



# Ergenlik/Adölesan Dönemde Diyabet Yönetimi

---

**Nurdan Yıldırım**

Uzm.Diyabet Eğitim Hemşiresi  
Diyabet Hemşireliği Derneği Yönetim Kurulu Üyesi

# Ergenlik/ Adölesan Dönem

---

Biyolojik-psikolojik bakımdan çocukluğun sona ermesiyle, toplumsal yaşamda sorumluluk alma dönemi olan yetişkinlik döneminin başlangıcı arasında kalan bir gelişim süreci olarak tanımlanabilir.



- Bu dönemde hem fiziksel hem de psikolojik değişim ve gelişim gözlenir.
- Ergenliğe geçiş yaşı için bazı yaş sınırlamaları getirilmeye çalışılmışsa da, dönemi **kesin yaş ile ayırmak** oldukça zordur.

Dünya Sağlık Örgütüne Göre (DSÖ);

- 10-19 yaş: Ergenlik
- 15-24 yaş Gençlik dönemi
- 10-24 yaş Genç insan

- Bu dönemin kendine has özellikleri vardır. ,

- 
- Bazı hastalıklarda hayatın diğer dönemlerinden daha sık gözlenebilmektedir
    - anemi,
    - guatr,
    - çocukluk çağı diyabeti,
    - genetik ve metebolik hastalıklar,
    - ortopedik sorunlar vb.
  - Psikolojik sorunlar ve bunlarla baş etmede zorluklar, yine adölesan döneminde sık rastlanılan durumlardır.

- 
- Ülkemiz genç bir nüfusa sahiptir. 10-19 yaş grubu, nüfusumuzun yaklaşık 1/5 kısmını (%21.6) oluşturur.

Adölesan dönem, insanın tüm yaşamı dikkate alınacak olursa, gerçekte 5-8 yıl gibi kısa bir dönemdir.

- Ancak çocukluktan ergenliğe geçişte birkaç yıl içinde yoğun yaşanan fiziksel, duygusal, kimlik değişimleri dönemin çok sıkıntılı geçmesine neden olur.

# Adölesan Dönemde Yaşanan Sağlık Sorunlar

- Alkol ve madde kullanımı
- Yaralanmalar
- Kazalar
- İntiharlar
- Şiddet
- Yanlış ve eksik beslenme
- Riskli cinsel davranışlar
- Riskli gebelik/abortus
- Meme hastalıkları
- Menstruasyon bozuklukları sıralanmaktadır.



# Sağlık riskleri ve kronik hastalığın varlığı durumunda baş edilmesi gereken diğer faktörler ise;

---

- Hastalığın etkin yönetimi
- Mali açıdan bağımsızlık
- Sosyal güvenceye sahip olma
- Kişisel nitelikleri geliştirmek
- Bağımsız karar verme gereklilikleri
- Kendisini kabul(beden imajı ve benlik saygısı gelişimi).

## Bu nedenle.....

---

Kronik sağlık sorunları olanlar için bağımsız yaşama doğru ilerlemek g¼cl¼klerle dolu ve sıkıntılıdır.



---

Kronik hastalık yönetimi ile ilgili ilave bir yük olmadan,

- Zaman yönetimi,
- Akademik başarı / işgücü organizasyon becerileri geliştirmek

Ergen bu dönemde yaşamındaki büyük ve küçük taşları yerleştirmelidir.

- Kronik hastalık varlığı sık sık ortaya çıkan yetişkinlik döneminin karmaşık taleplerine eklenir.
- Ayrıca, kronik hastalığı olan ergenlerde psikoseksüel gelişime ulaşmada gecikmelerde bir artış olasılığı da ergende psikolojik sıkıntılara da neden olur

# Kronik Hastalık?

Kronik hastalıklar; yavaş ilerleyen, 3 ay ve daha uzun süreli, birden fazla risk faktörünün neden olduğu, genellikle komplike bir seyir gösteren ve kişinin yaşam kalitesini etkileyen hastalıklardır.

- Kuzey Amerika'da gençlerin %15'inin yaşamında sınırlılıklara neden olan kronik bir duruma sahip oldukları belirtilmektedir.
- Türkiye Sağlık Araştırması 2010'a göre;15 ve üzeri yaştaki nüfusun %16,9'u obez ve %33'ü fazla kiloludur.
  - ↳ hipertansiyon,  
kardiovasküler hastalıklar  
diyabet görülme sıklığını etkilemektedir.
- Aynı çalışmada 7-14 yaş arası çocuklarda ise ilk sırada
  - ↳ ağız-diş sağlığı sorunları (%23.9)  
enfeksiyon (%14.2)  
göz (%13.3)  
cilt (%5.6)  
beslenme sorunları (%4.7) belirlenmiştir.

1)Canadian Paediatric Society, Transition to adult care for youth with special health care needs. Paediatr Child Health Vol 12 No 9 November 2007.



2)Köroğlu E, Karaaslan Y, Yöneyman F, Gürvit G, Yusuf M. Ro-CODEC Çocuklarda kronik hastalıkların sıklığı tarama çalışması. Roche® adına Yöneyman F, Gürvit G, Yusuf M, Köroğlu E, Karaaslan Y. Ankara, MedicoGraphics®, 1997.(büyümenin izlenmesi (toçbi) projesi araştırma raporu-2011)

# Adölesan dönemindeki fiziksel, sosyal ve duygusal dalgalanmalar ergen ve sağlık çalışanları açısından diyabetin yönetimini zorlamaktadır.

---

- Bu dönemde glisemik kontrolde bozulma riskini azaltmak için **aile katılımı** önerilmektedir.

## İnsüline bağımlı Diyabeti olan ergenler

- %33'ünün geçiş sürecinde sorun yaşadıkları
- %28'inin pediatri- erişkin  6 aydan fazla
- %13'ünün  >12ay izlem kaybına uğradıklarını belirlemiştir.

1)Peters A., Laffel L & The American Diabetes Association Transitions Working Group. (2011). Diabetes Care For Emerging Adults: Recommendations For Transition From Pediatric To Adult Diabetes Care Systems. *Diabetes Care*, 34 (10): 2477-2485.

2)Pacaud D, McConnell B, Huot C, et al. (1996). Transition from pediatric to adult care for insulin-dependent diabetes patients. *Can J Diabetes Care*. 20(4):14-20.

3)Sparud-Lundin C, Ohrn I, Danielson E, Forsander G. (2008). Glycaemic control and diabetes care utilization in young adults with Type 1 diabetes. *Diabet Med*, 25: 968-973.

# DIYABET BAKIMI

---

- Daha fazla kişisel bakıma önem
- İnsülin doz ve uygulamasını kendi yapar.
- Karbonhidrat sayımı uygular

Aileden yaşına uygun akraba desteği.

**\*AKRAN DESTEĞİ...**

Profesyonel psikolojik destek  
Diğer diyabetlilerle biraraya getirme  
DÜNYA'DA TEK SENİN BAŞINA GELMEDİ-rahatlaticı

# DESTEK

---

## ○ Defter tutma-kayıt

- kaydın tutulmasına destek
  - cihaz kontrolü
  - doz artış-azalış kontrolü
- Karbonhidrat sayım kontrolü


# SORUN

---

- Alkolün hipoglisemi etkisi,
- Sokak hapları,
- İştah artışı-kilo kontrolü,
- Kan şekeri düzensizliği,
- Düzensiz yemek saatleri,
- Hazır gıdalar
- Dershane-yoğun tempo

# ÇÖZÜM

---

- Alkol kullanımı
    - \*sınırlı
    - \*hipoglisemi
  - Sokak haplarının zararı-bağımlılık,
  - Tütün kullanımının zararları,
- 
- Diyabete kötü etkisi

# ÇÖZÜM -2

---

## ○ Egzersizin önemi

\*spor aktivitesinin arttırılması

\*yarışmalı sporlara teşvik,

\*spor öncesi-sonrası yapılması gerekenler

Beslenme  
Kan şekeri  
İnsülin dozu  
Sıvı alımı

Diyabetli-milli sporcu örnekleri verme



# Pompa kullanımı

---

- Aileye oranla daha çabuk kavrar,
- Aile desteği çocuğa göre deđiřkendir.

Pompa→Kötüye kullanım  
Yemek yiyip, insülin yapma (kontROLSÜZ)  
Aşırı kilo alımı→İnsülin direnci

- 
- İnanç destek sağlayabilir
  - Aile desteği, sevgi devamı
  - Büyük anne -büyükbaba desteği

Diyabetli çocukların sorumlulukları ve sorunları diğer çocuklara göre daha fazladır.

**ANLAYIŞ**

# Örnek Olgu

---

13 yaş ,Kız

**Şikayeti:** baş ağrısı şikayetiyle başvurduğu dış merkezde hiperglisemi saptanması üzerine kliniğimize sevk edildi.

Fizik incelemesinde

vücut ağırlığı 60 kg (90p)

boy 166 cm (90-97p)

**Fizik muayene:** Normal

**Laboratuvar** incelemesinde

AKŞ: **221** mg/dl

Açlık insülin 20,4 µIU/mL

C-peptid 1,44 ng/mL

HbA1c **%8**

Anti-insülin antikor, anti-GAD antikor ve anti-adacık antikor **negatif**

**Ön Tanı:** Tip 2 diyabet düşünüldü

**Tedavi:** 0,5 Ü/kg/gün, insülin tedavisi başlandı.

15.Gün

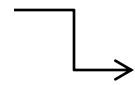
YOĞUN HIPOGLİSEMI

insülin tedavisi kesildi.

\*\*\* hipoglisemileri devam etti.

Direngen hipoglisemi\*\*\*\*

İnsülinoma?



Görüntüleme: Normal

Octreotid ve Ca kanal blokörü başlandı

24saatlik octreotid infüzyonu

pankreatektomi

Nöbet??

İnvaziv işlem kararı hasta ve ailesine  
açıldıktan sonra hipoglisemik ataklar  
kesildi.

Hipoglisemi sırasında

Serum insülin düzeyi 75  $\mu$ IU/mL

C-peptid düzeyi <0,5 ng/MI

---



Ekzojen insülin kullanımına bağlı hiperinsülinemik hipoglisemi olduğu kanıtlandı.

Munchausen by Proxy sendromu tanısıyla psikiyatriye danışıldı.

Babasını kaybeden olgunun, halanın ilgisini çekmek ve yurtdışındaki ailesinden maddi yardım alabilmek için anneyle ortak olarak insülin yaptığı anlaşıldı.

# Munchausen Sendromu?

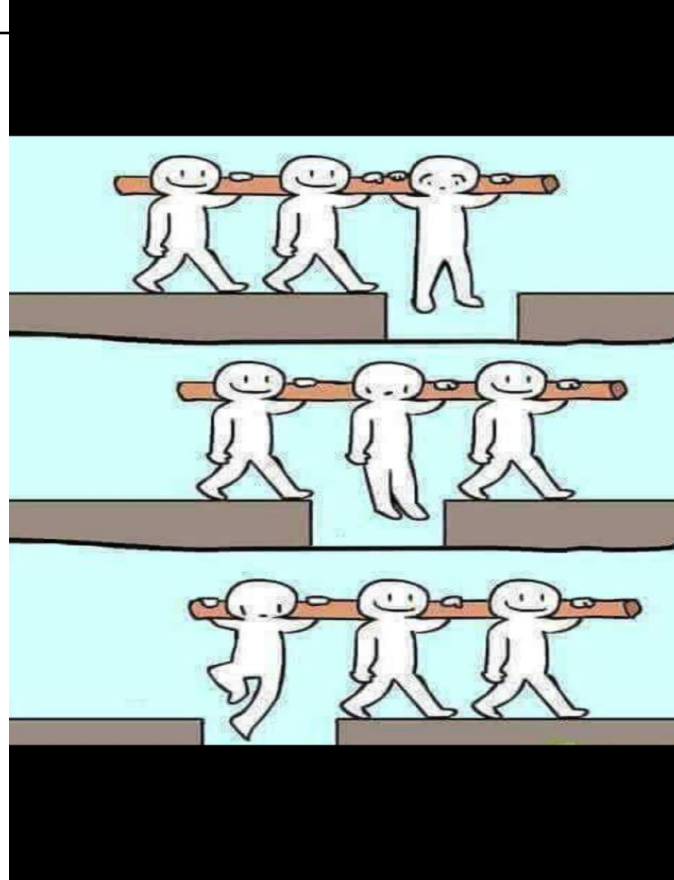
## Munchausen by Proxy?

---

- **Munchausen sendromu (MS)** gösterilebilir bir neden olmaksızın, kişinin tasarlayarak bir organik ve/veya ruhsal hastalık ortaya çıkarttığı durumdur. Ortaya çıkan bu organik ve/veya ruhsal hastalık kişide önemli ölçüde fonksiyon kaybına hatta ölüme neden olabilir ve toplum sağlığı yönünden önemli sağlık harcamalarına yol açar. Birey için aynı zamanda sekonder kazançlar yaratır.
- **Munchausen by proxy sendromunda (MBPS)** ise aile işbirliği hatta direk ailenin çocuğa müdahalesi söz konusudur. Çocuk istismarı olarak kabul edilir.

1. Asher R. Munchausensyndrome. Lancet. 1951;1:339-41.
2. Hancı İ.H, Hekimin Yasal Sorumlulukları ve Hakları. Toprak Ofset ve Matbaacılık, Genişletilmiş 2.baskı, İzmir,2000.
3. Davis, P. R. J. McClure, K. Rolfe, N. Chessman, S. Pearson, J.R. Sibert, R. Meadow (1998) "Procedures, Placement, and Risks of Further Abuse After Munchausen Syndrome by Proxy, Non-accidental Poisoning, and Non-accidental Suffocation". Archives of Disease Childhood. 78 : 217-221.
4. Polat, Oğuz, Halis Dokgöz (2007) "Munchausen Sendromu". Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı, 1.Tanımlar. Seçkin Yayıncılık, (Ed.) Prof. Dr. Oğuz Polat. Ankara.
5. Rocha, Devon (2004) "The Phenomena of Phantom Illness: A Discussion of Munchausen Syndrome by Proxy". Praxis. Fall. Vol. 4, 52-58.
6. Rosenberg D.A. (1987) "Web of Deceit: A literature Review of Munchausen Syndrome by Proxy". Child Abuse and Neglect. 11. 547-563.
7. Schreier H. Munchausen by Proxy. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2004;34:126-43

# TEŞEKKÜRLER



# Kaynaklar

1. Arnett JJ. (2000). Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol*, 55:469-480
2. Harris AM., Freeman AK., Duke CD. (2011). Transitioning from Pediatric to Adult Health Care. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(1):85-91.
3. T.C.Sağlık Bakanlığı Ted. Hizm. Gen. Müd., 2006
4. Canadian Paediatric Society, Transition to adult care for youth with special health care needs. *Paediatr Child Health* Vol 12 No 9 November 2007.
5. Köroğlu E, Karaaslan Y, Yöneyman F, Gürvit G, Yusuf M. Ro-CODEC Çocuklarda kronik hastalıkların sıklığı tarama çalışması. Roche® adına Yöneyman F, Gürvit G, Yusuf M, Köroğlu E, Karaaslan Y. Ankara, MedicoGraphics®, 1997.(büyümenin izlenmesi (toçbi) projesi araştırma raporu-2011)
6. Er M. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2006; 49: 155-168
7. *Pediatric Diabetes* 2009; 10(Suppl. 12): 51–57
8. doi: 10.1111/j.1399-5448.2009.00570.x © 2009 John Wiley & Sons A/S All rights reserved
9. IDF-ISPAD\_Diabetes\_in\_Childhood\_and Adolescence\_Guidelines\_2011
10. University of Virginia “Diabetes Care 11:65-68,1990
11. Frank M, Small M, Slater R, Daneman D. Over 10 Program: preliminary evaluation of an intervention in teens with persistently poorly controlled type 1 diabetes (T1D). *Pediatr Diabetes* 2006; 7 (Suppl. 5): 44.
12. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Çocukluk Çağı Diyabeti Ulusal Rehberi set1-2
13. Asher R. Munchausensyndrome. *Lancet*. 1951;1:339–41.
14. Hancı İ.H, Hekimin Yasal Sorumlulukları ve Hakları. Toprak Ofset ve Matbaacılık, Genişletilmiş 2.baskı, İzmir,2000.
15. Davis, P. R. J. McClure, K. Rolfe, N. Chessman, S. Pearson, J.R. Sibert, R. Meadow (1998) “Procedures, Placement, andRisks of FurtherAbuseAfterMunchausenSyndromeby Proxy, Non-accidentalPoisoning, andNon-accidentalSuffocation”. *Archives of DiseaseChildhood*. 78 : 217-221.
16. Polat, Oğuz, Halis Dokgöz (2007) “Munchausen Sendromu”. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı, 1.Tanımlar. Seçkin Yayıncılık, (Ed.) Prof. Dr. Oğuz Polat. Ankara.
17. Rocha, Devon (2004) “ThePhenomena of PhantomIllness: A Discussion of MunchausenSyndromeby Proxy”. *Praxis*. Fall. Vol. 4, 52-58.
18. Rosenberg D.A. (1987) “Web of Deceit: A literatureReview of MunchausenSyndromeby Proxy”. *Child AbuseandNeglect*. 11. 547-563.
19. Schreier H. Munchausenby Proxy. *CurrProbl Pediatr AdolesHealthCare* 2004;34:126-43