Karbonhidrat Sayımı Prensipleri, *Türk Diyabet Yıllığı*,136–141.
113. Öztürk, E. (1994). Ergenlik Döneminde Aile Ve Arkadaş İlişkileri, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 5(2): 113-118.
114. Parman, S. (1997). Ergenlik : Bir Giriş Yazısı, *3P Dergisi*, 5(4):7-8.
115. Pek, H., Yildirim, Z., Akdovan, T., Yilmaz, S. (2002). Self-Esteem in Turkish Diabetic Children, *Journal of Pediatric Nursing*,17(4): 279-282.
116. Pettigrew, C. G., Dawson, G. J. (1979). Death Anxiety: “State” or “Trait” ?, *Journal Of Clinical Psychology*, 35(1):154-8.
117. Pierce, J.D., Cohen, A.B., Chambers, J. A., Meade, R. M. (2007). Gender Differences İn Death Anxiety And Religious Orientation Among US High School And College Students, *Mental Health, Religion & Culture*, 10(2): 143–150.
118. Pınar, R.(1998) Diyabet ve Yönetimi, Merve Matbaacılık, İstanbul.
119. Pınar, R., Arslanoglu, I., Isguven, P., Cizmeci, F., Gunoz, H. (2003). Self-Efficacy And Its İnterrelation With Family Environment And Metabolic Control İn Turkish Adolescents With Type 1 Diabetes , *Pediatric Diabetes*, 4:168—173.
120. Potts, N. L., Mandleco, L. B.(2002). Pediatric Nursing, Delmar C.O., Usa, 555-571.

121. Roff, L.L., Butkevicien, R., Klemmack, D.L. (2002). Death Anxiety and Religionsity Among Lithuanian Health and Social Service Professionals, *Death Studies*, 26:731-742.
122. Rohner, R. P., Khaleque, A. (2002). Parental Acceptance-Rejection and Life-Span Development: A Universal Perspective. In W. J. Lonner, D. L. Dinnel, S. A. Hayes, D. N. Sattler (Eds.), *Online Readings in Psychology and Culture* (Unit 11, Chapter 4), (<http://www.wvu.edu/~culture>) Erişim Tarihi: 20.06.2007
123. Rohner, R.P., Khaleque, A., Cournoyer, E.D. (2006). Introduction to Parental Acceptance-Rejection Theory, Methods, Evidence, and Implication <http://www.cspar.uconn.edu/> Erişim Tarihi: 10.05.2007.
124. Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M., Spotswood, D. (2007). Death Anxiety Across The Adult Years: An Examination Of Age And Gender Effects, *Death Studies*, 31: 549-561
125. Satman, İ., Gürel, A.O.(2003). Otoimmun Diyabet Patogenezi ve Tip 1 Diyabetli Hastada Tedavi Yaklaşımı, *Türkiye Klinikleri Endokrinoloji Dergisi*, 1 (3): 169-179.
126. Schiffrin, A. (2001). Psychosocial Issues in Pediatric Diabetes, *Current Women's Health Reports*, 1:33-40.
127. Sean, P. (2002). Adaptive Style in Children with Chronic Illness, *Psychosom Med.*, 64:34-42
128. Seiffge-Krenke, I. (1998). The Highly Structured Climate in Families of Adolescents with Diabetes: Functional or Dysfunctional for Metabolic Control, *Journal of Pediatric Psychology*, 23: 313-322.
129. Silverstein, J., Klingensmith, G., Copeland, K., Plotnick, L., Kaufman, F., Laffel, L., Deeb L., Grey, M., Anderson, B., Holzmeister, L. A, et al.(2005). Care of

- Children and Adolescents With Type 1 Diabetes: A statement of the American Diabetes Association, *Diabetes Care*, 28(1):186 - 212.
130. Smith, M. S., Lindsey, C.R., Hansen, C.E. (2006). Corporal Punishment and the Mediating Effects of Parental Acceptance-Rejection and Gender On Empathy in a Southern Rural Population, *Cross-Cultural Research*, 40(3):287-305.
131. So-Kum Tang, C. Wu, A.M.S., Yan, C.W.E. (2002) Psychosocial Correlates Of Death Anxiety Among Chinese College Students, *Death Studies*, 26:491-499.
132. Spinetta, J.J., Maloney, L.J., (1975). Death Anxiety in the Out-Patient Leukemic Child, *Pediatrics*, 56:1034-1037.
133. Streisand, R., Swift, E., Wickmark, T., Rusan Chen, B.A., Holmes, C. S. (2005). Pediatric Parenting Stress Among Parents of Children with Type 1 Diabetes: The Role of Self-Efficacy, Responsibility, and Fear, *Journal of Pediatric Psychology* 30(6): 513-521.
134. Szydlo, D., Van Wattum, P.J., Woolston, J. (2003). Psychological aspects of diabetes mellitus, *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 12(3):439-458.
135. Tanhan, F., Arı, F. (2006). Üniversite Öğrencilerinin Ölümüne Verdikleri Anlam Ve Öğrenim Gördükleri Program Açısından Ölüm Kaygısı Düzeyleri, *Yüzyüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(2):44-55.
136. Tavşancıl, E. (2002). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi, Nobel Yayın No:399, Ankara.
137. Thomas, L.V. (1991). Ölüm, Çev.: Işın Gürbüz, İletişim Yayınları, İstanbul.
138. Thorson, A.J., Powell, F.C. (1988). Elements Of Death Anxiety And Meanings Of Death, *Journal of Clinical Psychology*, 44(5):691-701.
139. Thorson, J. A., Powell, F. C. (1992). A revised death anxiety scale, *Death Studies*, 16:517-531.

140. TNSA (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 Ön Rapor.
141. Toros, F., Tot, Ş., Düzovalı, Ö. (2002). Kronik Hastalığı Olan Çocuklar, Anne ve Babalarındaki Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri, *Klinik Psikiyatri* , 5: 240-247.
142. Turkel, S., Pao, M. (2007). Late Consequences of Chronic Pediatric Illness, *Psychiatr.Clin.North Am.*,30:819-835.
143. Varan, A. (2003). EKR Kuramı Değerlendirme Araçlarının Türkiye Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması, Ege Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı (yayınlanmamış çalışma).
144. Velasco, M., Coffin, D. A., Lizardo, L. M., Macdougall, B. J., Madayag, T. M., Marcus, M. S. (2000). Pediatric Nursing, The McGraw-Hill Companies, Usa.
145. Velioğlu, P. (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, Alaş Ofset, İstanbul.
146. Viikinsalo, K. M., Crawford, M. D., Kimbrel, H., Long, A. E., Dashiff, C. (2005). Conflicts Between Young Adolescent With Type I Diabetes And Their Parents, *Journal Of Specialits Pediatric Nursing*, 10(2): 69-80.
147. Viklund, G., Örtqvist, E., Wikblad, K. (2007). Assessment of an empowerment education programme. A randomized study in teenagers with diabetes, *Diabet. Med.*,24:550–556.
148. Whyte, F., Smith, L. (1997). A Literature Review of Adolescence and Cancer, *European Journal of Pediatric Nursing*, 6(1): 38-48.
149. Wiebe, D.J., Berg, C.A., Korbel, C., Palmer, D.L., Beveridge, R.M., Upchurch R., Lindsay, R., Swinyard, M.T., Donaldson, D.L. (2005). Children's Appraisals Of Maternal Involvement In Coping With Diabetes: Enhancing Our Understanding Of Adherence, Metabolic Control, And Quality Of Life Across Adolescence, *Journal of Pediatric Psychology* ,30: 167–178.

150. Wise, PH. (2007). The Future Pediatrician: The Challenge of Chronic Illness, *J Pediatrics*; 151:6-10.
151. Wong, D. L., Hockenberry, M. J. (2003). Wong's Nursing Care Of Infants And Children, Seventh Edition, Mosby An Affiliate Of Elsevier, Usa, 1732-1795.
152. Worrall-Davies, A., Holland, P., Berg I., Goodyer, I. (1999). The Effect of Adverse life Events on Glycaemic Control in Children with Insulin Dependent Diabetes Mellitus, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8:11-16.
153. Wysocki, T., Haris, M.A., Buckloh, L. M., Mertlich, D., Lochrie, A. S., Taylor, A., Sadler, M., Mauras, N., White, N. H. (2006). Effects of Behavioral Family Systems Therapy for Diabetes on Adolescents' Family Relationships, Treatment Adherence, and Metabolic Control, *Journal of Pediatric Psychology*, 31(9): 928–938.
154. Yalom, I. (1999). Varoluşçu Psikoterapi, Çev.: Zeliha İyidoğan Babayiğit, Kabcı Yayınevi, İstanbul.
155. Yang, S.C., Chen, S.F. (2006). Content Analysis o Free-Response Narratives To Personal Meanings Of Death Among Chinese Children And Adolescents, *Death Studies*, 30(3): 217-241.
156. Yavuzer, H. (1998). Çocuk Psikolojisi, Remzi Kitabevi, 16. Basım İstanbul.
157. Yıldız, M., Karaca F. (2001). Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği'nin Türkçe Çevirisinin Normal Populasyonda Geçerlik Ve Güvenilirlik Çalışması, *Tabula-Rasa*, 1 (1): 43-55.
158. Yıldız, M. (1998). Dini Hayat ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Doktora Tezi.
159. Yörükoğlu, A. (1996). Çocuk Ruh Sağlığı, Özgür Yayınları, 20. Basım, İstanbul

EK-I

TANITICI VERİ FORMU

Anket No:

1- Doğum tarihi:.....

2- Cinsiyet () Kız () Erkek

3- Kaçınıcı sınıfta okuyorsunuz?

4- Oturduğunuz yer; () Köy () Kasaba () İlçe () İl

4- Sen dahil olmak üzere kaç kardeşsiniz?

5- Sen kaçınıcı çocuksun?.....

6- Anne ve babanızla ilişkin nasıl?

Annemle ilişkim: () Çok iyi

() İyi

() İyi değil

() Hiç iyi değil

Babamla ilişkim: () Çok iyi

() İyi

() İyi değil

() Hiç iyi değil

7- Yaşamında ne kadar mutlusunuz?

() Hiç mutlu değilim

() Biraz mutluyum

() Mutluyum

() Çok mutluyum

() Çok fazla mutluyum

8- Son bir yılda seni stres sokan sınava hazırlanma gibi durumlar yaşadın mı?

() Evet

() Hayır

9- Yaşamında hiç yakın birini kaybettin mi?

() Kaybetmedim

() Annemi

() Babamı

() Büyük annemi-

babamı

() Kardeş

() Akraba

() Yakın arkadaş

() Diğer

10- Ölüm konusunu ne kadar sıklıkla düşünürsün?

() Hiç

() Nadiren

() Ara-sıra

() Sık sık

() Her

zaman

EK-II

AİLE TANITICI VERİ FORMU (Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenler)

Anket no:

1- Kaç yaşındasınız?

2- Eşiniz kaç yaşında?.....

3- Ailenizin sosyal güvenceniz nedir?

() Emekli Sandığı () SKK () Bağkur () Yeşilkart () Özel ()
Yok

4- Medeni durumunuz

- () Evli
() Boşanmış
() Evli ama ayrı yaşıyor
() Eşi ölmüş

5- Sizin eğitim durumunuz:

- () Okur-yazar
() İlkokul mezunu
() Ortaokul mezunu
() Lise mezunu
() Üniversite mezunu
() Lisansüstü veya doktora

6- Eşinizin eğitim durumu?

- () Okur-yazar
() İlkokul mezunu
() Ortaokul mezunu
() Lise mezunu
() Üniversite mezunu
() Lisansüstü veya doktora

7- Kaç çocuğunuz var?.....

8- Evinizde siz de dahil olmak üzere kaç kişi yaşıyor? _____ kişi.

- 9- Ailenizin ortalama toplam aylık geliri ne kadar? () 1000 YTL'nin altında
() 1000-2000 YTL. arası
() 2000 YTL'nin üstünde

10- Eşinize veya size ait bir eviniz var mı? () Var () Yok

11- Eşinize veya size ait arabanız var mı? () Var () Yok

12- Eşinize veya size ait yazlığınız var mı? () Var () Yok

TİP I DİYABETLİ ERGENLERİN EBEVEYNLERİNİN HASTALIKLA İLGİLİ GÖRÜŞLERİ

1- Sizce çocuğunuz hastalığına uyumu nasıl ?

- () Çok uyumlu
- () Biraz uyumlu
- () Uyumlu
- () Biraz uyumsuz
- () Çok uyumsuz

2- Çocuğunuzun hastalığı sizi nasıl etkiledi?

- () Etkilemedi
- () Çok olumsuz etkiledi
- () Olumsuz etkiledi
- () Olumlu etkiledi
- () Çok olumlu etkiledi

3- Çocuğunuzun hastalığı sizi endişelendiriyor mu?

- () Hiç endişelendirmiyor
- () Biraz endişelendiriyor
- () Endişelendiriyor
- () Çok endişelendiriyor
- () Çok fazla endişelendiriyor

EK - III
HASTALIK VERİ FORMU (TİP I DİTABETES MELLİTUS)

1- Hangi yılda şeker hastası oldunuz?

2- İlk tanın konduğunda hastaneye nasıl gittin?

- ☐ () komada hastaneye gittim
- ☐ () Kendimdeydim ama ambulansla hastaneye gittim
- ☐ () Yürüyerek hastaneye gittim

3- Tedavine ne kadar uyuyorsun?

- ☐ () Doktor ve hemşirenin söylediklerinin hepsin yapıyorum
- ☐ () Doktor ve hemşirenin söylediklerinin çoğunu yapıyorum
- ☐ () Doktor ve hemşirenin söylediklerinin birazını yapıyorum
- ☐ () Doktor ve hemşirenin söylediklerinin hiç birini yapmıyorum

4- Hastalığında hangi beslenme modelini kullanıyorsun?

- ☐ () Karbonhidrat sayıp serbest
- ☐ () Sabah, öğlen ve akşam sabit yemekler

5- İnsülinini hangi tip tedavi ile uyguluyorsun?

- ☐ () Enjeksiyon
- ☐ () Kalem
- ☐ () Pompa

6- Kan şekerini günde kaç kez ölçüyorsun?

- ☐ () Hiç
- ☐ () bir kez
- ☐ () iki kez
- ☐ () üç kez ve üzeri

7- Şeker koması (ağır hipoglisemi) ve hipoglisemi nedeni ile en son ne zaman hastaneye yattın?

8- Bu güne kadar kaç kez şeker koması (ağır hipoglisemi) ve hipoglisemi (kan şekerinin düşmesine bağlı baygınlık) yaşadınız

	Şeker Koması	Hipoglisemi
Hiç yaşamadım		
1-5 kez yaşadım		
6- 10 kez yaşadım		
11-20 kez yaşadım		
20' nin üstünde yaşadım		

9- Hastalığın seni nasıl etkiledi?

- ☐ Etkilemedi
- ☐ Çok olumsuz etkiledi
- ☐ Olumsuz etkiledi
- ☐ Olumlu etkiledi
- ☐ Çok olumlu etkiledi

10- Hastalığınla ilgi olarak ne kadar endişelisin?

- ☐ Çok fazla endişeliyim
- ☐ Çok endişeliyim
- ☐ Endişeliyim
- ☐ Biraz endişeliyim
- ☐ Hiç endişeli değilim

11- Bu hastalığının senin gelecekte yapmak istediğin hayalleri engelleyeceğini düşünüyor musun?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

YENİLENMİŞ ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ EK-IV

Bu anket formunda ölüm kavramı konusundaki ergenlerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeler yer almaktadır. Hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar verdikten sonra o seçeneği işaretleyiniz. Lütfen size en uygun seçeneği işaretlerken “Kararsızım” seçeneğini çok fazla kullanmamaya özen gösterin. Sadece şuanda nasıl hissettiğiniz, düşündüğünüz, algıladığınız değil, çoğu kez ya da genellikle nasıl hissettiğinizi düşündüğünüz, algıladığınızı tanımlamaya çalışın. Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız. Doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız.

İfadeler	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1- Ağrılı/acılı bir ölümden korkarım					
2- Öbür dünyada ne olacağını bilmemek bana sıkıntı veriyor					
3-Öldükten sonra bir daha asla düşünemeyeceğim fikri beni korkutuyor					
4- Gömüldükten sonra vücuduma ne olacağı ile ilgili hiç kaygı yaşamıyorum					
5-Tabutlardan huzursuz olurum					
6-Öldükten sonra yaşamdaki işlerin kontrolünü kaybedeceğim düşüncesinden nefret ediyorum					
7-Öldükten sonra tamamen hareketsiz kalınacak olması beni rahatsız ediyor					
8- Ameliyat olma düşüncesi beni çok korkutuyor					
9-Ölümden sonraki yaşam konusu beni çok rahatsız ediyor					
10- Uzun ve yavaş sürececek bir ölümden korkmuyorum					
11-Öldükten sonra bir tabutun içine konma düşüncesi beni rahatsız etmiyor					

İfadeler	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
12-Öldükten sonra çaresiz kalacağım düşüncesinden nefret ediyorum					
13-Ölümünden sonra başka bir hayat olup olmadığıyla hiç ilgilenmiyorum					
14-Öldükten sonra bir daha asla bir şey hissetmemek beni rahatsız ediyor					
15- Ölümün acısından korkuyorum					
16- Öldükten sonra yeni bir yaşamın başlamasını bekliyorum					
17- (Öldükten sonra) Çaresiz durumda kalacağım diye hiç endişelenmiyorum					
18-Öldükten sonra vücudumun mezarda çürüyeceği düşüncesi beni rahatsız ediyor					
19-Öldükten sonra pek çok şeyi kaçıracağım duygusu beni rahatsız ediyor					
20-Öldükten sonra bize ne olacağı konusunda endişeliyim					
21-Her şeyin benim kontrolüm altında olup olmadığına pek aldırmıyorum					
22-Ölümün insanı her şeyden tamamen ayırması bana korkutucu geliyor					
23- Kanser olmaktan özel bir korku duymuyorum					
24-Ölümümünden sonra yapılması gerekenlerle ilgili detaylı talimatlar bırakacağım					
25-Öldükten sonra vücuduma ne olacağından rahatsız olmuyorum					

SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ EK-V

Aşağıdaki kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hayır	Biraz	Çok	Her zaman
1- Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
2- Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
3- Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
4- Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
5- Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
6- Kendimi dinlenmiş hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
7- Genellikle sakin, kendime hakim ve soğuk kanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
8- Güçlüklerin, yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
9- Önemli şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
10- Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
11- Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
12- Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
13- Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
14- Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
15- Genellikle kendimi hüznümlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
16- Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17- Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
18-Hayal kırıklıklarını öyle ciddiye alırım ki hiç unutmam	(1)	(2)	(3)	(4)
19- Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
20- Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder	(1)	(2)	(3)	(4)

Çocuk/Ergen Ebeveyn Kabul-Red/Kontrol Ölçeği- Anne EK-VI

Bu testte, annelerin çocuklarına karşı nasıl davrandıklarıyla ilgili cümleler var. Her cümleyi dikkatlice oku ve okuduğun cümlelerin,

annenin sana karşı davranışlarını ne kadar iyi anlattığını düşün

Her cümlemin yanında 4 tane kutu var.

ANNENİN sana hemen hemen her zaman
böyle davranmadığını düşünürsen,

Hemen Hemen
Her zaman
Doğru

Bazen
Doğru

Nadiren
Doğru

Hiçbir
Zaman
Doğru Değil

bu kutuyu işaretleyin

☒	☐	☐	☐	☐
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

ANNENİN sana bazen

böyle davranmadığını düşünürsen,

Hemen Hemen
Her zaman
Doğru

Bazen
Doğru

Nadiren
Doğru

Hiçbir
Zaman
Doğru Değil

bu kutuyu işaretleyin

☐	☒	☐	☐	☐
--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

ANNENİN sana nadiren (çok az zaman)

böyle davranmadığını düşünürsen,

Hemen Hemen
Her zaman
Doğru

Bazen
Doğru

Nadiren
Doğru

Hiçbir
Zaman
Doğru Değil

bu kutuyu işaretleyin

☐	☐	☐	☐	☒
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------

ANNENİN sana hiçbir zaman

böyle davranmadığını düşünürsen,

Hemen Hemen
Her zaman
Doğru

Bazen
Doğru

Nadiren
Doğru

Hiçbir
Zaman
Doğru Değil

bu kutuyu işaretleyin

☐	☐	☐	☒	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

Testi, cümleler üzerinde fazla oylanmadan, içinden gelen cevapları işaretleyerek,

hızlı bir şekilde doldur. Lütfen her soruyu cevapla.

Unutma, hiç bir cümleyi doğru bilmek, ya da yanlış bilmek diye birşey yok.

Onun için cevaplarını verirken mümkün olduğu kadar dürüst ve samimi ol.

Cevaplarını,

annenden beklediğin davranışlara göre değil, **annenin sana gerçekte gösterdiği davranışlara göre ver**

ANNEM

1. Benim hakkımda güzel şeyler söyler

Hemen Hemen
Her zaman
Doğru

Bazen
Doğru

Nadiren
Doğru

Hiçbir
Zaman
Doğru Değil

☐☐☐☐

2. Kötü davrandığımda bana söylenir veya beni azarlar.

☐☐☐☐

3. Sanki ben hiç yokmuşum gibi davranır.

☐☐☐☐

4. Beni gerçekten sevmez.

☐☐☐☐

ANNEM	Hemen Her zaman Doğru	Hemen Bazen Doğru	Nadiren Doğru	Hiçbir Zaman Doğru Değil
5. Neleri yapıp, neleri yapamayacağımı kesin olarak anladığımdan emin olmak ister.	☐	☐	☐	☐
6. Planlarımız hakkında benimle konuşur ve benim söyleyeceklerimi de dinler.	☐	☐	☐	☐
7. Onun sözünü dinlemediğim zaman beni başkalarına şikâyet eder.	☐	☐	☐	☐
8. Benimle yakından ilgilenir.	☐	☐	☐	☐
9. Dışarıya çıkacağım zaman, eve kesin olarak saat kaçta dönmem gerektiğini bana söyler.	☐	☐	☐	☐
10. Arkadaşlarımı eve çağırمام için beni cesaretlendirir ve onların güzel vakit geçirmesi için elinden geleni yapar.	☐	☐	☐	☐
11. Benimle alay eder ve dalga geçer.	☐	☐	☐	☐
12. Onu rahatsız etmediğim sürece benimle ilgilenmez.	☐	☐	☐	☐
13. Kızdığı zaman bana bağırır.	☐	☐	☐	☐
14. Bana sürekli olarak nasıl davranmam gerektiğini söyler.	☐	☐	☐	☐
15. Benim için önemli olan şeyleri ona anlatabilmemi kolaylaştırır.	☐	☐	☐	☐
16. Bana karşı sert davranır.	☐	☐	☐	☐
17. Onun etrafında olmamdan hoşlanır.	☐	☐	☐	☐
18. Birçok kuralın olması ve kurallara uyulması gerektiğine inanır.	☐	☐	☐	☐
19. Bir şeyi iyi yaptığımda, kendimle gurur duymamı sağlar.	☐	☐	☐	☐
20. Hak etmediğim zaman bile bana vurur.	☐	☐	☐	☐
21. Benim için yapması gereken şeyleri unuttur.	☐	☐	☐	☐
22. Beni büyük bir baş belası olarak görür.	☐	☐	☐	☐
23. Bana dilediğim kadar özgürlük tanır.	☐	☐	☐	☐
24. Beni başkalarına över.	☐	☐	☐	☐
25. Kızdığı zaman beni çok kötü cezalandırır.	☐	☐	☐	☐
26. Sağlıklı ve doğru şeyleri yememe çok dikkat eder	☐	☐	☐	☐
27. Bir şeyi nasıl yapmam gerektiğini bana en ince ayrıntısına kadar söyler.	☐	☐	☐	☐

ANNEM	Hemen Her zaman Doğru	Hemen Bazen Doğru	Nadiren Doğru	Hiçbir Zaman Doğru Değil
28. Benimle sıcak ve sevgi dolu bir şekilde konuşur.	☐	☐	☐	☐
29. Bana hemen kızar.	☐	☐	☐	☐
30. Sorularımı cevaplayamayacak kadar meşguldür.	☐	☐	☐	☐
31. Benden hoşlanmıyor gibi.	☐	☐	☐	☐
32. İstedğim her yere, ona sormadan gitmeme izin verir.	☐	☐	☐	☐
33. Hak ettiğim zaman bana güzel şeyler söyler.	☐	☐	☐	☐
34. Çabuk parlar ve öfkesini benden çıkarır.	☐	☐	☐	☐
35. Arkadaşlarımın kim olduğuyla yakından ilgilenir.	☐	☐	☐	☐
36. Bana ne söylendiyse, aynen öyle davranmamda ısrar eder.	☐	☐	☐	☐
37. Yaptığım şeylerle gerçekten ilgilenir.	☐	☐	☐	☐
38. Bana bir sürü kırıncı şey söyler.	☐	☐	☐	☐
39. Ondan yardım istediğimde benimle ilgilenmez.	☐	☐	☐	☐
40. Başım derde girdiğinde, hatanın bende olduğunu düşünür.	☐	☐	☐	☐
41. Dilediğim her akşam dışarı çıkmama izin verir.	☐	☐	☐	☐
42. Bana istenilen ve ihtiyaç duyulan biri olduğumu hissettirir.	☐	☐	☐	☐
43. Onun sinirine dokunduğumu söyler.	☐	☐	☐	☐
44. Bana çok ilgi gösterir.	☐	☐	☐	☐
45. Yaptığım her şeye karışmak ister.	☐	☐	☐	☐
46. İyi davrandığım zaman benimle ne kadar gurur duyduğunu söyler.	☐	☐	☐	☐
47. Beni kırmak için elinden geleni yapar.	☐	☐	☐	☐
48. Hatırlaması gerekir diye düşündüğüm önemli şeyleri unuttur.	☐	☐	☐	☐
49. Şayet kötü davranırsam, beni artık sevmediğini hissettirir.	☐	☐	☐	☐
50. Bana yapmam için bazı işler verir ve o işler bitene kadar başka hiçbir şey yapmama izin vermez.	☐	☐	☐	☐

ANNEM	Hemen Her zaman Doğru	Hemen Bazen Doğru	Nadiren Doğru	Hiçbir Zaman Doğru Değil
51. Bana yaptığım şeylerin önemli olduğunu hissettirir.	☐	☐	☐	☐
52. Yanlış bir şey yaptığımda beni korkutur veya tehdit eder.	☐	☐	☐	☐
53. Benimle zaman geçirmekten hoşlanır.	☐	☐	☐	☐
54. Canım ne isterse yapmama izin verir.	☐	☐	☐	☐
55. Korktuğumda ya da bir şeye canım sıkıldığında, bana yardım etmeye çalışır.	☐	☐	☐	☐
56. Kötü davrandığım zaman beni arkadaşlarımdan önünde utandırır.	☐	☐	☐	☐
57. Benden uzak durmaya çalışır.	☐	☐	☐	☐
58. Benden şikâyet eder.	☐	☐	☐	☐
59. Yaptığım her şeyi kontrol etmek ister.	☐	☐	☐	☐
60. Benim ne düşündüğüme önem verir ve düşündüklerim hakkında konuşmamdan hoşlanır.	☐	☐	☐	☐
61. Ne yaparsam yapayım, diğer çocukların benden daha iyi olduğunu düşünür.	☐	☐	☐	☐
62. Bir plan yaparken benim de ne istediğıme önem verir.	☐	☐	☐	☐
63. Benim için önemli olan şeyleri, kendisine zorluk çıkarsa da, yapmama izin verir.	☐	☐	☐	☐
64. Diğer çocukların benden daha akıllı ve uslu olduğunu düşünür.	☐	☐	☐	☐
65. Bakmaları için beni hep başkalarına bırakır.	☐	☐	☐	☐
66. Bana istenmediğimi belli eder.	☐	☐	☐	☐
67. Yaptığım şeylerle ilgilenir.	☐	☐	☐	☐
68. Canım yandığında veya hasta olduğumda, kendimi daha iyi hissetmem için elinden geleni yapar.	☐	☐	☐	☐
69. Kötü davrandığım zaman benden ne kadar utandığını söyler.	☐	☐	☐	☐
70. Beni sevdiğini belli eder.	☐	☐	☐	☐
71. Bana karşı yumuşak ve iyi kalplidir.	☐	☐	☐	☐
72. Kötü davrandığım zaman beni utandırır veya suçlu hissettirir.	☐	☐	☐	☐
73. Beni mutlu etmeye çalışır.	☐	☐	☐	☐

Çocuk/Ergen Ebeveyn Kabul Red/Kontrol Ölçeği –Baba

Şimdi doldurmanı istediğimiz test baban hakkında. Her cümleyi dikkatlice oku ve okuduğun cümlelerin,

babanın sana karşı davranışlarını

ne kadar iyi anlattığını düşün.

* * * * *

Lütfen her soruyu cevapla.

* * * * *

Cevaplarımı,

babandan beklediğin davranışlara göre değil,

babanın sana gerçekte gösterdiği davranışlara göre ver.

Testi, cümleler üzerinde fazla oyalanmadan, içinden gelen cevapları işaretleyerek,

hızlı bir şekilde doldur. Lütfen her soruyu cevapla.

Unutma, hiç bir cümleyi doğru bilmek, ya da yanlış bilmek diye birşey yok.

Onun için cevaplarını verirken mümkün olduğu kadar dürüst ve samimi ol.

	Hemen Her zaman Doğru	Hemen Bazen Doğru	Nadiren Doğru	Hiçbir Zaman Doğru Değil
BABAM				
1. Benim hakkımda güzel şeyler söyler	☐	☐	☐	☐
2. Kötü davrandığımda bana söylenir veya beni azarlar.	☐	☐	☐	☐
3. Sanki ben hiç yokmuşum gibi davranır.	☐	☐	☐	☐
4. Beni gerçekten sevmez.	☐	☐	☐	☐
5. Neleri yapıp, neleri yapamayacağımı kesin olarak anladığımdan emin olmak ister.	☐	☐	☐	☐

BABAM	Hemen Her zaman Doğru	Hemen Bazen Doğru	Nadiren Doğru	Hiçbir Zaman Doğru Değil
6. Planlarımız hakkında benimle konuşur ve benim söyleyeceklerimi de dinler.	☐	☐	☐	☐
7. Onun sözünü dinlemediğim zaman beni başkalarına şikâyet eder.	☐	☐	☐	☐
8. Benimle yakından ilgilenir.	☐	☐	☐	☐
9. Dışarıya çıkacağım zaman, eve kesin olarak saat kaçta dönmem gerektiğini bana söyler.	☐	☐	☐	☐
10. Arkadaşlarımı eve çağırman için beni cesaretlendirir ve onların güzel vakit geçirmesi için elinden geleni yapar.	☐	☐	☐	☐
11. Benimle alay eder ve dalga geçer.	☐	☐	☐	☐
12. Onu rahatsız etmediğim sürece benimle ilgilenmez.	☐	☐	☐	☐
13. Kızdığı zaman bana bağırır.	☐	☐	☐	☐
14. Bana sürekli olarak nasıl davranmam gerektiğini söyler.	☐	☐	☐	☐
15. Benim için önemli olan şeyleri ona anlatabilmemi kolaylaştırır.	☐	☐	☐	☐
16. Bana karşı sert davranır.	☐	☐	☐	☐
17. Onun etrafında olmamdan hoşlanır.	☐	☐	☐	☐
18. Birçok kuralın olması ve kurallara uyulması gerektiğine inanır.	☐	☐	☐	☐
19. Bir şeyi iyi yaptığımda, kendimle gurur duymamı sağlar.	☐	☐	☐	☐
20. Hak etmediğim zaman bile bana vurur.	☐	☐	☐	☐
21. Benim için yapması gereken şeyleri unuttur.	☐	☐	☐	☐
22. Beni büyük bir baş belası olarak görür.	☐	☐	☐	☐
23. Bana dilediğim kadar özgürlük tanır.	☐	☐	☐	☐
24. Beni başkalarına över.	☐	☐	☐	☐
25. Kızdığı zaman beni çok kötü cezalandırır.	☐	☐	☐	☐
26. Sağlıklı ve doğru şeyleri yememe çok dikkat eder	☐	☐	☐	☐
27. Bir şeyi nasıl yapmam gerektiğini bana en ince ayrıntısına kadar söyler.	☐	☐	☐	☐
28. Benimle sıcak ve sevgi dolu bir şekilde konuşur.	☐	☐	☐	☐

BABAM	Hemen Her zaman Doğru	Hemen Bazen Doğru	Nadiren Doğru	Hiçbir Zaman Doğru Değil
29. Bana hemen kızar.	☐	☐	☐	☐
30. Sorularımı cevaplayamayacak kadar meşguldür.	☐	☐	☐	☐
31. Benden hoşlanmıyor gibi.	☐	☐	☐	☐
32. İstedğim her yere, ona sormadan gitmeme izin verir.	☐	☐	☐	☐
33. Hak ettiğim zaman bana güzel şeyler söyler.	☐	☐	☐	☐
34. Çabuk parlar ve öfkesini benden çıkarır.	☐	☐	☐	☐
35. Arkadaşlarımın kim olduğuyla yakından ilgilenir.	☐	☐	☐	☐
36. Bana ne söylendiyse, aynen öyle davranmamda ısrar eder.	☐	☐	☐	☐
37. Yaptığım şeylerle gerçekten ilgilenir.	☐	☐	☐	☐
38. Bana bir sürü kırıcı şey söyler.	☐	☐	☐	☐
39. Ondan yardım istediğimde benimle ilgilenmez.	☐	☐	☐	☐
40. Başım derde girdiğinde, hatanın bende olduğunu düşünür.	☐	☐	☐	☐
41. Dilediğim her akşam dışarı çıkmama izin verir.	☐	☐	☐	☐
42. Bana istenilen ve ihtiyaç duyulan biri olduğumu hissettirir.	☐	☐	☐	☐
43. Onun sinirine dokunduğumu söyler.	☐	☐	☐	☐
44. Bana çok ilgi gösterir.	☐	☐	☐	☐
45. Yaptığım her şeye karışmak ister.	☐	☐	☐	☐
46. İyi davrandığım zaman benimle ne kadar gurur duyduğunu söyler.	☐	☐	☐	☐
47. Beni kırmak için elinden geleni yapar.	☐	☐	☐	☐
48. Hatırlaması gerekir diye düşündüğüm önemli şeyleri unuttur.	☐	☐	☐	☐
49. Şayet kötü davranırsam, beni artık sevmediğini hissettirir.	☐	☐	☐	☐
50. Bana yapmam için bazı işler verir ve o işler bitene kadar başka hiçbir şey yapmama izin vermez.	☐	☐	☐	☐
51. Bana yaptığım şeylerin önemli olduğunu hissettirir.	☐	☐	☐	☐

BABAM	Hemen	Hemen	Bazen	Nadiren	Hiçbir	
	Her zaman	Doğru			Doğru	Değil
52. Yanlış bir şey yaptığımda beni korkutur veya tehdit eder.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
53. Benimle zaman geçirmekten hoşlanır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
54. Canım ne isterse yapmama izin verir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
55. Korktuğumda ya da bir şeye canım sıkıldığında, bana yardım etmeye çalışır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
56. Kötü davrandığım zaman beni arkadaşlarımın önünde utandırır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
57. Benden uzak durmaya çalışır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
58. Benden şikâyet eder.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
59. Yaptığım her şeyi kontrol etmek ister.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
60. Benim ne düşündüğüme önem verir ve düşündüklerim hakkında konuşmamdan hoşlanır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
61. Ne yaparsam yapayım, diğer çocukların benden daha iyi olduğunu düşünür.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
62. Bir plan yaparken benim de ne istediğıme önem verir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
63. Benim için önemli olan şeyleri, kendisine zorluk çıkarsa da, yapmama izin verir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
64. Diğer çocukların benden daha akıllı ve uslu olduğunu düşünür.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
65. Bakmaları için beni hep başkalarına bırakır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
66. Bana istenmediğimi belli eder.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
67. Yaptığım şeylerle ilgilenir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
68. Canım yandığında veya hasta olduğumda, kendimi daha iyi hissetmem için elinden geleni yapar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
69. Kötü davrandığım zaman benden ne kadar utandığını söyler.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
70. Beni sevdiğini belli eder.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
71. Bana karşı yumuşak ve iyi kalplidir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
72. Kötü davrandığım zaman beni utandırır veya suçlu hissettirir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
73. Beni mutlu etmeye çalışır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

TEMPLER ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ (EBEVEYNLER İÇİN) EK-VII

Aşağıda ölüm kavramı ile ilgili bazı ifadeler yer almaktadır. Lütfen ifadeleri dikkatli bir şekilde okuyunuz ve sizin düşüncelerinizi en iyi tanımlayan değeri seçerek işaretleyiniz. Sadece şuanda nasıl hissettiğiniz, düşündüğünüz, algıladığınız değil, çoğu kez ya da genellikle nasıl hissettiğinizi düşündüğünüz, algıladığınızı tanımlamaya çalışın. Bu anket formunu kendi başınıza doldurun. Lütfen bütünüyle yanıtta emin olmasanız bile, her ifadeyi yanıtlayınız. Sadece kendi kişisel görüşlerinizi, duygularınızı ve algılarınızı belirtiniz.

1- Ölmekten çok korkuyorum

1	2	3	4	5	6	7
Hiç			Kararsızım			Tamamen
Katılmıyorum						Katılıyorum

2- Ölüm düşüncesi nadiren aklıma gelir

1	2	3	4	5	6	7
Hiç			Kararsızım			Tamamen
Katılmıyorum						Katılıyorum

3- İnsanların ölüm hakkında konuşması beni rahatsız etmez

1	2	3	4	5	6	7
Hiç			Kararsızım			Tamamen
Katılmıyorum						Katılıyorum

4- Ameliyat olma zorunda kalma düşüncesi beni çok korkutur

1	2	3	4	5	6	7
Hiç			Kararsızım			Tamamen
Katılmıyorum						Katılıyorum

5- Ölmekten hiç korkmuyorum

1	2	3	4	5	6	7
Hiç			Kararsızım			Tamamen
Katılmıyorum						Katılıyorum

6- Kanser olmaktan özellikle korkuyorum

1	2	3	4	5	6	7
Hiç			Kararsızım			Tamamen
Katılmıyorum						Katılıyorum

7- Ölüm düşüncesi beni hiç rahatsız etmez

1	2	3	4	5	6	7
Hiç			Kararsızım			Tamamen
Katılmıyorum						Katılıyorum

8- Zamanın hızlıca akıp gitmesinden sık sık sıkıntı duyarım

1	2	3	4	5	6	7
Hiç			Kararsızım			Tamamen
Katılmıyorum						Katılıyorum

9- Acı çekerek ölmekten korkuyorum

1	2	3	4	5	6	7
Hiç			Kararsızım			Tamamen
Katılmıyorum						Katılıyorum

10- Ölümden sonra bir hayat olduğu fikri beni çok huzursuz ediyor

1	2	3	4	5	6	7
Hiç			Kararsızım			Tamamen
Katılmıyorum						Katılıyorum

11- Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkuyorum

1	2	3	4	5	6	7
Hiç			Kararsızım			Tamamen
Katılmıyorum						Katılıyorum

12- Sık sık hayatın gerçekte ne kadar kısa olduğunu düşünürüm

1	2	3	4	5	6	7
Hiç			Kararsızım			Tamamen
Katılmıyorum						Katılıyorum

13- İnsanların III. Dünya Savaşı hakkında konuştuklarını duyduğumda ürperirim

1	2	3	4	5	6	7
Hiç			Kararsızım			Tamamen
Katılmıyorum						Katılıyorum

14- Ölü bir beden görüntüsü beni dehşete düşürür

1	2	3	4	5	6	7
Hiç			Kararsızım			Tamamen
Katılmıyorum						Katılıyorum

15- Gelecekte, benim için korkulacak hiçbir şey olmadığını hissediyorum

1	2	3	4	5	6	7
Hiç			Kararsızım			Tamamen
Katılmıyorum						Katılıyorum

EK VIII

----- Forwarded Message -----

From: James A Thorson <jthorson@mail.unomaha.edu>

To: bedriye ak <bedriyeak@yahoo.com>

Sent: Monday, February 19, 2007 7:39:08 PM

Subject: Re: about A revised Death Anxiety Scale

Yes, you have my permission to use the Revised Death Anxiety Scale. This file should help you (if you have problems opening the file, send me your mailing address and I'll send you hard copy):

(See attached file: RDAS cale.pdf)

Best wishes for the success of your study

Dr. James A. Thorson, Professor

EK- IX

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

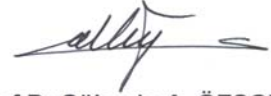
SAYI : 2007-167
KONU :Araştırma hk.

Bornova /İZMİR
10.09.2007

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Arş.Gör.Bedriye AK'ın Sorumluluğunda Eylül 2007 - Haziran 2008 tarihleri arasında yapmayı planladıkları "**Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerde Ölüm Kaygısı ve Etkileyen Faktörler**" konulu araştırması **Bilimsel Etik Kurulu** tarafından incelenmiş ve "**Araştırmanın Yürütülmesi Uygun**" bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.



Prof.Dr.Süheyla A. ÖZSOY
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı



T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

SAYI:B.30.EGE.0.A1.00.00/1948
KONU : Bedriye AK

24/08/2007

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim dalınız doktora öğrencisi Bedriye AK'ın tez konusunun "Sağlıklı ve I Tip Diyabetli Ergenlerde Ölüm Kaygısı ve Etkileyen Faktörler" olarak belirlenmesi yönetim kurulumuzun 23.08.2007 tarih ve 28/4 sayılı kararı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Cemal ERONAT
Müdür

EK- XI

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

04 Ocak 2008

Sayı :B.08.4.MEM.4.35.00.03.1/ 540
Konu : Bedriye AK'ın Araştırma İzni

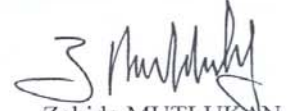
EGE ÜNİVERSİTESİNE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi :a) 28/02/2007 tarihli ve B.08.4.EGD.0.33.03.311-311/1084 sayılı Makam Onayı.
b) Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 02/10/2007 tarihli ve 2391 sayılı yazısı.
c) 03/01/2008 tarihli ve 181 sayılı Valilik Onayı.

Enstitünüz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Bedriye AK'ın "Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerde Ölüm Kaygısı ve Etkileyen Faktörler" konulu ölçeği Bornova İlçesi Suphi Koyuncu İlköğretim Okulu ve Suphi Koyuncu Lisesi'nde uygulaması ilgi (c) Valilik Onayı ile uygun görülmüştür.

Araştırmacı tarafından yapılan araştırmanın tamamlanmasından itibaren en geç iki hafta içinde, ilgi (a) Makam Onayı ile yürürlüğe giren Yönerge kapsamında "Araştırmanın Teslimine İlişkin Taahhütname Tutanağı" doldurularak araştırmanın iki örneğinin CD'ye kayıtlı olarak Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.


Zahide MUTLUKAN
Müdür a.
Şube Müdürü

EKLER:

- 1-Valilik Onayı (1 sayfa)
- 2-Araştırma Değerlendirme Formu (1 sayfa)
- 3- Araştırma Tamamlandıktan Sonra, Araştırmanın Teslimine İlişkin Taahhütname Tutanağı(1 sayfa)
- 4- Onaylı Ölçek (1 adet- 16 sayfa)



İZMİR AR-GE
Tel : (0232) 483 89 11
Fax : (0232) 489 30 69
<http://izmir.meb.gov.tr>
arge35@meb.gov.tr



EK- XII

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

Sayı:B.30.2.EGE.0.01.00.05.16-3031
Konu:

Bornova/ İZMİR
01.10.2007

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ 'NE

İlgi : 27.09.2007 tarih ve 2332 sayılı yazınız.
Enstitünüz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencilerinden Bedriye AK'ın Sağlıklı ve Tip I Diyabeti Ergenlerde Ölüm Kaygısı ve Etkileyen Faktörler " konulu araştırmasını Ekim 2007-Temmuz 2008 tarihleri arasında Anabilim Dalımızda yapması uygun görülmüştür. .
Gereğini bilgilerinize arz ederim.


Prof. Dr.Kaan KAVAKLI
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Başkanı V.

EK- XIII



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları
Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği

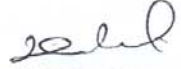
ŞUBESİ : B-10-4-ISM-4-35-65-72/ Personel
SAYI : 11127
KONU : Bedriye AK

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
İZMİR

İlgi: 27/09/2007 tarih ve 2331 sayılı yazınız.

İlgi yazınızla bildirilen Enstitünüz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalı doktora öğrencisi Bedriye AK'ın Ekim 2007 – Temmuz 2008 tarihleri arasında hastanemizde "Sağlıklı ve tip I Diyabetli Ergenlerde Ölüm Kaygısı ve Etkileyen Faktörler" konulu araştırmasını hastanemizde yapması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.


Doç.Dr.Vedide TAVLI
Pediatrik Kardiyoloji Kl.Şefi
Başhekim

EK-XIV

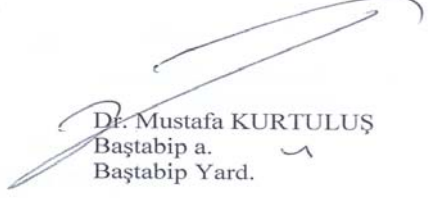
T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞTABİPLİĞİ – İZMİR

S A Y I :Özel Kalem Birimi/B-10-4-ISM-4-35-65-39
K O N U : Araştırma.

18.01.2008*001224

T.C..
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
İZMİR

İlgi:27.09.2007 tarih, 2330 sayılı yazınız.
Enstitünüz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalı doktora öğrencilerinden Bedriye AK'ın "Sağlıklı ve Tip 1 Diyaetli Ergenlerde Ölüm Kaygısı ve Etkileyen Faktörler" konulu araştırmasını Ekim 2007-Temmuz 2008 tarihleri arasında Hastanemizde yapması Baştabipliğimizce uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz ederim.


Dr. Mustafa KURTULUŞ
Baştabip a.
Baştabip Yard.

Gaziler Cad. No:468 Yenişehir 35120 İZMİR
Telefon: 232/4696969 Fax:232/4330756
e-posta:tepecik egitimhqism.gov.tr.



TC
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI : B.30.2.DEÜ.0.70.10.00/
KONU :

06.03.2008-062800

T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

- İlgi a) 27.09.2007 tarih ve 2333 sayılı yazınız.
b) 28.01.2008 tarih ve 906 sayılı yazımız.
c) 25.02.2008 tarih ve 555 sayılı yazınız.

Enstitünüz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencilerinden Bedriye AK'ın "Sağlıklı ve Tip I Diyabetli Ergenlerde Ölüm Kaygısı ve Etkileyen Faktörler" konulu araştırma Çocuk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı tarafından uygun görmüştür. Ancak Pediatrik Endokrinoloji Bilim Dalı anket içindeki soruları görünce uygun görmemiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Sedef GİDENER
Başhekim

Adres : Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 Inciraltı/ İZMİR
Tel: +90(232) 412 23 26 Faks: +90 (232) 259 97 23
e-post: yazi.isleri@deu.edu.tr Elektronik ağ : www.deu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Aylin ÖZ

Sche H

760

EK – XVI

HASTA BİLGİLENİRME VE ONAM FORMU	
Arş. Gör. Bedriye Ak Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bornova- İZMİR Tel: (232) 388 11 03	Hastanın Adı-Sayodı: Yaşı: Cinsiyeti: Bilgilendirme Tarihi: Tel: Adres:

Bu çalışma çocuk servislerinde 12-18 yaş grubu ergenlerin ölüm kaygısı düzeyleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışma sonucunda elde edilen bilgiler, ergenlere verilen hemşirelik bakımını geliştirmek amacıyla kullanılacaktır. Çalışmanın yürütülmesi ve yayınlanması aşaması dahil, hiç bir aşamada isminiz ve kişisel bilgileriniz kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda veya herhangi bir nedenle çalışmadan çıkmanız halinde hastalığınızla ilgili tedavi ve bakımınızda bir aksama olmayacaktır. Aynı şekilde verdiğiniz yanıtlar hastalığınızla ilgili tedavi ve bakımınızda bir aksamaya neden olmayacaktır.

Bu form, sizi ve ebeveyninizi çalışma hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Size özel olarak anlatılan bilgilerin yazılı halini içermektedir. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz ve imzalayınız. Bilmediğiniz terimleri ve anlamadığınız noktaları lütfen araştırmacıya sorunuz, talebiniz halinde yapılan açıklamalar yazılı olarak verilecektir.

ANNENİN RIZASI:

Araştırmacı tarafından şahsıma anlatılan tüm bu bilgiler doğrultusunda bu çalışmaya çocuğumun katılmasını KABUL EDİYORUM

ERGENİN RIZASI:

Araştırmacı tarafından şahsıma anlatılan tüm bu bilgiler doğrultusunda bu çalışmaya katılmayı KABUL EDİYORUM

ERGENİN:

ADI- SOYADI :

İMZA

EBEVEYNİN

ADI-SOYADI:

İMZA

EK-XVIII

SOSYO-EKONOMİK DÜZEY BELİRLEMEDE KULLANILAN İNDEX

Tanıtıcı bilgi formunda sosyo-ekonomik düzeyle ilgili sorulardan gelen cevaplar için bir index oluşturuldu. Gelen cevaplar anne eğitimi, baba eğitimi, çocuk sayısı, ailenin birlikte yaşadığı kişi sayısı, ailenin geliri ve ailenin kendine ait ev,araba ve yazlık gibi taşınmaz mal varlığı gibi değişkenlerden oluşturulan indexte, her bir değişken için puanlama yapıldı ve bütün değişkenlerin puanı toplanarak toplam puan elde edildi. Bu toplam puan üzerinden ailelerin sosyo-ekonomik düzeyi belirlendi.

Değişkenler	Puan
Anne Eğitim Düzeyi	
Okur-Yazar	0
İlkokul Mezunu	1
Ortaokul Mezunu	2
Lise Mezunu	3
Üniversite Mezunu	5
Lisansüstü	7
Baba Eğitim Düzeyi	
Oku-Yazar	0
İlkokul Mezunu	1
Ortaokul Mezunu	2
Lise Mezunu	3
Üniversite Mezunu	5
Lisansüstü	7
Çocuk Sayısı	
Tek çocuk	3
İki çocuk	2
Üç Çocuk	1
Dört ve üzeri çocuk	0

Birlikte Yaşanılan Kişi Sayısı	
3 kişi	3
4 kişi	2
5 ve üzeri kişi	0
Ailenin Gelir Düzeyi	
1000 YTL' nin altı	0
1000-2000 YTL arası	1
2000 YTL' nin üstünde	3
Kendine Ait Ev	
Var	1
Yok	0
Kendine Ait Araba	
Var	1
Yok	0
Kendine Ait Yazlık	
Var	2
Yok	0

Araştırmaya katılan ailelerin bu index aldıkları toplam puan 3 ila 22 arasında değişmekte idi. Ailelerin bu indexten aldıkları toplam üç eşit puan aralığına ayrıldı ve aşağıdaki tablo oluşturuldu.

Sosyo-Ekonomik Düzey	Toplam Puan Aralığı
Alt	3-7
Orta	8-14
Üst	15-22

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1976 yılında Konya’da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Konya’da tamamladı. 1997 yılında Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulundan mezun oldu. 1997 yılında Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi pediatri servisinde işe başladı. 1999 yılında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde yüksek lisans programına başladı ve yüksek lisans eğitimini 2002 yılında tamamladı. 1999-2004 yılları arasında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunda araştırma görevlisi olarak çalıştı. 2004 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında doktora programına başladı ve şuanda doktora tez çalışmalarına devam etmektedir. 2004 yılından itibaren Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Anabilim dalında araştırma görevlisi olarak çalışmakta.

Bedriye AK