



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TİP 1 DİYABETLİ ADOLESANLARIN
ZAMAN YÖNETİMİ BECERİLERİ VE METABOLİK KONTROL
ÜZERİNE ETKİSİ**

TÜLİN DEDİK
DOKTORA TEZİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Hatice PEK

İSTANBUL - 2008

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans () Doktora (X)

Anabilim Dalı : Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Tez Sahibi : Tülin DEDİK

Tez Başlığı : Tip 1 Diyabetli Adolesanların Zaman Yönetimi Becerileri ve Metabolik Kontrol Üzerine Etkisi

Sınav Yeri : Hemşirelik Yüksekokulu

Sınav Tarihi : 25.09.2008

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Kurumu

Prof.Dr. Hatice PEK

Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof.Dr. Melda KARAVUŞ

Marmara Üniversitesi

Prof.Dr. Hülya GÜNÖZ

İstanbul Üniversitesi

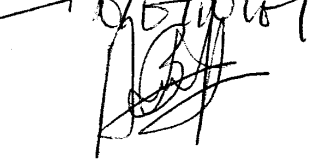
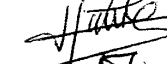
Prof.Dr. M. Temel YILMAZ

İstanbul Üniversitesi

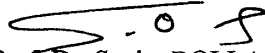
Yard.Doç.Dr. Nefise BAHÇECİK

Marmara Üniversitesi

İmza



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 25.10.2008 tarih ve 1. sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Sevim ROLLAS

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

01.09.2008

Tülin DEDİK



i. TEŞEKKÜR

Yaşamım boyunca hiç bir zaman unutamayacağım Doktora eğitimi döneminde bilimsel yönden gelişmemi gerçekten isteyen ve hissettiren, üzüntülü ve sevinçli dönemlerimi paylaşan, tez çalışmalarımın her aşamasında pozitif yaklaşımını, desteğini ve yardımlarını her zaman aldığım, bilimsel bilgi ve deneyimleriyle benim bu tezi bitirmemi sağlayan, hemşirelik mesleğinde araştırma görevlisi olarak çalıştığım 1997 – 2007 yılları arasındaki akademik yaşantım süresince model aldığım ve tüm yaşamımda rehber olan, gerek şahsıma gerekse diğer öğrencilerine emeğini, anlayışını, bilgisini, zamanını, deneyimlerini hiç bir zaman esirgemeyen, paylaşan, hemşirelik mesleğinin gelişimi ile ilgili her türlü faaliyette eşsiz ve en değerli kaynak olan bilimselliği ve yaşam felsefesiyle meslektaşlarına/ öğrencilerine örnek olan, bu mesleğe yaşamı boyunca katkıda bulunmuş ve hala katkıda bulunan, ülkemizde/ uluslararası düzeyde Diyabet Hemşireliğine uzun yıllar emek vermiş ve bu alanda çok sayıda çalışmaları olan ender bulunan değerli öğretim üyesi ve danışmanım Prof.Dr. Hatice PEK’e,

Tez çalışmamı kurumlarında yapma iznini veren ve verimli bir çalışma ortamı sağlayan, bilimselliği çok değerli ve bilimsel danışmanlığını aldığım İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Büyüme-Gelişme ve Pediatrik Endokrinoloji Bilim Dalı Başkanı Prof.Dr. Hülya GÜNÖZ’e ve ekibine,

Tez çalışmalarım boyunca emek veren, bilimsel bilgi birikim ve deneyimlerini esirgemeyen tez izleme komitesi öğretim üyeleri Prof.Dr. Melda KARAVUŞ’a, Yard.Doç.Dr. Nefise BAHÇECİK’e ve diğer öğretim üyelerine,

Tez çalışmalarına katılmayı kabul eden ve emeği geçen tüm adölesanlara,

Tez çalışmalarım, mesleki yaşamımda ve yaşamımın her aşamasında her türlü desteğini aldığım değerli eşim Mehmet Fikri DEDİK’e, yaşının üstünde olgunluk gösterip beni anlamaya çalışarak destekleyen oğluma, maddi/manevi destekleri ve yaşamda en önemli şeyin eğitim olduğuna inanan aileme

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ii. İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
i. TESEKKÜR.....	iii
ii. İÇİNDEKİLER.....	iv
iii. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	xi
iv. ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
v. TABLOLAR LİSTESİ.....	xiii
1. ÖZET	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	7
4.1. Adolesan Dönemi.....	7
4.2. Kronik Hastalığın Tanımı ve Epidemiyolojisi	8
4.3. Diabetes Mellitus	9
4.3.1. Diabetes mellitus'un tanımı ve sınıflandırılması	9
4.3.2. Diabetes mellitus'un tanısı.....	11
4.3.3. Tip 1 diabetes mellitus ve çocukluk dönemindeki epidemiyolojisi....	12
4.3.4. Tip 1 diabetes mellitus'ta patofizyoloji ve belirtiler.....	14
4.3.5. Tip 1 diabetes mellitus'un tedavisi.....	15
4.3.5.1. İnsülin tedavisi	16
4.3.5.2. Tıbbi beslenme tedavisi.....	20
4.3.5.3. Egzersiz.....	23
4.3.5.4. Kendi kendine izlem (self-monitoring/home-monitoring)	25
4.3.5.5. Diyabet eğitimi.....	29
4.3.5.6. Psikososyal danışmanlık.....	32
4.3.6. Adolesan dönemde diabetes mellitus'a uyum.....	34
4.3.7. Tip 1 diabetes mellitus'un komplikasyonları	40
4.3.8. Adolesan diyabetlinin bakımında hemşirenin rolü.....	41
4.4. Zaman Yönetimi.....	44
4.4.1. Zaman kavramının tanımı.....	44

	Sayfa No
4.4.2. Zaman yönetiminin tanımı ve önemi.....	45
4.4.3. Zaman yönetimi süreci.....	47
4.4.3.1.Zaman kullanım analizi.....	48
4.4.3.2.Zaman sorunlarını tanımlama.....	48
4.4.3.3.Kendini tanımlama.....	49
4.4.3.4.Amaçları ve öncelikleri tanımlama	49
4.4.3.5.Program hedeflerini uygulama planlarına aktarma.....	51
4.4.3.6.Günlük programlar ve planlama yollarını belirleme.....	52
4.4.3.7.Zaman yönetimi tekniklerini geliştirme.....	52
4.4.3.8.Süreci izleme ve yeniden analiz.....	52
4.4.5. Çocuklarda zaman yönetimi.....	53
4.4.5.1.Çocuklarda zaman kavramının gelişmesi	53
4.4.5.2.Çocuklarda zaman yönetiminin önemi.....	54
4.4.5.3.Çocuklarda zaman yönetimini etkileyen nedenler.....	56
4.4.5.4.Çocuklarda/adolesanlarda zamani etkili kullanma yöntemleri.....	62
4.4.6. Diyabette zaman yönetimi.....	72
4.4.6.1. Diyabette zaman yönetiminin önemi.....	72
4.4.6.2.Diyabetli çocuk/bireylerde zamani etkili kullanmanın yöntemleri.....	74
4.4.7. Hemsirelikte zaman yönetimi.....	80
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	83
5.1. Arastırmanın Türü.....	83
5.2. Arastırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	83
5.3. Arastırmanın Evreni ve Örneklemi.....	83
5.4. Veri Toplama Araç ve Gereçleri.....	84
5.4.1. Diyabetli Adolesan Tanılama Formu.....	84
5.4.2. Diyabet Zaman Yönetimi Anketi (DZYA)	85
5.4.2.1. DZYA'nın uygulanması.....	87
5.4.2.2. DZYA'nın puanlanması.....	88
5.4.3.Diyabete Uyumda Alışkanlıklar, Davranışlar ve Bilgi Anketi (DUADBA).....	88

	Sayfa No
5.4.3.1. DUADBA'nin uygulanmasi.....	89
5.4.3.2. DUADBA'nin puanlanmasi.....	89
5.4.4. Metabolik Kontrol Formu.....	89
5.4.5. Günlük Kayit Formu.....	90
5.5.Diyabet Zaman Yönetimi Anketi (DZYA) ile Diyabete Uyumda Aliskanliklar, Davranislar ve Bilgi Anketi (DUADBA)'nin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışmaları.....	93
5.5.1.Diyabet Zaman Yönetimi Anketi (DZYA) ile Diyabete Uyumda Aliskanliklar, Davranislar ve Bilgi Anketi (DUADBA)'nin geçerliliği.....	93
5.5.1.1. Dil geçerliliği.....	93
5.5.1.2. Kapsam geçerliliği.....	93
5.5.1.3. Görünüm geçerliliği.....	94
5.5.1.4. Yapi geçerliliği.....	94
5.5.2.Diyabet Zaman Yönetimi Anketi (DZYA) ile Diyabete Uyumda Aliskanliklar, Davranislar ve Bilgi Anketi (DUADBA)'nin güvenirliliği.....	98
5.5.2.1. İç tutarlılık	98
5.5.2.2. Test-tekrar test güvenirliliği.....	100
5.6. Veri Toplama Yöntemi.....	101
5.7. Veri Analizi.....	102
5.8. Arastirmanın Kısıtlılıkları.....	103
6. BULGULAR	104
6.1. 1.Bölüm: Tip 1 Diyabetli Adolesan ve Ailesi ile İlgili Sosyodemografik Özellikler.....	105
6.2. 2.Bölüm: Tip 1 Diyabetli Adolesanların Diyabet Yasi-Saglik Sorunu/ Diyabete Uyumu/ Komplikasyonlar/ Metabolik Kontrol Sonuçları ile İlgili Özellikler.....	106

	Sayfa No
6.2.1. Tip 1 diyabetli adolesanların diyabet yaşı ve sağlık sorunu ile ilgili özellikler.....	106
6.2.2. Tip 1 diyabetli adolesanların diyabete uyumu ile ilgili özellikler	107
6.2.2.1. İnsülin tedavisi ile ilgili özellikler.....	108
6.2.2.2. Kendi kendine izlem ile ilgili özellikler.....	110
6.2.2.3. Beslenme ile ilgili özellikler.....	112
6.2.2.4. Egzersiz ile ilgili özellikler.....	113
6.2.2.5.Ev dışındaki yerlere giderken adolesanların yanlarına aldıkları malzemeler ile ilgili özellikler.....	114
6.2.2.6. Alışkanlıklar ile ilgili özellikler.....	115
6.2.2.7. Adolesanın diyabetinin sosyal çevre tarafından bilinme durumu ile ilgili özellikler.....	117
6.2.2.8. Diyabet yönetiminde sosyal destek alma durumu ile ilgili özellikler.....	117
6.2.2.9. Diyabet yönetiminde sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumu ile ilgili özellikler.....	118
6.2.2.10. Son bir yılda kontrole gelme, diyabet nedeniyle hastaneye yatma ve okula devamsızlık yapma durumu ile ilgili özellikler.....	119
6.2.2.11. Son bir haftada adolesanın ailesiyle/ arkadaşlarıyla ilişkilerini bozan sorunlar ile ilgili özellikler.....	120
6.2.2.12.Adolesanın diyabeti algılaması ve diyabetin kontrol altına alınamadığı durumlarda yol açabileceği sonuçları bilme durumu ile ilgili özellikler.....	121
6.2.3. Akut ve kronik komplikasyonlar ile ilgili özellikler.....	122
6.2.4. Metabolik kontrol sonuçları ile ilgili özellikler.....	123
6.3. 3.Bölüm: Zaman Yönetimi ile İlgili Özellikler.....	124

6.4. 4.Bölüm: Diyabet Zaman Yönetim Anketi (DZYA) VE Diyabete Uyumda Aliskanliklar, Davranislar ve Bilgi Anketi (DUADBA) ile Tip 1 Diyabetli Adolessanlarda Zaman Yönetiminin ve Diyabete Uyumun Degerlendirilmesi ile Ilgili Özellikler ve Adolessan, Zaman Yönetimi Özellikleri ile Karsilastirilmesi.....	126
6.4.1. Diyabet Zaman Yönetim Anketi (DZYA) ve Diyabete Uyumda Aliskanliklar, Davranislar ve Bilgi Anketi (DUADBA) ile tip 1 diyabetli adolessanlarda zaman yönetiminin ve diyabete uyumun degerlendirilmesi ile ilgili özellikler.....	126
6.4.1.1. Adolessanların anket puan ortalamaları.....	126
6.4.1.2. DZYA maddelerinin puan ortalamaları.....	127
6.4.1.3. Adolessanların anketlere göre diyabette zaman yönetimi ve diyabete uyum özellikleri.....	129
6.4.2. Adolessanların anket puan ortalamalarının adolessan ve ailesi ile ilgili sosyodemografik özellikler, diyabet yası-saglik sorunu/diyabete uyumu/komplikasyonlar/ metabolik kontrol sonuçları ile ilgili özellikler ve zaman yönetimi özellikleri ile karsilastirilmesi.....	129
6.4.2.1. Adolessanların anket puan ortalamalarının adolessan ve ailesi ile ilgili sosyodemografik özellikler, diyabet yası-saglik sorunu / diyabete uyumu/ komplikasyonlar / metabolik kontrol sonuçları ile ilgili özellikler ile karsilastirilmesi.....	129
6.4.2.2. Adolessanların anket puan ortalamalarının zaman yönetimi özellikleri ile karsilastirilmesi.....	159
6.5. 5.Bölüm: Tip 1 Diyabetli Adolessanlarda Zaman Yönetiminin Günlük Kayıt Formu ile Degerlendirilmesi ile Ilgili Özellikler.....	165
6.5.1. Genel zaman yönetiminin degerlendirilmesi.....	165
6.5.2. Diyabetle ilgili zaman yönetiminin degerlendirilmesi.....	166
6.5.2.1. Açlık ve tokluk kan glukozu ile ilgili özellikler	166

6.5.2.2. Adolesanlarda kan glukozu ölçümü, insülin tedavisi, beslenme ve egzersiz ile ilgili özellikler.....	167
6.5.2.3. Adolesanlarda kan glukozu ölçümü, insülin tedavisi, beslenme ve egzersiz/aktiviteye yönelik uygulamaların bakıldığı/ yapıldığı yer ve sıklığı ile ilgili özellikler.....	168
7. TARTISMA VE SONUÇ.....	173
7.1.Diyabet Zaman Yönetim Anketi (DZYA) ve Diyabete Uyumda Aliskanliklar, Davranislar ve Bilgi Anketi (DUADBA) ile Tip 1 Diyabetli Adolesanlarda Zaman Yönetiminin ve Diyabete Uyumun Degerlendirilmesi ile Ilgili Özellikler ve Adolesan, Zaman Yönetimi Özellikleri ile Karsilastirilmasinin Tartisilmasi.....	173
7.1.1.Diyabet Zaman Yönetim Anketi (DZYA) ve Diyabete Uyumda Aliskanliklar, Davranislar ve Bilgi Anketi (DUADBA) ile tip 1 diyabetli adolesanlarda zaman yönetiminin ve diyabete uyumun degerlendirilmesi ile ilgili özelliklerin tartisilmasi.....	173
7.1.1.1. Adolesanlarin anket puan ortalamalarinin tartisilmasi.....	173
7.1.1.2.Adolesanlarin DZYA maddelerinin puan ortalamalarinin tartisilmasi	178
7.1.1.3.Adolesanlarin anketlere göre diyabette zaman yönetimi ve diyabete uyum özelliklerinin tartisilmasi.....	196
7.1.2. Adolesanlarin anket puan ortalamalarinin adolesan ve ailesi ile ilgili sosyodemografik özellikler, diyabet yasi-saglik sorunu/diyabete uyumu/komplikasyonlar/metabolik kontrol sonuclari ile ilgili özellikler ve zaman yönetimi özellikleri ile karsilastirilmasinin tartisilmasi.....	200
7.1.2.1. Adolesanlarin anket puan ortalamalarinin adolesan ve ailesi ile ilgili sosyodemografik özellikler, diyabet yasi-saglik sorunu / diyabete uyumu/ komplikasyonlar / metabolik kontrol sonuclari ile ilgili özellikler ile karsilastirilmasinin tartisilmasi.....	200

	Sayfa No
7.1.2.2. Adolesanların anket puan ortalamalarının zaman yönetimi özellikleri ile karşılaştırılmasının tartışılması.....	263
7.2. Tip 1 Diyabetli Adolesanlarda Zaman Yönetiminin Günlük Kayıt Formu ile Değerlendirilmesi ile İlgili Özelliklerin Tartışılması.....	274
7.2.1. Genel zaman yönetiminin değerlendirilmesinin tartışılması.....	274
7.2.2. Diyabetle ilgili zaman yönetiminin değerlendirilmesinin tartışılması.....	280
7.2.2.1. Açlık ve tokluk kan glukozu ile ilgili özelliklerin tartışılması.....	280
7.2.2.2. Adolesanlarda kan glukozu ölçümü, insülin tedavisi, beslenme ve egzersiz ile ilgili özelliklerin tartışılması.....	281
7.2.2.3. Adolesanlarda kan glukozu ölçümü, insülin tedavisi, beslenme ve egzersiz/aktiviteye yönelik uygulamaların bakıldığı/ yapıldığı yer ve sıklığı ile ilgili özelliklerin tartışılması.....	281
8. KAYNAKLAR.....	286
9. EKLER.....	310
10. ÖZGEÇMİŞ.....	348

iii. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ADA	Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Association)
DCTT	Diyabet Kontrol ve Komplikasyonları Çalışması (Diabetes Control and Complications Trial)
DIAMOND	Çocukluk Çağı Diyabeti İçin Dünya Sağlık Örgütü'nün Çok Uluslu Projesi (The World Health Organization Multinational Project for Childhood Diabetes)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü (The World Health Organization)
DUADBA	Diyabete Uyumda Alışkanlıklar Davranışlar ve Bilgi Anketi
DZYA	Diyabet Zaman Yönetim Anketi
EURODIAB-ACE	Epidemiyolojik Temelli Çocukluk Çağı Diyabetinin Etiyolojisi Çalışması (Aetiology of Childhood Diabetes on An Epidemiological Basis)
HbA_{1c}	Glikozillenmiş Hemoglobin
IDF	Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation)
IGT	Bozulmuş Glukoz toleransı (Impaired Glucose Tolerance)
OGTT	Oral Glukoz Tolerans Testi
TURDEP	Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması (Turkish Diabetes Epidemiology Survey)
UNESCO	Birleşmiş Milletler Bilimsel Eğitim ve Kültür Organizasyonu (United Nations Educational Scientific and Culturel Organization)

iv. SEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No
Sekil 1. Tip 1 ve Tip Diyabet Arasındaki Farklılıklar.....	11
Sekil 2. Zaman Yönetimi Süreci	48
Sekil 3. Diyabetli Bireyin Sağlık Kontrolü Amaçları.....	76
Sekil 4. Diyabetli Bireyin Her Yıl İçin ve Diyabet Ölçüm Kayıtlarına Yönelik Amaçları.....	77
Sekil 5. Diyabet Malzeme Kontrol Listesi.....	78
Sekil 6. İyi Bir Diyabet Bakımında Her Gün Yapılması Gereken İşler.....	79
Sekil 7. Sağlık Kontrolü ve 12 Aylık Diyabet Planlayıcısı.....	79
Sekil 8. Sağlık Uyum Modeli'nin Bileşenleri.....	87

v.TABLolar LISTESİ

	Sayfa No
Tablo 1. Yaslara Göre Çocuklarda Tip 1 Diyabetin Gelismesi.....	15
Tablo 2. İnsülin Tipleri ve Etki Süreleri.....	18
Tablo 3.Yas Gruplarına Göre Tip 1 Diyabetlilerde Plazma Kan Glukozu ve HbA1c Hedefleri.....	27
Tablo 4. Çocuklarda Yas Gruplarına Göre Yasla İlişkili Sorumluluklar ve Özellikler.....	30
Tablo 5. Uyumu Etkileyen Nedenler ve Nedenlerin Uyumla İlişkileri.....	36
Tablo 6. Diyabetli Çocuk/ Adolesanlarda Önemli Gelismisel Konular ve Diyabetin Etkileri.....	38
Tablo 7. Çocuk/Adolesan Döneminde Görülen Komplikasyonlar.....	41
Tablo 8. Zaman Kullanım Analizi.....	
Tablo 9. Zaman Yönetimi Matrisi.....	50
Tablo 10. Çocuklarda Zaman Yönetimini Etkileyen Nedenler.....	57
Tablo 11.Tip 2 Diyabetli Bireylerde ADA'nın Önerdiği Bakimin Zaman Degerlendirmeleri.....	74
Tablo 12. Anketler ve Anket Alt Bölümleri Arasındaki İlişki.....	95
Tablo 13.Anketler ve Anket Alt Bölümlerinin Cronbach's Alpha Katsayıları	99
Tablo 14. Test-tekrar Test ile Anketler ve Anket Alt Bölümleri Arasındaki İlişki.....	101
Tablo 15. Tip 1 Diyabetli Adolesan ve Ailesi ile İlgili Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı.....	105
Tablo 16. Tip 1 Diyabetli Adolesanların Diyabet Yası ve Sağlık Sorunu ile İlgili Özelliklerin Dağılımı.....	107
Tablo 17. İnsülin Tedavisi ile İlgili Özelliklerin Dağılımı.....	109
Tablo 18. Kan Glukozu Ölçümü ile İlgili Özelliklerin Dağılımı.....	110
Tablo 19. İdrarda Keton Ölçümü ile İlgili Özelliklerin Dağılımı.....	112
Tablo 20. Son Bir Haftada Beslenme ile İlgili Özelliklerin Dağılımı.....	113
Tablo 21. Egzersiz ile İlgili Özelliklerin Dağılımı.....	114
Tablo 22.Ev Disindeki Yerlere Giderken Adolesanların Yanlarına Aldığı Malzemeler ile İlgili Özelliklerin Dağılımı.....	115

	Sayfa No
Tablo 23. Aliskanliklar ile Ilgili Özelliklerin Dagilimi.....	116
Tablo 24. Adolesanin Diyabetinin Sosyal Çevre Tarafindan Bilinme Durumu ile Ilgili Özelliklerin Dagilimi.....	117
Tablo 25. Diyabet Yönetiminde Sosyal Destek Alma Durumu ile Ilgili Özelliklerin Dagilimi.....	118
Tablo 26. Diyabet Yönetiminde Saglik Ekibi Üyelerinden Yardım Alma Durumu ile Ilgili Özelliklerin Dagilimi.....	119
Tablo 27. Son Bir Yilda Kontrole Gelme, Diyabet Nedeniyle Hastaneye Yatma ve Okula Devamsizlik Yapma Durumu ile Ilgili Özelliklerin Dagilimi.....	120
Tablo 28. Son Bir Haftada Adolesanin Ailesiyle/ Arkadaslariyla Iliskilerini Bozan Sorunlar ile Ilgili Özelliklerin Dagilimi.....	121
Tablo 29. Adolesanin Diyabeti Algilamasi ve Diyabetin Kontrol Altina Alinamadigi Durumlarda Yol Açabilecegi Sonuçlari Bilme Durumu ile Ilgili Özelliklerin Dagilimi.....	121
Tablo 30. Son Bir Haftada Akut Komplikasyonlar ile Ilgili Özelliklerin Dagilimi.....	122
Tablo 31. Kronik Komplikasyonlar ve HbA _{1c} Degeri ile Ilgili Özelliklerin Dagilimi.....	122
Tablo 32. Metabolik Kontrol Sonuçlari ile Ilgili Özelliklerin Dagilimi.....	123
Tablo 33. En Son HbA _{1c} Degerini Bilme Durumu ile Ilgili Özelliklerin Dagilimi.....	123
Tablo 34. Zaman Yönetimi ile Ilgili Özelliklerin Dagilimi.....	125
Tablo 35. Adolesanin Diyabet Yönetiminde Saglik Ekibi Üyelerinden Telefonla Yardım Alma Durumu ile Ilgili Özelliklerin Dagilimi.....	125
Tablo 36. Adolesanlari Anketlerden Aldiklari Puan Ortalamalari.....	127
Tablo 37. DZYA Maddelerinin Puan Ortalamalari.....	128
Tablo 38. Adolesanlari Anketlere Göre Diyabette Zaman Yönetimi ve Diyabete Uyum Özelliklerinin Dagilimi.....	129

	Sayfa No
Tablo 39. Adölesanların Anket Puan Ortalamalarının Adölesanın Yaşı, Cinsiyeti ve Eğitim Durumu ile Karşılaştırılması.....	131
Tablo 40. Adölesanların Anket Puan Ortalamalarının Anne ve Baba Eğitim Durumu ile Karşılaştırılması.....	132
Tablo 41. Adölesanların Anket Puan Ortalamalarının Ailede Tip 1 Diyabetli Birey Varlığı ile Karşılaştırılması.....	133
Tablo 42. Adölesanların Anket Puan Ortalamalarının Adölesanın Diyabet Yaşı ile Karşılaştırılması.....	133
Tablo 43. Adölesanların Anket Puan Ortalamalarının Diyabetle Birlikte Diğer Sağlık Sorunlarının Varlığı ile Karşılaştırılması.....	134
Tablo 44. Adölesanların Anket Puan Ortalamalarının İnsülin Tedavisi ve Son Üç Ayda İnsülin Tedavisinde Hekimin Değişim Yapma Durumu ile Karşılaştırılması.....	135
Tablo 45. Adölesanların Anket Puan Ortalamalarının Son Bir Haftada Hekim/Hemsireye Danışmadan İnsülin Dozunda Değişim Yapma Durumu ile Karşılaştırılması.....	136
Tablo 46. Adölesanların Anket Puan Ortalamalarının Kan Glukozu Ölçüm Sıklığı ve Ölçüm Sonuçlarını Kaydetme Durumu ile Karşılaştırılması.....	137
Tablo 47. Adölesanların Anket Puan Ortalamalarının Puan Ortalamalarının Son Bir Haftada Kan Glukozunu Ölçme Durumu ile Karşılaştırılması.....	138
Tablo 48. Adölesanların Anket Puan Ortalamalarının Ölçüm Çubuklarının Ücretle Alınması Durumunda Sorun Oluşturma Durumu ile Karşılaştırılması.....	139
Tablo 49. Adölesanların Anket Puan Ortalamalarının İdrarda Keton Ölçümü Yapma, Ölçüm Sonuçlarını Kaydetme ve Son Bir Haftada İdrarda Keton Ölçümü Sıklığı ile Karşılaştırılması	140

Tablo 50. Adölesanların Anket Puan Ortalamalarının Son Bir Haftada Sabah, Ögle, Aksam Yemeklerini, Gece Yatmadan Önce Ara Ögünleri ve Beslenme Planına Uygun Olmayan Besinleri Yeme Durumu ile Karsılaştırılması	141
Tablo 51. Adölesanların Anket Puan Ortalamalarının Son Bir Haftada Egzersiz Yapma Durumu ile Karsılaştırılması.....	142
Tablo 52. Adölesanların Anket Puan Ortalamalarının Banyo Yapma, Diş Fırçalama ve Ayak Bakımı ile Karsılaştırılması.....	143
Tablo 53. Adölesanların Anket Puan Ortalamalarının Arkadaş Çevresi ve Öğretmen Tarafından Diyabetin Bilinme Durumu ile Karsılaştırılması.....	145
Tablo 54. Adölesanların Anket Puan Ortalamalarının İnsülin Tedavisinde, Kendi Kendine İzlemede, Beslenmede, Egzersizde ve Özel Durumlarda Sosyal Destek Alma Durumu ile Karsılaştırılması.....	146
Tablo 55. Adölesanların Anket Puan Ortalamalarının Diyabet Yönetiminde Sağlık Ekibi Üyelerinden Yardım Alma Durumu ile Karsılaştırılması.....	148
Tablo 56. Adölesanların Anket Puan Ortalamalarının Diyabet Yönetiminde Hekim, Hemşire, Diyetisyen ve Psikologdan Yardım Alma Durumu ile Karsılaştırılması.....	149
Tablo 57. Adölesanların Anket Puan Ortalamalarının İnsülin Tedavisinde, Kendi Kendine İzlemede, Beslenmede, Egzersizde, Özel Durumlarda ve Kronik Komplikasyonlarda Sağlık Ekibi Üyelerinden Yardım Alma Durumu ile Karsılaştırılması.....	151
Tablo 58. Adölesanların Anket Puan Ortalamalarının Son Bir Yılda Kontrole Gelme, Diyabet Nedeniyle Hastaneye Yatma ve Okula Devamsızlık Durumu ile Karsılaştırılması.....	153

	Sayfa No
Tablo 59. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Son Bir Haftada Ailesiyle/ Arkadaşlarıyla İlişkileri Bozan Sorunlar ile Karsilastirilmesi.....	154
Tablo 60. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Adolesanın Diyabeti Algilaması ile Karsilastirilmesi.....	154
Tablo 61. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Son Bir Haftada Hipoglisemi ve Hiperglisemi Sıklığı ile Karsilastirilmesi.....	156
Tablo 62. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Açlık ve Tokluk Kan Glukozu ile Karsilastirilmesi.....	157
Tablo 63. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının HbA _{1c} Degeri ve En Son HbA _{1c} Degerini Bilme Durumu ile Karsilastirilmesi.....	158
Tablo 64. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Diyabet Kontrolüne Gelirken Diyabet Hemsiresine Soru Listesi Hazırlama Durumu ile Karsilastirilmesi.....	159
Tablo 65. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Diyabet Kontrolüne Gelindiginde Hekimin, Diyabet Hemsiresinin, Diyetisyenin ve Psikologun Yeterli Zaman Ayırma Durumu ile Karsilastirilmesi.....	162
Tablo 66. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Diyabet Kontrolüne Gelindiginde Zaman Yönetimiyle İlgili Bilgi Alma ve Zaman Yönetimiyle İlgili Bilgi Almayı İsteme Durumu ile Karsilastirilmesi	164
Tablo 67. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Diyabet Yönetiminde Telefonla Yardım Alma Durumu ile Karsilastirilmesi.....	165
Tablo 68. Genel Zaman Yönetiminin Günlük Kayıt Formu ile Degerlendirilmesi ile İlgili Özelliklerin Dağılımı.....	169
Tablo 69. Günlük İzlemede Açlık Kan Glukozu Sonuçları ile İlgili Özelliklerin Dağılımı.....	171

	Sayfa No
Tablo 70. Günlük İzlemlerde Tokluk Kan Glukozu Sonuçları ile İlgili Özelliklerin Dağılımı.....	171
Tablo 71. Kan Glukozu Ölçümü, İnsülin Tedavisi, Beslenme ve Egzersiz/Aktivite ile İlgili Özelliklerin Dağılımı.....	172
Tablo 72. Kan Glukozu Ölçümü, İnsülin Tedavisi, Beslenme ve Egzersiz/Aktiviteye Yönelik Uygulamaların Bakıldığı/Yapıldığı Yer ile İlgili Özelliklerin Dağılımı.....	172

1. ÖZET

Araştırma; 13-19 yaş arasındaki tip 1 diyabetli adolesanların zaman yönetimi becerileri ve bu becerilerin metabolik kontrol üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırma evrenini; İÜ. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Büyüme–Gelişme ve Pediatrik Endokrinoloji Ünitesi Diyabet Adolesan Obezite Polikliniği’ne kayıtlı ve ayaktan takip edilen tip 1 diabetes mellitüslü adolesanlar, örneklem grubunu 14.03.2006 – 30.06.2006 tarihlerinde poliklinik kontrolüne gelen örneklem seçim kriterlerine uygun tip 1 diyabetli 69 adolesan oluşturmuştur. Veri toplama araçlarını Diyabetli Adolesanı Tanılama Formu, Diyabet Zaman Yönetimi Anketi (DZYA), Diyabete Uyumda Alışkanlıklar, Davranışlar ve Bilgi Anketi (DUADBA), Metabolik Kontrol ve Günlük Kayıt Formu oluşturmuştur. Anketlerin geçerli ve güvenilir oldukları belirlenmiştir. Güvenirlilik çalışmalarında Cronbach’s alpha katsayısı DZYA’nde 0.78, DUADBA’nde 0.59’dur. Adolesanların aldıkları toplam ortalama puan DZYA’nde 118.98 ± 17.64 , DUADBA’nde 71.93 ± 7.02 ’dir ve % 56.5 (n=39)’inde zaman yönetimi, % 50.7 (n=35)’sinde diyabete uyum iyi/orta düzeydedir. Sonuçlar; zaman yönetimi puanı ortalama puanı geçen ve zaman yönetimi iyi/orta olarak değerlendirilen adolesanlar tüm grubun yarısından fazlasını oluşturduğundan adolesanların davranışsal olarak da kendi kendini yönetimlerinin iyi/orta düzeyde olduğunu, zaman yönetimi iyi adolesanların diyabete uyumlu olduğunu, diyabete uyumun metabolik kontrolün iyi olması üzerine etkili olmadığını göstermiştir.

Anahtar Sözcükler: Adolesan, diyabet, hemşire, uyum, zaman yönetimi

2. SUMMARY

Time Management Skills of Adolescents with Type 1 Diabetes and the Effects on Metabolic Control

The study was planned as a descriptive study to determine the time management skills of the adolescents aging between 13 – 19 years old with type 1 diabetes and to determine the effects of such skills on the metabolic control. The population of the study was composed of the adolescents with type 1 diabetes, registered and followed-up by Diabetes Adolescents Obesity Outpatient Clinics of Istanbul University, Medical Faculty, Department of Pediatrics, Growth–Development and Pediatric Endocrinology Unit; the sampling group was composed of 69 adolescents with type 1 diabetes fulfilling the sampling criteria who administered the outpatient clinics between dates 14.03.2006 and 30.06.2006 for the follow-up. Data collecting devices were Information Form of Adolescents with Diabetes, The Diabetes Time Management Questionnaire (DTMQ), The Habits, Attitudes and Knowledge Questionnaire of Diabetic Compliance (HAK), Metabolic Control and Daily Record Form. It was determined that the questionnaires were valid and reliable. In reliability studies, Cronbach's alpha coefficient was 0.78 for DTMQ and 0.59 for HAK. Total mean score was 118.98 ± 17.64 for DTMQ and 71.93 ± 7.02 for HAK and time management was at a good/moderate level of 56.5% (n=39) and compliance to diabetes was at a good/moderate level of 50.7% (n=35). The results showed that self management of the adolescents was behaviorally at a good/moderate level since the adolescents whose time managements were assessed as good/moderate constituted more than half of the whole group; that the adolescents having good time management were compliant to diabetes; compliance to diabetes was not effective on good metabolic control.

Key Words: Adolescent, compliance, diabetes, nurse, time management

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Diabetes mellitus; pankreasın beta hücrelerinden salgılanan insülinin eksikliği, yokluğu veya periferik dokularda insülin direncine bağlı olarak ortaya çıkan (110, 431, 432), karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasındaki bozukluklarla karakterize (22, 87, 93), bir çok klinik ve biyokimyasal bulgu ile seyreden (88, 365), kronik hiperglisemi durumudur (22, 87).

Diyabet; yaşam boyu süren, her yaştaki birey ve yakınlarını doğrudan ilgilendiren, iyi metabolik kontrol sağlanamadığında geri dönüşümsüz komplikasyonları nedeniyle organ ve işlev kayıplarına yol açarak; bireyin yaşam süresini-kalitesini, fiziksel ve ruhsal iyiliklerini olumsuz yönde etkileyen, sosyal-ekonomik yükü ağır olan endokrin ve metabolik bir hastalıktır (4, 87, 366, 428). Ayrıca diyabetlinin öz bakım gücü, öz etkililik düzeyi, aldığı eğitimi istedik davranışa dönüştürme becerisindeki aksamalar ile ilgili sorunlar nedeniyle en önemli kronik hastalıklardan birisidir (374).

Diyabetin sınıflandırma şekillerinde bir bölümü oluşturan tip 1 diyabet çocukluk çağında en sık görülen kronik hastalıkların başında yer almaktadır (88, 90, 172, 176).

Tip 1 diyabet; genetik zeminde çevresel faktörlerin etkisi ile (en sık viral nedenler) pankreasın beta hücre hücrelerinin immun nedenli harabiyetine (% 80 harabiyet) bağlı olarak insülin hormonunun yetersizliği veya yokluğu sonucu gelişen diyabet tipidir (93, 433).

Çocuklarda diyabet, kronik hastalıklar arasında görülme sıklığı yönünden dünyada birinci sırada yer almaktadır ve son 30 yıldan beri çocuklarda diyabetin görülme sıklığı artmaktadır. Her yıl ortalama 3 bin çocuktan birisi diyabete yakalanırken 0-18 yaş arasındaki her 300-1500 çocuktan birisi diyabetlidir (161).

Günümüzde tip 1 diyabeti önlemeye yönelik çalışmalarda henüz radikal bir başarıya ulaşılamamasına rağmen, gerek tedavideki gelişmeler gerekse diyabetli

bireyin eğitiminin gittikçe önem kazanması akut ve kronik komplikasyonların sıklığının azaltılmasına ve daha erken tanısına olanak sağlamaktadır (433).

Diyabette metabolik kontrolün sağlanmasında; ne zaman ve ne kadar yenmesi gerektiğinin bilinmesi, tedavi ve egzersiz arasında bir dengenin kurulması önemlidir (141). Normal bir düzeyde kan glukozunu sürdürebilmek için; ana ve ara öğünlerin aynı zamanlarda yenilmesi, tedavinin her gün aynı zamanlarda alınması ve egzersizin her gün aynı zamanlarda yapılması gerekmektedir (www.diabetesfoundation.org, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007). Bu nedenle diyabet tedavisinde zaman herşeydir (305) ve zaman yaşamın bir yöneticisidir. Diyabet tedavisinin anahtarı olarak ise; zamanın yönetimi ve düzenli programlamanın sürdürülmesi olarak belirtilmiştir (141).

Sağlık psikolojisi ve diyabet uyumuna yönelik çalışmalarda tedaviye uyumsuzluğun, zamanın yönetimindeki yetersizlikle ilişkili olduğu, zaman yönetiminin uyumu kolaylaştırabilen bir beceri olduğu; yoğun bir programı devam ettirebilen diyabetli bireylerin günlük sorumluluklarını organize ettikleri, önceliklerini belirledikleri ve aktif bir yaşam şekline uyumlu olmaya eğilimli oldukları gösterilmiştir (141, 180, 181).

Zaman yönetimi, bireyin zamanın akışı içinde kendisini yönetmesi (45, 158); neyi, niçin, ne zaman yapmayı bilmesi ve günlük yaşamın akışını bu ilkeye göre planlamasıdır (45, 290).

Zamandan bağımsız yaşam mümkün olamamaktadır (383). Geri döndürülemeyen ve başka bir şeyle değiştirilemeyen bir kaynak olan zaman yönetilemediği sürece hiçbir şey yönetilememektedir (2). Zaman yaşamın kendisidir, yaşamdır. Zamana hükmeden yaşamını istediği gibi yönlendirebilir (40, 158).

Her yaş ve her meslek için önemli olan zaman yönetimi geleceği oluşturan çocuklar için çok daha önemlidir (391). Zaman yönetimi küçük yaşlarda edinilebilirse birey pek çok amacına ulaşabilir ve istediklerinin çoğunu gerçekleştirebilir. Bu nedenle çocuk tarafından zaman yönetiminin bilinmesi büyük bir gerekliliktir (37).

Zaman yönetimi bilinci bireylerde davranış değişikliği gerektirdiği (391) ve zaman yönetiminin toplumda yaygınlaştırılması için, zaman yönetimi eğitime çocukluk döneminden itibaren başlanmalıdır (280, 391). Zaman yönetimi çocukluk döneminden itibaren verildiğinde çocuk yaşamı boyunca kullanabileceği bir alışkanlık kazanacak (37), bir ömür boyu zaman yönetimini sürdürecektir (280), bilinçli/verimli ve başarılı bir yaşama hazırlanacaktır (37).

Hemşireler diyabet ekibinde çok önemli bir role sahiptir (273). Diyabetli çocuk/adolesan ve ailesine yaklaşımda hemşirenin en önemli sorumluluğundan birisini çocuk/adolesan ve ailesinin eğitimi oluşturmaktadır (209). Bu nedenle hemşire; davranışsal olarak kendi kendine yönetimde en önemli bir bölümü oluşturan tedavinin ayarlanması/zamanlaması ve programlanmasında yer alan becerilerin değerlendirilmesini ve becerilerin kazandırılmasını eğitim programına almalıdır (141). Özellikle bu becerilerden birisini oluşturan zaman yönetimi konusunda adolesana eğitim verilmesi; adolesan dönemde diyabet bakımında yararlıdır ve kısa bir sürede diyabet kontrolünü sağlamaktadır (339). Bunun yanı sıra adolesanın bu dönemde daha fazla bağımsız olma özelliğine sahip olmasının ilk ve en kolay yolunu zamanı kullanma konusundaki becerisi oluşturmaktadır (135).

Fizyolojik, sosyal ve psikolojik faktörler nedeniyle diyabet kontrolünün daha güç olduğu adolesan dönemde (352, 416) hemşire; adolesana kendi bireysel bakımını yapar duruma gelinceye kadar yardımcı olmalı, en kısa zamanda kendi öz bakımını üstlenmesini sağlamalıdır (54).

Araştırma; 13-19 yaş arasındaki tip 1 diyabetli adolesanların zaman yönetimi becerileri ve metabolik kontrol üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Çalışmanın planlanması aşamasında literatürde, ülkemizde zaman yönetimi ile ilgili araştırmaların yönetim veya öğrenciler üzerine odaklandığı ancak doğrudan hastalıklara yönelik özellikle de yaşam boyu süren kronik hastalıkların en önemlilerinden birisini oluşturan diyabette zaman yönetimi konusunun çalışılmadığı gözlenmiştir. Ancak diyabetin tedavi ve yönetiminde her şey zamana göre

düzenlenmektedir ve zaman yönetimi olmadan diyabet yönetilememektedir. Bu konuda bir çalışma yapılmasının diyabetli adolesanlarda zaman yönetimi ile ilgili mevcut durumun ortaya çıkarılmasında rehber olacağı, daha sonra yapılacak çalışmalarda ise tip 1 diyabetli adolesanlarda zaman yönetimi ile ilgili yaşanan sorunlara çözümler bulunabilmesinde büyük yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın hipotezleri olarak;

1. Zaman yönetimi becerileri iyi olan tip 1 diyabetli adolesanlar davranışsal olarak da kendi kendini iyi yönetir,
2. Zaman yönetimi iyi olan adolesanlar diyabete uyumludur,
3. Diyabete uyum olduğunda metabolik kontrolde iyi olur

olarak düşünülmüştür.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Adolesan Dönemi

Adolesan anlamındaki adolescence; “büyüme, olgunlaşma” anlamına gelen Latince kökenli “adolescere” sözcüğünden türetilmiştir. Adolesan dönemi, erinlik (puberte) ile başlayıp yetişkinliğe kadar süren bir dönemi kapsamakta olup, çocuklukla yetişkinlik arasında bir geçiş dönemini oluşturmaktadır (425).

Amerikan Psikiyatri Birliği’nin yayınladığı psikiyatri sözlüğünde adolesan; “fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel, psikolojik olgunlaşma ile başlayan; bireyin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı, çok da belirli olmayan bir zamanda sona eren kronolojik bir dönemdir ve hızlı fiziksel, psikolojik, sosyal değişimlerle karakterizedir” şeklinde tanımlanmaktadır (99).

Genellikle bu dönemin 12 yaş civarında başlayıp 19-21 yaşında sona erdiği kabul edilmektedir (99, 423). Adolesan dönemini DSÖ 10-19 yaş, UNESCO ise 15-25 yaş dilimleri arasında göstermektedir (422, 423).

Bu dönem yaşamın ilk iki yılı dışında, biyolojik, psikolojik, zihinsel ve sosyal yönden bir gelişme ve olgunlaşmayla ilgili en yoğun değişimlerin yaşandığı bir dönemdir (422, 423) ve eşsiz bir kimlik geliştirme, fiziksel değişikliklere uyum, geleceğe ilişkin planlar yapma ve bağımsızlığın kazanılması ile karakterizedir (89).

Adolesan dönem kendi içinde üç dönemden oluşmaktadır (99, 423).

Bu dönemin ilki 12-14 yaş arası kapsayan erken adolesan dönemidir. Boy uzaması, kilo artışı, iç organlarda gelişme ve bunlara bağlı fiziksel kapasitenin arttığı bedensel gelişimin yaşandığı bir dönemdir. Bilişsel gelişim sonucu soyut düşünce görülmekte ve yetişkinlikteki cinsiyet özellikleri kazanılmaktadır (423).

İkinci dönem 15-17 yaşları kapsayan orta adolesan dönemidir. Bedensel gelişimin büyük ölçüde tamamlandığı ve daha çok ruhsal sorunların çözümlenmesi

gereken bir dönemdir. Arkadaş ilişkilerinin önem kazanması, adolesan kendisini sosyal alanlarda ortaya koyabilmesi, ebeveynle yaşanan otorite çatışması, ayrışma ve birleşme bu dönemin özellikleridir. Grup arkadaşlıkları önem kazanmakta, karşı cinsle ilişki artmakta ve cinsel kimlik gelişimi ilerlemektedir (423).

Adolesanın son dönemini oluşturan 18-21 yaş arası geç ergenlik dönemidir. Kimlik gelişiminin tamamlandığı ve kimlik duygusunda bir bütünlüğe erişilen dönemdir. Meslek seçimi, yaşam biçimi belirleme, karşı cinsle sevgiye dayalı ilişki kurma, siyasi, felsefi, dini görüşler geliştirme, grup içinde olabilme, kendine ait değer sistemi edinme kimliğin kazanılmasında rol oynamaktadır (423).

4.2. Kronik Hastalığın Tanımı ve Epidemiyolojisi

Günümüzde kronik hastalığı olan çocuk ve yetişkinlerin nüfusu gittikçe artmakta; dünyada ve sanayileşmiş ülkelerde görülen en önemli sağlık sorununu oluşturmaktadır (89).

Kronik hastalık; “normalden sapma veya bozukluk gösteren, kalıcı yetersizlik bırakabilen, 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 (122, 157). Başka bir tanımla; “doğuştan kalıtsal veya kalıtsal olmayan nedenlerle başlayan veya sonradan kazanılmış olan, vücudun bir veya birden fazla sistemini ilgilendiren, uzun hatta bir ömür boyu sürebilen bozukluklar”dır (437).

Kronik hastalıklar; doğumsal anomaliler, epilepsi, kronik böbrek yetmezliği, kanserler, diyabet, astım gibi çok çeşitlilik göstermektedir (122, 157).

Kronik hastalıklar doğumda görülebildiği gibi çocukluk döneminde herhangi bir zamanda da ortaya çıkabilmekte; aile yaşamını maddi, sosyal, duygusal, davranışsal ve bilişsel yönlerden etkilemektedir (89).

Kronik hastalıklarla ilgili DSÖ’nün 2005 yılı Raporu’nu göre, 2005 yılı toplam ölüm sayısı 58 milyondur, bu ölümlerin 35 milyonu (% 60) kronik hastalıklar

nedeniyle oluşan ölümlerdir. Diyabet nedeniyle ölüm oranı ise % 2 (1125000)'dir. Gelişmiş ülkelere göre karşılaştırıldığında kronik hastalıklar nedeniyle ölüm; gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha erken yaşlarda meydana gelmektedir (418).

Türkiye Özürlülük Araştırması 2002'ye göre, ülkemizde 0-19 yaşlar arasında kronik hastalığı olan 698406 çocuk bulunmaktadır. Çocukların 487207'si kentlerde, 211199'u ise kırsalda yaşamaktadır. Çocukların 487836'sını erkek, 210570'ini ise kız çocuklar oluşturmaktadır. Kronik hastalığı olan 0-19 yaş arasındaki çocuklarda yığılma 0-9 yaşlar arasında görülmektedir. Çocuklar hastalıkla birlikte çeşitli etkenlere bağlı olarak sosyal, psikolojik, gelişimsel ve çevresel sorunlar yaşamaktadır. Ülkemizdeki istatistiklere göre kronik hastalıktan etkilenen birey sayısı çocuk, anne-baba ve kardeşlerle birlikte yaklaşık 2.8 milyondur (122).

Son 30 yılda kronik hastalığı olan adolesanların oranı da belirgin olarak artmıştır ve günümüzde tahminen adolesanların % 12-18'inde kronik hastalık bulunmakta ve % 6-8'inde ise hastalık nedeniyle günlük aktiviteler kısıtlanmaktadır (68).

4.3. Diabetes Mellitus

4.3.1. Diabetes mellitus'un tanımı ve sınıflandırılması

Diabetes mellitus; pankreasın beta hücrelerinden salgılanan insülinin eksikliği, yokluğu veya periferik dokularda insülin direncine bağlı olarak ortaya çıkan (110, 431, 432), karbonhidrat yağ ve protein metabolizmasındaki bozukluklarla karakterize (22, 87, 93), bir çok klinik ve biyokimyasal bulgu ile seyreden (88, 365), kronik hiperglisemi durumudur (22, 87).

Diyabet; yaşam boyu süren, her yaştaki birey ve yakınlarını doğrudan ilgilendiren, iyi metabolik kontrol sağlanamadığında geri dönüşümsüz, komplikasyonları nedeniyle organ ve işlev kayıplarına yol açarak; bireyin yaşam süresini-kalitesini, fiziksel ve ruhsal iyiliklerini olumsuz yönde etkileyen, sosyal-ekonomik yükü ağır olan endokrin ve metabolik bir hastalıktır (4, 87, 366, 428). Ayrıca diyabetlinin öz bakım gücü, öz etkililik düzeyi, aldığı eğitimi istendik

davranışa dönüştürme becerisindeki aksamalar ile ilgili sorunlar nedeniyle en önemli kronik hastalıklardan birisini oluşturmaktadır (374).

Ülkemizde 1997-1998 yılları arasında yapılan TURDEP çalışması sonuçlarına göre ülkemizde tip 2 diyabet prevalansı % 7.2, IGT prevalansı ise % 6.7 olarak bulunmuştur (334, 335).

ADA tarafından önerilen yeni sınıflama sistemine göre diyabet (388);

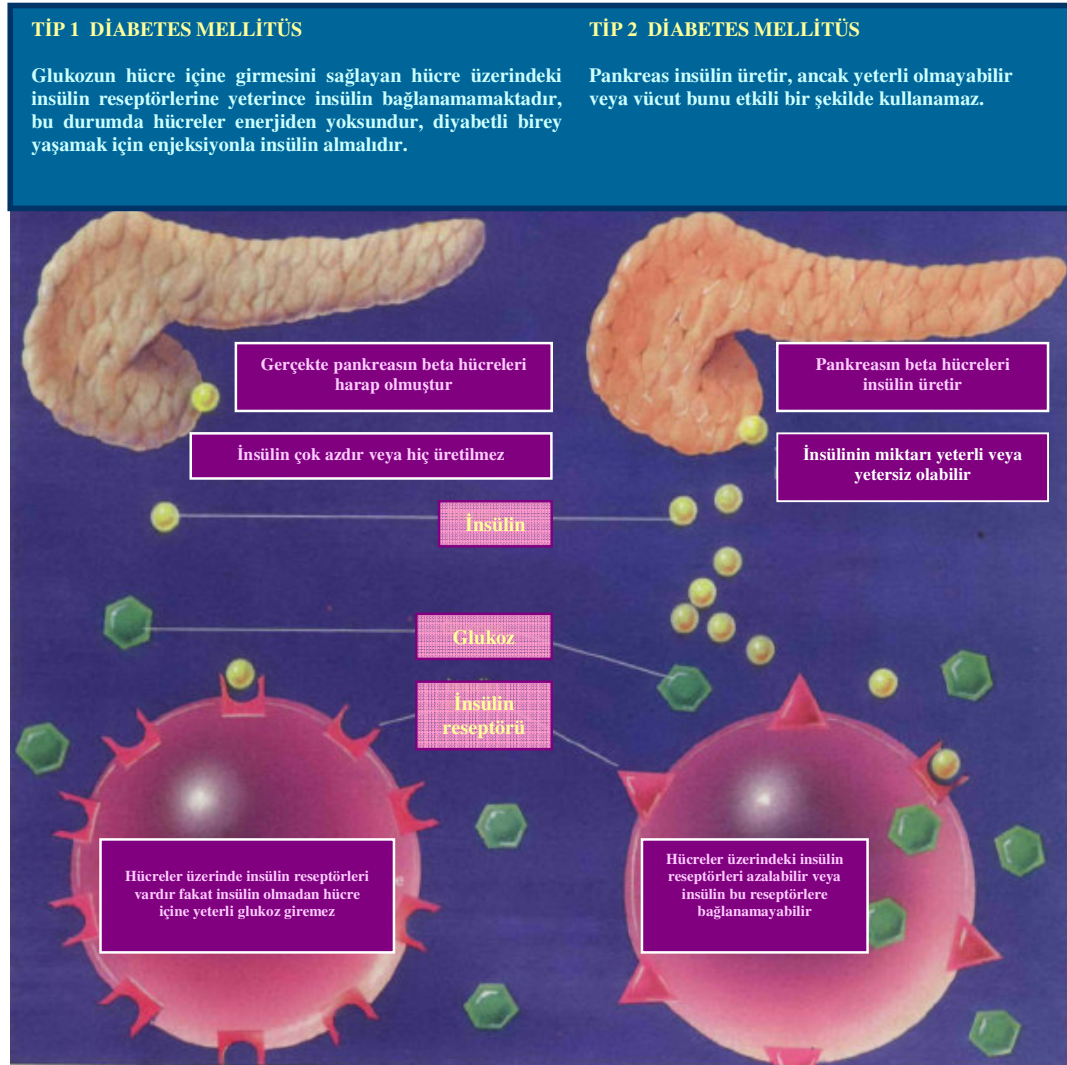
- Tip 1 diabetes mellitus (idiyopatik ve otoimmün nedenli, beta hücre harabiyeti sonucu mutlak insülin eksikliği)
- Tip 2 diabetes mellitus (periferik insülin direnci, insülin salgılanmasında yetersizlik)
- Diğer spesifik diyabet tipleri (beta hücre fonksiyonunda genetik bozukluklar, pankreas hastalıkları, endokrin hastalıklar, ilaç ve kimyasal maddeler, enfeksiyonlar gibi)
- Gestasyonel diyabet (gebelik diyabeti)

olarak sınıflandırılmıştır (116, 358, 420, 432).

ADA'nın düzenlediği bu yeni kriterler daha sonra DSÖ tarafından da kabul edilmiştir (116, 431).

Şekil 1'de tip 1 ve tip 2 diyabet arasındaki farklılıklar gösterilmiştir.

Şekil 1. Tip 1 ve Tip 2 Diyabet Arasındaki Farklılıklar



Drass Janice A. (1996). Caring for patients with insulin-dependent diabetes, *Nursing*, 26(8):46-49.

4.3.2. Diabetes mellitus'un tanısı

Diyabetin tanısı klasik klinik belirtiler ve biyokimyasal ölçümlerle konulabilmektedir (131).

ADA'nın belirlediği tanı kriterleri şu şekildedir:

- Açlık (en az 8 saat hiç kalori alınmaması) plazma glukoz değerinin 126 mg/dl'ye eşit veya daha yüksek olması

- Hiperglisemi (poliüri, polidipsi ve açıklanamayan kilo kaybı gibi) belirtileri ve günün herhangi bir zamanında ölçülen plazma glukoz değerinin 200 mg/dl'ye eşit veya daha yüksek olması
- 75 g glukoz ile yapılan OGTT sırasında ilk iki saat içinde plazma glukoz değerinin 200 mg/dl'ye eşit veya daha yüksek olması

ile tanı konulabilmektedir (9, 110, 132, 248).

Ancak tip 1 diyabette tanı için çoğu kez OGTT'nin yapılması rutin olarak klinik kullanımda önerilmemektedir (63, 110, 132). Gerekli durumlarda diğer tanısal yöntemler (kan biyokimyası, doku grubu tayini, idrarda mikroalbümin, el bileği grafileri, diyabet antikorları, HbA_{1c} değeri, C-peptit yanıtı testi gibi) yapılabilmektedir (60, 132).

4.3.3. Tip 1 diabetes mellitus ve çocukluk dönemindeki epidemiyolojisi

Tip 1 diyabet; genetik zeminde çevresel faktörlerin etkisi ile (en sık viral nedenler) pankreasın beta hücre hücrelerinin immun nedenli harabiyetine (% 80 harabiyet) bağlı olarak insülin hormonunun yetersizliği veya yokluğu sonucu gelişen diyabet tipidir (93, 433)

Tip 1 diyabette ağır ve genellikle kalıcı insülin eksikliği vardır. Bu nedenle tedavisinde mutlaka insülin gereklidir (13, 56, 93).

Tip 1 diyabet çocukluk çağında en sık görülen kronik hastalıkların başında yer almaktadır (88, 90, 172, 176). Çocukluk ve adolesan döneminde 16 yaşından küçük çocuklarda astım ve serebral palsiden sonra en sık görülen üçüncü kronik hastalıktır (44, 136) ve dünyada ise sıklığı gittikçe artmaktadır (433).

Tip 1 diyabet, tüm diyabetlilerin yaklaşık % 10'unu oluşturmaktadır (263, 328) ve her yaşta görülebilmekle birlikte (131, 433), sıklıkla 30 yaşın altında (% 75-80 oranında) ortaya çıkmaktadır (176, 388).

En sık görüldüğü yaş 5-7 yaş ve puberte dönemi (10-15 yaş grubunda görülme oranı daha yüksek) olmakla birlikte görülme sıklığı 5 yaşın altındaki çocuklarda da giderek artmaktadır (328, 343, 371).

Vakaların dörtte üçünde çocuk 15 yaşına gelmeden tanı konulmaktadır (263).

Tip 1 diyabet genetik faktörler yönünden değerlendirildiğinde diyabet riskini arttıran yirmiden fazla gen olduğu saptanmıştır. Tip 1 diyabetin ailesel eğilimi saptanmasına karşın spesifik bir genetik geçiş şekli bulunamamıştır. Diyabetlilerin kardeşlerinde tip 1 diyabet genel popülasyona göre yaklaşık 15 kat daha sık görülmektedir (433). Baba tip 1 diyabetli ise çocukta risk % 7, anne diyabetli ise % 2 (162, 199), tek yumurta ikizi tip 1 diyabetlinin ikizinde risk % 35, tip 1 diyabetlinin kardeşinde ise risk % 3-6 arasında değişmektedir (199).

Tip 1 diyabetin ortaya çıkmasında viral enfeksiyonlar, çeşitli toksinler, stres, bazı besinler, inek sütü gibi çeşitli çevresel faktörler de rol oynamaktadır (90, 162, 328, 433).

Tip 1 diyabetin ortaya çıkmasında sıklıkla mevsimsel farklılıklar vardır. Sonbahar ve kış aylarında diyabet daha fazla görülmektedir (265, 328).

Erkek ve kızlar tip 1 diyabetten eşit oranda etkilediğinden cinsiyet yönünden farklılık görülmemektedir (328).

Tip 1 diyabet ve sosyoekonomik durum arasında belirli bir ilişki bulunmamaktadır (328).

Tip 1 diyabet bazı etnik gruplar dışında her kıtada, hemen hemen tüm toplumlarda görülmektedir. Tip 1 diyabetin insidansı ve riski toplumdan topluma çok büyük farklılıklar göstermektedir. Bir çok ülkede çocukluk dönemi tip 1 diyabet insidansı artmaktadır. IDF'e göre 2003 yılı itibariyle dünyada 0-14 yaş arası çocuk nüfusunun 1.8 milyar olduğu, tip 1 diyabet prevalansının % 0.02, 0-14 yaş arası tip 1 diyabetli sayısının 430 000 civarında olduğu, yılda 65 000 yeni vakanın ortaya çıktığı

ve insidansın yılda % 3 civarında arttığı bildirilmiştir. Verilere göre 15 yaş altı tip 1 diyabetlilerin yaklaşık 1/4'ü Güney ve Doğu Asya'da, 1/5'i de Avrupa ülkelerinde yaşamaktadır. Batı Pasifik ülkelerinde ise tip 1 diyabetlilerin % 5'i bulunmaktadır (332).

DSÖ'nün 1990 yılında başlattığı çocukluk diyabeti ile ilgili çokuluslu bir çalışmada (DIAMOND) ve EURODIAB-ACE çalışmasında 14 yaş altı tip 1 diyabet insidansı kaydedilmiş, 1990-1994 yılları arasında 75.1 milyon çocuktan 19164'ünde diyabet saptanmıştır. Çin ve Venezuela'da yıllık insidans 0.1/100000 iken, Sardunya ve Finlandiya'da bu oran 36.5/100000 olarak bildirilmiştir. Tüm ülkeler değerlendirildiğinde Güney Amerika ve Çin'de oranın $<1/100000/\text{yıl}$; Finlandiya, Sardunya, İsveç, Norveç, Portekiz, İngiltere Kanada ve Yeni Zelanda'da $\geq 20/100000/\text{yıl}$ olduğu görülmüştür. Genelde insidans Doğu Avrupa ülkelerinde düşüktür (156, 328).

Türkiye'de 1996 yılında 19 bölgede yapılan çok merkezli bir çalışmada ise 0-15 yaş arası diyabet insidansı 2.52/100000/yıl olarak bulunmuştur (156, 328).

4.3.4. Tip 1 diabetes mellitus'ta patofizyoloji ve belirtiler

Çocukluk döneminde diyabetin başlangıcı ani olmaktadır ve sıklıkla viral bir enfeksiyonu takiben ortaya çıkar (90).

Glukoz uygun bir şekilde kullanılamadığı için kanda birikerek hiperglisemi oluşur, hücrelerarası osmolalitenin artması nedeniyle hücre içindeki sıvı hücre dışına çıkarak dehidratasyon gelişir. Kan glukozu artınca böbrek glomerullarında idrara geçen glukoz miktarı artar ve bu durum eşik değeri aşınca böbreklerden geri emilemez hale gelir. Glukoz osmotik diürezle birlikte suyu da çekerek idrara geçer. Poliüri ve elektrolit kaybı oluşur. Ağır elektrolit bozukluğuna ve dehidratasyona yol açan bu durum susama hissi yaratarak çocukta çok su içmeye yol açar. İnsülin eksikliği sonucu hücreler enerji için yağları ve proteini kullanır. Protein kullanımı tartı kaybı, çabuk yorulma ve letarjiye yol açar. Açlık mekanizması uyarılarak polifaji sonucu kan glukozu dengesi daha çok bozulur. Kandaki yağların artık ürünlerinden keton cisimciklerinin yapımının artması sonucu lipemi, ketonemi ve

ketonüri oluşur. Keton cisimcikleri kanda pH azalmasına ve diyabetik ketoasidoza yol açar (209). Ketoasidoz tedavi edilmezse koma ve ölüm görülebilir (90).

Tip 1 diyabette kronik belirtiler uzun süreli preklinik (genetik olarak eğimli bireylerde, çevresel nedenlerin beta hücrelerine karşı otoimmün aktivasyonu tetiklemesinden, klinik belirtiler ortaya çıkıncaya kadar geçen süre) dönemi takiben ortaya çıkmakta (430, 433) ve çocukluk dönemi diyabetinin klinik gidişi prediyabet, diyabetin ortaya çıkışı, kısmi remisyon ve total diyabet evresi olarak gelişim göstermektedir (1, 26, 433).

Tablo 1.'de yaşlara göre çocuklarda tip 1 diyabetin gelişmesi sunulmuştur.

Tablo 1. Yaşlara Göre Çocuklarda Tip 1 Diyabetin Gelişmesi

	Değer	Açıklama
Belirtilerin süresi (hafta olarak)	3-4	Büyük ölçüde değişkenlik gösterebilir
Klasik belirtiler *	% 95	Nadiren asemptomatik
Diyabetin başlangıcında diyabetik ketoasidoz	% 15-67	
Yaşla ilgisi		
0-4 yaş	% 40-50	Diyabetin başlangıcında diyabetik ketoasidozun sıklığı farklı coğrafik bölgelerde insidansla ters yönde ilişkilidir.
5-9 yaş	% 15-25	
10-14 yaş	% 17-28	
15-21 yaş	% 12-15	
* Poliüri, noktüri, enürezis, polidipsi, polifaji, kilo kaybı, letarji, yorgunluk, karın ağrısı		

Daneman D. (2006). Type 1 diabetes. *The Lancet*, 367(11):847-858.

4.3.5. Tip 1 diabetes mellitus'un tedavisi

Diyabet tedavisinin bileşenlerini; insülin tedavisi, kendi kendine izlem, beslenmenin planlanması, egzersiz, beslenme-egzersiz ve insülin tedavisi arasında dengenin kurulması, diyabetli birey-diyabet ekibi arasında iletişim, diyabet eğitimi, diyabetli birey/ ailesinin güçlendirilmesi, motivasyonu, psikososyal danışmanlık ve objektif değerlendirme (HbA_{1c} değeri gibi) oluşturmaktadır (87, 173, 351).

Tip 1 diyabetin tedavi ve bakımındaki amaç; optimal metabolik kontrolün sürdürülmesi, çocuk/adolesan ve ailesinin gereksinimlerinin belirlenerek aileye yönelik bireysel diyabet bakım planının hazırlanması, çocuğun normal yaşamını sürdürebilmesi (evde, okulda, sosyal çevresinde), yaşa uygun büyüme ve gelişmenin

sağlanması, diyabete bağlı olarak gelişebilecek olası komplikasyonların önlenmesi/en aza indirilmesi, çocuğun hastalığını kabullenmesinin /psikososyal uyumunun sağlanması, genel iyilik halinin sürdürülmesi ve diyabet tedavisinin izlenmesi oluşturmaktadır (67, 152, 166, 176).

Diyabette bakımın çok yönlü, kompleks ve zaman alması nedeniyle (114, 131, 205) diyabetin uzun dönemli tedavisi; diyabetli birey ve ailesi merkezde olmak üzere farklı sağlık disiplinlerinde uzmanlaşmış hekim, hemşire, diyetisyen, psikolog, pediyatrik sosyal danışman gibi sağlık ekibi üyelerinden, ayrıca çocuğun bakımı ile ilgili diğer bireylerden (bakıcı, öğretmen, çocuğa yardım eden diğer bireyler) oluşan diyabet ekibini gerektirmektedir (107, 174, 205, 273).

4.3.5.1. İnsülin tedavisi

Banting ve Best tarafından 1921 yılında insülinin keşfedilmesi ve klinik kullanıma girmesi tıp dünyasının en önemli gelişmelerinden birisidir (265, 339) ve bu şekilde diyabet öldürücü bir hastalık olmaktan çıkarak kronik hastalıklar grubuna alınmış ve iyi bir tedavi yöntemi ile önemli ölçüde yaşam kalitesinin artırılabilirdiği bir duruma gelmiştir (195, 433).

Tip 1 diyabette yaşamın devam edebilmesi için yeterli bir şekilde insülin üretilemediğinden birey dışarıdan mutlaka insülin almalıdır (198, 221). Normal bir karbonhidrat yağ ve protein metabolizması için gerekli olan insülin (198, 315) tip 1 diyabet tedavisinin temel ögesidir (4, 131, 162).

Belirgin bir şekilde yoğun insülin tedavisinin (her gün üç veya dört kez insülin uygulaması, devamlı subkutan insülin infüzyonu veya insülin pompa tedavisi) gliseminin veya daha iyi sonuçların gelişimi için tedavide önemli bir bölüm oluşturduğunu, insülin tedavisinin çok önemli olduğunu DCCT çalışması ortaya koymaktadır (156, 358).

İnsülin tedavisinin amacı; normal insülin fizyolojisini güvenilir bir şekilde taklit ederek öglisemiye sağlamak, kan glukozunu normal / normale yakın düzeyde tutmak, hiperglisemi ve glukozüriye bağlı gelişen belirtileri en aza indirmek/ortadan

kaldırmak, diyabetik ketoasidozu önlemek/düzeltilmek, mikro-makrovasküler komplikasyonları önlemek/geciktirmek, enfeksiyonları önlemek/azaltmak, büyüme ve gelişmeyi sağlamak, psikososyal sorunları önlemek, iyilik hissini, yaşam süresini ve kalitesini arttırmaktır (51, 160, 305, 329).

Dünyada şu anda tip 1 diyabetin tedavisi için kabul edilmiş evrensel bir insülin tedavi şekli bulunmamaktadır (1).

Her çocuğun tedavisi; çocuğa özel, yaş, diyabetin süresi, yaşam şekli, alışkanlıkları, çocuk ve ailenin tercihleri, beklentileri, çocuk ve ailenin diyabet bakım bilgisi, bilinci ve yeteneği, metabolik kontrol hedefleri, hastalığın özellikleri, diyabetle birlikte olan diğer hastalıklar ile yakın ilişkili ve uyumlu olması gereken bir yerine koyma tedavisidir (1, 4, 59, 221).

İnsülin tedavisi planlanırken diyabetli bireylerin insülin gereksinimlerinin de farklı olduğu bilinerek her bireyin kendisine uygun insülin verilebilmesi farklı konsantrasyonlarda ve tiplerde insülinlerle mümkün olmaktadır (389).

Yapılan çalışmalar sonucu günümüzde klinik uygulamada kullanılabilecek insülin alternatifleri çeşitlilik göstermektedir. İnsülin araştırmalarındaki anlamlı ilerlemeler, insülinin daha kolay yönetimini sağlayarak rekombinant DNA teknikleri ve cihazları geliştirilmiştir (105, 195).

Etki başlangıç zamanı ve süresi farklı insülinler, insülin kalemleri, insülin pompaları tip 1 diyabetlilerde insülin tedavisine uyumu, başarıyı ve diyabetli bireylerin yaşam kalitesini arttırmıştır (433).

İnsülin tipleri ve etki profilleri Tablo 2.'de verilmiştir.

Tablo 2. İnsülin Tipleri ve Etki Profilleri

İnsülin tipi	Etki başlama (saat)	Pik etki (saat)	Etki süresi (saat)
Hızlı etkili (analog)			
İnsülin lispro (Humalog)	<0.25	0.5-1.5	2-4
İnsülin aspart (Novorapid)	<0.20	1-3	3-5
İnsülin glulisin (Apidra)	<0.20	1-3	3-5
Kısa etkili (regüler)			
Regular insülin (Humulin R, Actrapid HM)	0.5-1	2-3	3-6
Orta etkili			
NPH (Humulin N, İnsuletard HM)	2-4	4-10	10-16
Lente (*), (**)	3-4	4-12	12-18
Uzun etkili			
Ultralente (*), (**)	6-10	10-16	18-20
İnsülin glargin (analog) (Lantus)	2-4	-	20-24
İnsülin detemir (analog) (Levemir)	3-5	10-16	18-20
Karışım etkili insülinler			
70/30 NPH/Regüler (Humulin M 70/30, Mixtard HM30)	0.5-1	Dual	10-16
50/50 NPH/Regüler (*)	0.5-1	Dual	10-16
70/30 NPA/ Aspart (Novomix30)	<0.25	Dual	10-16
50/50 NPA/Aspart (Novomix50) (*)	<0.25	Dual	10-16
75/25 NPL/Lispro (HumalogMix25)	<0.25	Dual	10-16
50/50 NPL/Lispro (HumalogMix50)	<0.25	Dual	10-16
(*) Ülke piyasasında mevcut değildir. (**) Lente ve ultralente çinkolu insülinlerdir. NPH: Nötral Protamin Hagedorn NPA: Nötral Protamin Aspart NPL: Nötral Protamin Lispro			

Satman İ, Yılmaz C, İmamoğlu Ş. (Editörler), (2007). Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. Genişletilmiş ve Güncelleştirilmiş 2. Baskı, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Akal Ofset Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti, İstanbul, s.69.

Yeni insülin analoglarının (özellikle glargin) geliştirilmiş olması diyabetlinin tedaviye uyumunu ve metabolik kontrolü sağlayarak, bakımın kalitesini artırarak ve hemşirelerin çalışma yükünü azaltarak zamanın daha iyi yönetimini sağlayabilir (187).

Doğru insülin dozu en iyi glisemik kontrolü sağlayan dozdur ve yaşa göre değişkenlik göstermektedir (305).

Tip 1 diyabetlilerde ortalama günlük insülin ihtiyacı 0.5-1.0 U/kg'dır (195). Puberte dönemi için insülin ihtiyacı ise 0.8-1.2 U/kg/gün'dür (305).

İnsülin tedavisi geleneksel (konvansiyonel, günde tek veya iki doz uygulama şeklinde), çoklu doz (3-7 kez gibi çoğul dozu içeren) enjeksiyon tedavisi veya insülin pompası ile (sürekli subkutan insülin infuzyonu şeklinde) uygulanabilir (162, 195).

İnsülin tedavisinde geleneksel tedavi uygulaması tip 1 diyabetlilerde kan glukozu regülasyonunu düzenlemede yetersiz kaldığı için tercih edilmemektedir. Tercih edilen ADA'nın da çocuk ve adolesanlar için önerdiği gibi bazal insülin (günlük ihtiyacın % 40-60'ını karşılar) ile postprandiyal hiperglisemiye karşılayabilecek öğün öncesi bolüs insülinlerin verilmesi şeklinde uygulanan çoklu doz insülin tedavisidir (47, 195, 352).

İnsülin tedavisi uygulamalarında enjeksiyona alternatif olabilecek diğer uygulama tedavileri (intraperitoneal, intravenöz, intranazal, pulmoner, transdermal şeklindeki uygulamalar) ise avantajlarının yanı sıra uygulamadaki güçlükleri de beraberinde getirmektedir (195, 380).

Diyabette glisemi kontrolüne yönelik bir diğer çalışma endojen insülin sağlayacak beta hücrelerinin nakli ile ilgilidir. İnsülin salgılayan hücrelerin nakli ve genetik çalışmalar ile farklı genetik hücrelerin insülin salgılayıcı duruma getirilmesi ile ilgili çalışmalarda bir kısım başarılar elde edilebilmişse de henüz klinik pratikte kullanılmamaktadır (195).

İnsülin tedavisi başlanan her diyabetli birey kendi kendine insülin enjeksiyonu yapabilmelidir. Okul çocuğu ve adolesanlar kendi kendine enjeksiyon yapabilir. Bu beceri çocuğun ince motor becerisi, bilişsel gelişimi ve emosyonel olgunluğu ile ilişki göstermektedir (305, 299, 300, 301). Çocuklar insülin tedavisinin sorumluluğunu alabilmek için emosyonel ve fiziksel olarak olgunlaşmadan önce insülin uygulaması ve kendi kendine yönetimleri için zorlanmamalıdır (205).

Gelişimsel olarak çoğu çocuk 10-12 yaş civarında insülin tedavisi ile ilgilendiğini ifade edebilir ve bu sorumluluğa katılmayı isteyebilir (205).

İki tip insülin uygulama yaşını ADA 12-14, doz ayarlayabilme yaşını 14-16 olarak; yapılmış çalışmalar ise kendi kendine enjeksiyon yapabilme yaşını 8-11, iki tip enjeksiyon uygulayabilme yaşını 8-12 ve doz ayarlayabilme yaşını ise 12-16 olarak belirtmişlerdir (305, www.health.state.ny.us, Erişim tarihi: 12 Temmuz 2007).

Adolesan dönemindeki çocuklar kendi kendilerine enjeksiyon yapabilmelerine rağmen bu yaş döneminde sıklıkla insülin tedavisini ihmal etme, enjeksiyon atlamaları gözlenmektedir (257, 353).

Tip 1 diyabetli çocuk ve adolesanlarda yaşamın devamı için dışarıdan mutlaka insülin verilmesi gerekli olduğundan çocuğa ve aileye insülin tedavi ve uygulamasını (kullandığı insülin tipleri ve isimleri, doğru insülin dozlarının uygulanması, insülin emilimini etkileyen faktörler, evde kan glukozunun ölçümü ve yorumu, insülin uygulama tekniği, insülin-egzersiz-beslenme ilişkisi, özel durumlarda tedavi ilkeleri, insülin komplikasyonlarından korunma ve tedavi ilkeleri, acil durumlarda kendisi ya da yakınlarının bilmesi gereken konular ve başvuracağı yerler, tedavisini içeren bir kimlik taşıma, tedaviyi kaydetme ve günlük tutma, insülinin güvenli koşullarda saklanması konularında) öğretmek hemşirenin en önemli sorumluluğunu oluşturmaktadır (302, 304, 305).

4.3.5.2. Tıbbi beslenme tedavisi

Beslenme; insülin, fiziksel egzersiz ve gerektiğinde verilen psikolojik destekle birlikte diyabet tedavisinin en önemli köşe taşlarından (61, 143, www.health.state.ny.us, Erişim tarihi: 12 Temmuz 2007).

Beslenme tedavisinde amaç; insülin ve egzersiz düzeyi ile beslenme alımını dengeleyerek normale yakın kan glukozunu sürdürmek, çocuğun normal büyüme-gelişmesini sağlamak, ideal vücut ağırlığını korumak, diyabetli bireylerin yeterli ve dengeli beslenmelerini sağlamak, öğün planının çeşitli besinleri içermesini sağlamak, yaşam boyu sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırmak, kan bulgularını normal değerlerde tutmak, komplikasyonları önlemek, diyabetlinin yaşam süresini ve kalitesini yükseltmektir (196, 199, 297).

Diyabette tıbbi beslenme tedavisinin etkisi (HbA_{1c} değerinde % 1-2 oranında azalma, açlık plazma glukoz düzeyinde 50-100 mg/dl azalma gibi) 6 hafta ile 3 ay arasında görülebilmektedir (283).

Günümüzde diyabette beslenme; yüksek kompleks karbonhidrat içeriği olan, protein ve yağ (zellikle doymuş yağ) içeriği düşük bireyin kalori gereksinimine göre düzenlenmiş beslenme programıdır (196).

Beslenme programı kişiye özeldir (19). Diyabette beslenme programı yapılırken; diyabetin tipi, çocuğun yaşı, cinsiyeti, vücut ağırlığı, boy, egzersiz durumu, çalışma koşulları, sosyoekonomik durumu, eğitim düzeyi, kültürel durum, diğer hastalıkların varlığı, tedavi şekli, biyokimyasal bulguları ve beslenme alışkanlıkları göz önünde bulundurularak düzenlenmelidir (19, 196, 281, 292).

Diyabette beslenme tedavisinde önerilen besinlerin zamanında ve önerilen miktarda yenilmesi çok önemlidir. Bu şekilde insülinin daha dengeli kullanımı ve dolayısıyla insüline olan ihtiyacın azalması sağlanır. Tip 1 diyabetli bireylerde günlük enerji ihtiyacının % 65'i ana öğünlerde, % 35'i ara öğünlerde, 3 ana, 3-5 ara öğün olmak üzere 6-8 öğüne 2.5-3'er saat ara ile bölünerek verilebilir (196, 223). ğn planlamada besinlerin önerilen miktarda yenilmesini sağlamak amacıyla; beslenme piramidi, tabak modeli, geleneksel değişim listesi yaklaşımı, karbonhidrat sayımı gibi değişik yöntemler kullanılmaktadır (283).

Tip 1 diyabette beslenme tedavisinde birinci derecede göz önüne alınması gereken durum; öğün zamanlaması, günlük yiyecek tüketimleri arasındaki uyum ve egzersize göre besin tüketiminin dengelenmesi ile kan glukozu izlemi oluşturmaktadır (4, 196).

Tip 1 diyabetli ocuk ve adolesanlarda beslenme diyabetli olmayan yaşıt çocukların beslenmesiyle aynıdır. Beslenme nerileri sağlıklı ocuk ve adolesanların gereksinimlerine temellenmelidir (143, 144, 352).

Diyabetli çocuk ve adolesanda beslenme; çocuk/adolesanın beslenme öyküsünün alınmasına temellenmeli, anlaşılması kolay olmalı, sağlıklı besin seçimlerini içermeli ve çocuk gelişme döneminde olduğu için beslenme gereksinimlerindeki değişimleri karşılayabilmede beslenme planına yeni bir şekil verilmelidir (200).

Çocuk ve adolesanlarda tıbbi beslenme tedavisinde davranış değiştirme uygulamalarında; bütün aile bireyleri için sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve düzenli egzersizin desteklenmesi ile enerji ve yağ düzeyi yüksek besin alımının azaltılması göz önünde bulundurulmalıdır (268).

Beslenme programı düzenlenirken görüşme bir kez ile sınırlı kalmamalı, periyodik kontrollerle uyum konusunda bilinçlendirilmeli ve desteklenmelidir (196).

Adolesan dönemde insülin tedavisinde olduğu gibi sıklıkla beslenme programında bozulmalar meydana gelmektedir (257).

Egzersiz öncesi uygun ara öğünü belirleyebilme yaşını ADA 10-12, bakımda beslenmesine yönelik rolünü ifade edebilme yaşını 14-16, kan glukozu düzeyi ile ilişkili besinleri değiştirebilme yaşını 14-16 olarak; yapılmış çalışmalar ise egzersiz öncesi uygun ara öğünü belirleyebilme yaşını 10-13, bakımda beslenmesine yönelik rolünü ifade edebilme yaşını 9-15, kan glukozu düzeyi ile ilişkili besinleri değiştirebilme yaşını ise 10-15 olarak belirtmiştir (www.health.state.ny.us, Erişim tarihi: 12 Temmuz 2007).

Beslenme konularının kompleks olması nedeniyle diyabette beslenme tedavisi bilgili, deneyimli, konusunda uzmanlaşmış diyetisyenler tarafından verilmelidir (19, 196, 297). Bunun yanı sıra diyabet tedavi ekibinde yer alan hekim ve hemşire de beslenme tedavisi hakkında bilgili olmalı ve beslenme tedavisi uygulamalarını desteklemelidir (269, 297).

4.3.5.3. Egzersiz

Diyabetli bireyler için düzenli egzersiz/aktivite bakım planının, beslenme programının ve tıbbi tedavinin önemli bir bölümüdür (200, 205, 298) ve destekleyici olarak önerilmektedir (102).

Diyabetin tedavisinde egzersizin yararları yüzyıllar öncesi saptanmış olmasına rağmen, Allen 1919 yılında ilk olarak egzersizin kan glukoz düzeyini düşürdüğünü ve diyabetli hastalarda geçici olarak glukoz intoleransını arttırdığını bildirmiş (271), 1926 yılında ise egzersizin insülinin kan glukozunu düşürücü etkisini güçlendirdiği görülmüştür (8).

Egzersiz/aktivite bütün yaş gruplarında yararlıdır (298). Tip 1 diyabette egzersiz; insülin gereksinimini azaltma ve etkisini arttırma, yemekten sonraki en yüksek kan glukoz düzeyini azaltma, ketonemiye azaltma, tartı kontrolünü sağlama, kasların gelişimini sağlama ve gücünü arttırma, kemiklerin gelişimini ve güçlenmesini sağlama, kardiyovasküler sistemi olumlu yönde etkileme, hiperlipidemiye azaltma, kondüsyon ve çalışma kapasitesini arttırma, yaşam boyu sağlıklı alışkanlıkların gelişimi, yaşam kalitesini yükseltme, kendine güveni arttırma, benlik saygısının gelişimi, sosyal ve ekip kurma becerilerinin gelişimi, stresi azaltma gibi çok sayıda yararlar sağlamaktadır (35, 205, 298, 316).

Tip 1 diyabetli bireylerde akut egzersize metabolik yanıt duyarlılığı; diyabetin tipi ve tedavi şekli, insülinin tipi, alındığı yol, zamanı, uygulandığı yer, egzersiz alışkanlığı, egzersizin süresi, şiddeti, alınan besinler ve biyokimyasal sonuçlar gibi değişkenlere bağlıdır (272).

Diyabetli bireyler için egzersiz programı, diyabetin ve komplikasyonların durumu, uygulanan tedavi, egzersiz programından beklentiler ve amaçlara göre bireysel olarak hazırlanmalıdır (272).

Egzersiz yapılırken risklerin (hiperglisemi, hipoglisemi, kas-iskelet sisteminde yaralanmalar, kardiyovasküler sistem yaralanmaları, retinopati ve nefropatinin kötüleşmesi) de olabileceği mutlaka bilinmelidir (298, 316). Bununla birlikte sağlıkta

ve diyabet yönetiminde egzersizin yararları, herhangi bir olası riskten daha fazla önem taşımaktadır (298).

Diyabetli çocuk ve adolesan her türlü egzersizi yapabilir (328). Komplikasyon varlığı ve iyi bir metabolik kontrolün olmadığı durumlar dışında tip 1 diyabetli çocuk ve adolesan tarafından eğlenceli/rekreasyonel aktiviteler/sporlar ve rekabetçi/profesyonel üretkenlikler (profesyonel sporlar) yapılabilir. Tip 1 diyabetli bireylerde fiziksel egzersizin; egzersiz öncesi metabolik kontrolün sağlanması (açlık kan glukozu 250 mg/dl'nin üzerindeyse ve ketoz varsa kaçınılması, 300 mg/dl'nin üzerinde ve ketoz yoksa dikkatli bir şekilde uygulanması, 300 mg/dl'nin üzerinde ve ketoz varsa uygulanmaması, kan glukozu 100 mg/dl'nin altındaysa ilave karbonhidrat alınması), fiziksel egzersiz öncesi ve sonrasında kan glukozu izlemi (insülin dozunda veya besin alımında değişim gerekiyorsa değişimlerin tanımlanması/saptanması, farklı fiziksel egzersiz durumlarında glisemik yanıtın öğrenilmesi) ve besin alımı (hipoglisemiye önlemek için ilave karbonhidrat tüketimi, fiziksel egzersiz sırası ve sonrasında karbonhidrata dayalı besinlerin bulunması) durumlarında glisemik yanıtın düzenlenmesinde yararlı olabileceği ADA tarafından bildirilmiştir (308, 309).

Tip 1 diyabetli çocuk ve adolesanlar her gün 30-60 dakika süreyle, orta derecede egzersiz yapmaya uyum göstermelidir (352). Orta derece grubunda yer alan egzersizler içinde; tempolu yürüme, kültür fizik, bisiklete binme ve sportif aktiviteler(masa tenisi, tenis, voleybol, basketbol, yüzme gibi) yer almaktadır (298, www.ailehekimince.com, Erişim tarihi: 12 Temmuz 2007).

Egzersiz insülineminin pik yaptığı, insülinin doruk etkisine ulaştığı zamanda yapılmamalıdır (90). Bu nedenle öğünlerden 1-2 saat sonra egzersiz yapılması uygundur (166, 196, 221).

Diyabette egzersiz tedavisi; diyabetli bireyler için güvenli egzersiz programı konusunda bir uzman (fizik terapisti, klinik egzersiz fizyolojisti gibi) tarafından verilmelidir (264). Ayrıca diyabetli bireylerde aktivite ve egzersizin yararları, riskleri ve önlemleri hakkında hemşire bilgi sahibi olmalıdır (298).

4.3.5.4. Kendi kendine izlem (self-monitoring/home-monitoring)

Tip 1 diyabetli çocuklarda diyabet tedavisinin amacı; kan glukozunun normal veya normale yakın değerler arasında olmasını/metabolik kontrolü sağlamaktır. Bu nedenle diyabetle birlikte yaşam, çocuk/ailenin evinde de devam etmekte ve evde de çocuk/ailenin kendi kendini izlemesini gerektirmektedir (194, 215).

Diyabette kendi kendine izlemin 1970'li yıllardan itibaren başlaması ile 1986 yılında ADA'nın kendi kendini izleme konusuna önem vermesi ve sonraki yıllarda çeşitli cihazların geliştirilmesi ile evde kendi kendine izlem kavramı daha sık olarak kullanılmaya başlanmıştır (41).

Herhangi bir kendi kendine izlem programı, bireyin bazı bilgileri alması ve bazı becerileri geliştirmesidir (215).

Tip 1 diyabette kendi kendine izlem; metabolik kontrolün sağlanması amacıyla görsel yöntemler veya ölçüm cihazları ile; kanda glukoz, keton, kolesterol, trigliserid ve idrarda glukoz, keton, mikroalbumin düzeylerini, ayrıca kilo ve kan basıncı gibi ölçümlerini yaparak çocuğun/ailenin kendi kendilerini takip etmesidir (142, 166, 205, 221).

Çoklu doz insülin tedavisi ile sık, doğru olarak yapılan ölçümler; optimal metabolik kontrolün başarılabildiği tek yöntemdir (199) ve kendi kendine izlem sonuçları en iyi metabolik kontrolün sağlanmasında, tedavinin etkinliğini değerlendirmek ve tedavi/beslenme/ egzersiz uyumu sağlayabilmek için kullanılmalıdır (149).

Diyabetli bireyde kendi kendine izlem; kan glukozunu hızlı ve doğru bir şekilde ölçme kolaylığı (194, 352), daha iyi metabolik kontrolün sağlanması, devam ettirilmesi (194), kan glukoz düzeyinde meydana gelen değişimleri en aza indirme, diyabetli çocuk/ailenin bireysel yaşamına uygun tedavi planının yapılmasını sağlama, çocuk/ailene insülin tedavisi, beslenme ve egzersiz programlarını düzenleme sorumluluğu verme (57), insülin tedavisinde değişime yapabilmek (199, 307), uygulanan tedavinin, günlük egzersiz/aktivite düzeyine ve beslenmeye uygun

olarak istenen kan glukoz düzeyini sağlamada ne kadar etkili olduğunu gösterme (199), hipoglisemi ve hiperglisemilerin erken tanı ve önlenmesine yardım etme (41, 57, 194, 351), gün içinde ve günlük olarak izlemlerin takip edilmesini sağlama (199, 351), ketoasidoz gelişme sıklığında azalma (41, 194), uzun dönemde kronik komplikasyonları azaltarak yaşam süresini ve kalitesini önemli ölçüde arttırma (41), diyabetli çocuk/ailesinin eğitime yardımcı olma, daha esnek, serbest ve güvenli bir yaşam sağlama (41, 194), çocuk/ailenin metabolik kontrolde ne kadar başarılı olduğunu anlamasını sağlama, çocuk/adolesan ve ailenin özgüvenini, benlik saygısını, motivasyonunu arttırma, kendini kontrol deneyimi kazandırma, sorun çözme, zaman yönetimi ve karar verme yeteneklerini geliştirme (215), hastaneye yatış sıklığı ve süresinde azalma (41) gibi çok sayıda yararlar sağlamaktadır.

Kendi kendini izleme ölçümleri içinde yer alan kan glukozunun ölçümü diyabetin yoğun tedavisinin önemli bir bölümüdür (57, 313) ve optimal glisemik kontrolün başarılması, komplikasyonlardan korunma, komplikasyonların erken dönemde tanınması ve ilerlemesini durdurabilme açısından en önemli izleme yöntemidir (194, 352).

Evde kan glukozu ölçümü; kapiller kanda görsel yöntem ve daha yaygın olarak kullanılan ölçüm aleti/glukometre ile ölçülebilir (41, 133, 194, 221).

Günümüzde ölçüm çubukları yardımıyla kanda glukozun yanı sıra birden çok ölçüm yapabilen (glukoz, keton, kolesterol ve trigliserid ölçümü) yapabilen, değişik özelliklerde (küçük, kullanışlı ve hızlı ölçüm yapabilen) çeşitli ölçüm cihazları bulunmaktadır (129, 166, 205, 221).

Tip 1 diyabetli çocuklar için ADA günde 4 kez veya daha sık kendi kendilerine kan glukozu izlemelerini yapmaları gerektiğini bildirmiştir (352).

Aile ve yaş döneminin özelliğine, olgunlaşma düzeyine göre çocuk ve adolesan kendi kendine izlemi ve yorumlamayı yapabilir. Bu amaçla çocuk/adolesan ve ailesi bu konuda eğitilmeli (313) ve kendi kendini izlemenin sorumluluğu mümkün olduğu sürece çocuklara küçük yaşlarda kazandırılmalıdır (215).

Çocukların kendi kendine kan glukozunu ölçme yaşını ADA 8-10; yapılmış çalışmalar ise 7-11 yaş olarak değerlendirmektedir (www.health.state.ny.us, Erişim tarihi: 12 Temmuz 2007).

Kan glukozunun kendi kendine izleminin yanı sıra metabolik kontrolün değerlendirilmesi amacıyla 3 ay aralıklarla izlenmesi ve değerlendirilmesi gereken HbA_{1c}'nin ölçümü (4, 94, 433) de diyabetli ve tedavi ekibi tarafından metabolik kontrolün ve komplikasyon risklerinin bir bütün olarak görülebilmesine ve diyabet yönetimi planlarının etkinliğinin değerlendirilmesine oldukça yardımcı olmaktadır (313, 358).

Tablo 3.'te yaş gruplarına göre tip 1 diyabetlilerde plazma kan glukozu ve HbA_{1c} hedefleri verilmiştir.

Tablo 3. Yaş Gruplarına Göre Tip 1 Diyabetlilerde Plazma Kan Glukozu ve HbA_{1c} Hedefleri

Yaş	Plazma kan glukozu hedeflenen değer (mg/dl)		HbA _{1c}	Açıklama
	Yemeklerden önce	Yatma zamanı/gece		
Oyun çocuğu ve okul öncesi dönem (<6 yaş)	100-180	110-120	<% 8.5 fakat >% 7.5	Hipoglisemi riski yüksek ve hassas
Okul çocukluğu dönemi (6-12 yaş)	90-180	100-180	<% 8	Hipoglisemi riski ve puberte öncesi komplikasyonlar için nispeten düşük risk
Adolesan ve genç yetişkinler (13-19 yaş)	90-130	90-150	<% 7.5*	Hipoglisemi riski Gelişimsel ve psikososyal konular
Glisemik amaçların hazırlanmasında temel kavramlar Hedef değerler bireyselleştirilmelidir ve hedef değerlerdeki düşmeler yarar/risk değerlendirmeleri üzerine temellenerek uygun olmalıdır. Kan glukozu amaçları hipoglisemi veya farkında olunmayan hipoglisemi riski çocuklarda tablodaki değerlerin üzerindeyse hedef değerler daha yüksek olmalıdır. Yemek sonrası kan glukozu değerleri, yemek öncesi kan glukozu değerleri ve HbA _{1c} arasında fark varsa ölçülmelidir. * Düşük düzeydeki bir değer (% 7) aşırı hipoglisemi olmaksızın başarılabiliyorsa uygundur.				

Silverstein J, Klingensmith G, Copeland K, Plotnick L, Kaufman F, Laffel L, Deeb L, Grey M, Anderson B, Holzmeister LA, Clark N. (2005). Care of children and adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 28(1):186-212.

İdrarda glukoz ölçümü (glukozüri); kan şekerinin tahmin edilmesinde kullanılabilecek hassas bir ölçüm yöntemi olmadığı ve istenilen tedavi hedeflerine ulaşmak bu yöntemle mümkün olmadığı için ancak kan glukozunun ölçülemmediği durumlarda yararlanılabilir (41, 194, 221).

İdrarda keton ölçümü (ketonüri); kontrol edilemeyen hiperglisemi (kan glukozu 240 mg/dl), insülin eksikliği, araya giren hastalık, bulantı, kusma, stres, ketoasidoz durumlarında idrarda keton bakılması önerilmektedir. Günümüzde hem glukoz hem de keton bakabilen ölçüm çubukları bulunmaktadır (41, 90, 194, 221).

İdrarda mikroalbümin ölçümü (mikroalbüminüri); diyabetik nefropatinin en erken dönemde tanı ve tedavisini sağladığı için önemli bir ölçüm yöntemidir (128). Diyabetin kronik komplikasyonlarından olan böbrek damarlarındaki hasarın belirlenebilmesi için evde belirli aralıklarla (4 ayda bir) mikroalbümin düzeyleri ölçülmelidir (93, 94). Puberte öncesi dönemde diyabetli çocuklarda tanıdan 5 yıl sonra, puberte döneminde başlayan diyabetli çocuklarda ise tanıdan 2 yıl sonra ve daha sonra yılda bir kez olmak üzere mikroalbümin izlemi yapılmalıdır (199).

Metabolik kontrolü kötü olan tip 1 diyabetli çocuk ve adolesanları ileri dönemlerde bekleyen en önemli sorunlardan birisi hiperlipidemi sonucu gelişen arteriosklerozdur. Bunun sonucunda ise hiperlipidemi, lipid ve lipoprotein metabolizmasının bozulması ile kan yağları normalden yüksektir (128). Bu nedenle diyabetin izleminde damar hastalıklarının gelişimini engellemek için kan glukoz düzeyi ile birlikte kolesterol ve trigliserid ölçümleri de yapılmalıdır (97).

Kendi kendine izlemde mikrovasküler komplikasyonları olumsuz etkileyen, gelişmelerini hızlandıran ve koroner arter hastalığı ile ilişkili olan hipertansiyonun da izlemi (3 yaşından büyük tüm çocuklarda) çok önemlidir (94, 351).

Kendi kendine izlemde devamlı kan glukozu izlemi (continuous glucose monitoring system), ciltten glukozu algılayan cihazlar (glucowatch), kan şekeri verileri yönetimi sistemi gibi ölçüm ve izlemi sağlayabilen geliştirilmiş diğer yöntemler de uygulanabilmektedir (149, www.abbottdiabetescare.co.uk, Erişim tarihi: 12 Temmuz 2007).

Kendi kendini izlem uygulamaları yapıldıktan sonra sonuçları mutlaka kaydedilmeli, kayıt sırasında ölçümün yapıldığı tarih, saat, ölçüm sonuçları, insülin tedavisinin yapıldığı saat, ölçümün hangi durumlarda (fazladan ölçüm yapılan

durumlar) ve nerede bakıldığı, yapılan girişimler, kim tarafından yapıldığı mutlaka kaydedilmelidir (194, 200, 221, 351).

Diyabetli çocuk ve ailenin bakımında kendi kendine izlemdeki hemşirenin en önemli sorumluluğu çocuk ve ailenin eğitimidir. Kendi kendine izlem programı diyabetli çocuk ve ailesinin bilgili ve becerili olmasını, yüksek düzeyde sorumluluk almasını gerektirmektedir. Bu nedenle hemşire, kendi kendini yönetme eğitiminin bir bileşeni olan kendi kendine izlem konusunda çocuk/adolesan ve ailesini eğitmelidir (215).

4.3.5.5. Diyabet eğitimi

Hasta eğitimi; hastaların sağlık durumlarını düzelten, geliştiren yeterlilikler ve davranışlar kazanmalarını sağlama çalışmaları olarak tanımlanmaktadır (394).

Hasta bireyi komplikasyonlardan, hastalığa eklenebilecek diğer sağlık sorunlarından korumayı, hastanın potansiyeli doğrultusunda mümkün olan en kısa zamanda fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamında kendi kendine yeterli duruma gelmesini amaçlamaktadır (112).

Diyabet eğitimi diyabet tedavisinin ve bakımının en önemli bileşenini/ temel taşını oluşturmaktadır (4, 199, 374). Diyabetin başarılı bir şekilde tedavi ve izleminde diyabetli çocuk/adolesan ve ailesinin aktif rol almasını sağlamak için eğitim büyük önem taşımaktadır (129).

Diyabet eğitiminin tıbbi (insülin tedavisi gibi) tedavi, tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz ve diyabet ile ilgili diğer konu başlıklarını da kapsayan bileşenlerden oluştuğu 1930'lu yıllardan beri bilinmektedir (282, 284). Diyabet eğitiminin ve diyabet okulunun diyabet tedavisindeki vazgeçilmez yerini ilk kez 1920'li yıllarda Eliot P. Joslin vurgulamıştır (284).

Diyabetli çocuk/adolesan ve ailesinin eğitimi diyabetli çocuk ve adolesanın geleceğinin en büyük güvencesini oluşturmaktadır (163).

Eğitim programları bireyselleştirilerek, diyabetin evresi, yaşam şekli, çocuğun yaşı, gelişim düzeyi, ilgisi, ihtiyaçları, sorunları, amaçları, davranışları, inançları, öğrenme şekli, öğrenme yeteneği/isteği, varolan bilgi düzeyi, ailenin sosyoekonomik yapısı göz önünde bulundurularak; davranış, inanç ve bakış açılarını geliştirecek şekilde, motivasyonu ve bireyi güçlendirmeyi amaç edinmiş, bütüncü bir şekilde, kendi kendine bakım becerisinin öğretilmesi temel alınarak, bireysel gereksinime uygun bir şekilde ve interaktif eğitim yöntemleri kullanılarak düzenlenmelidir (33, 133, 163, 199).

Tablo 4.'te çocuklarda yaş gruplarına göre yaşla ilişkili sorumluluklar ve özellikler sunulmuştur.

Tablo 4. Çocuklarda Yaş Gruplarına Göre Yaşla İlişkili Sorumluluklar ve Özellikler

Yaş	Diyabetle ilişkili değil	Diyabetle ilişkili
3 yaş ↓	- Büyük motor becerilerde gelişme vardır - Konuşma becerilerinde gelişme vardır - Güveni öğrenir - Sevgiye yanıt verir	- Bütün bakımı ebeveyn yapmalıdır - Normal yaşamın bir bölümü olarak diyabet bakımı kabul edilir - İnsülin sıklıkla ne yenildiği görüldükten sonra verilir
3-7 yaş	- Hayal gücü güçlü, yaratıcı/somut düşünür - Soyut bir şekilde düşünmeyi beceremez - Ben merkezlidir	- Bütün bakımı ebeveyn yapar - Kan glukozu ölçümü ve insülin iğneleri için yavaş yavaş işbirliği yapmayı öğrenir - Değişken yiyecek seçimleri vardır, yemeklerden sonra hala insülin verme gereksinimi vardır - Yavaş yavaş hipoglisemiyi tanımlamayı öğrenir. - Zaman kavramı gelişmemiştir - İnsülin pompası yönetiminin yapılmasında yetişkin bir bireye gereksinim vardır
8-12	- Somut düşünür - Daha çok mantıklı ve anlayışlıdır - Daha çok meraklıdır - Daha çok sosyaldır - Daha fazla sorumluluk sahibidir	- Kan glukozu ölçümünü öğrenebilir. 10-11 yaşlarında gereksinim duydukça kontrol altında insülini çekebilir ve verebilir - Besin seçimlerini kendisi yapabilir. - İlk olarak karbonhidrat sayımını öğrenebilir - Yaptığı şeyleri değerlendiremez (iyi bir diyabet kontrolünün geç dönemde ortaya çıkacak komplikasyonları önlemesi gibi) - Hipoglisemiyi tanımlayabilir ve tedavi edebilir 11-12 yaşlarında ara öğünlerini hatırlamasından sorumlu tutulabilir, fakat alarmlı saatlerin desteğine ve ebeveyn hatırlatmasına gereksinimi vardır. - İnsülin pompasının ayarlarını kendisi yapabilir, fakat bir yetişkinin hatırlatmasına gereksinimi vardır
13-18	- Daha çok bağımsızdır - Davranışları değişkendir - Beden imajı çok önemlidir - Evden daha fazla uzaklaşma vardır - Daha fazla sorumluluk alır - Soyut düşünür - Gelecekteki sorunları önlemede yaptığı şeylerin önemini anlayabilir	- İnsülini/ insülin pompası yönetimi ve kan glukozu ölçümünün büyük bir bölümünü yapabilmede yeterli, fakat hala dozlarla ilgili karar vermede yeniden gözden geçirmeye ve ebeveyne gereksinimi vardır - Hangi besinleri yemesi gerektiğini bilir ve karbonhidrat sayımını yapabilir - Kısmen geç dönem komplikasyonların önlenmesinde iyi glukoz kontrolünün önemini tanımlar - Her gün bir çok kez insülin uygulamaya daha çok isteklidir.

(67, www.health.state.ny.us, Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2007)

Diyabet eğitim program hazırlıkları içinde öncelikle bir eğitim komitesinin oluşturulması gerekmektedir. Diyabet eğitim ekibi içinde hekim, hemşire, psikolog, diyetisyen, egzersiz uzmanı gibi çok sayıda uzman yer almalıdır. Multidisipliner ekip içinde yer alması gereken bir ekip üyesi olan hemşire diyabet eğitim programlarının hazırlanmasında ve desteklenmesinde anahtar rol oynamaktadır (284).

Eğitim; sağlık personeli tarafından planlanmalı, kaydedilmeli, izlenmeli ve düzenli olarak değerlendirilmeli, sürekli olmalı ve etkili olabilmesi için sürekli tekrarlanmalıdır. Ayrıca eğitim yöntemleri konusunda sürekli araştırmalar yapılmalıdır (155, 199).

Tanı aşamasında yoğun bilgi verilmemeli, çocuk/adolesan ve ailenin tanıya uyumu sağlandıkça eğitimin içeriği yeniden düzenlenmelidir (33).

Eğitim duruma uygun yöntemlerle yapılmalıdır. Eğitim; bireysel, grup eğitimleri, halk eğitimleri, gönüllü kuruluşlar tarafından verilen eğitimler ve tatil/kamp deneyimleri yoluyla kazandırma şeklinde verilebilir. Sözel veya telefonla bilgi verme ve demonstrasyon tekniklerinden yararlanılabilir. Eğitimde yazılı broşürlerden, kitap, poster, video, bilgisayar, maket gibi eğitim araçlarından yararlanılabilir. Çeşitli eğitim yöntemlerinden (eğlence ile eğitimi bütünleştirme, anlatım, konferans, grup tartışması, soru-yanıt, beyin fırtınası, vaka çalışması, gösterip yaptırma, sorun çözme, rol oynama, drama, günlük tutma, hedef oluşturma listeleri ve kendini değerlendirme, klinik ortam dışında bir kısım eğitimleri yapma gibi yöntemler) yararlanılmalıdır (33, 199, 394).

Eğitim içeriğinde; diyabetin nedenleri, insülin salgısı, etkisi, fizyolojisi, insülin tipleri, etkileri, insülin enjeksiyon teknikleri, insülinlerin saklanması, kendi kendine izlem, kan glukozuna göre insülin dozlarının ayarlanması, psikososyal sorunlar ve aile desteği, beslenme ilkeleri/ planlaması, hipoglisemi ve tedavisi, günlük yaşam planına göre diyabet tedavisinde değişiklikler, hastalık durumunda diyabetin tedavisi,

kısa ve uzun dönemli tedavi amaçları, diyabet ve egzersiz, yolculukta/tatilde diyabet bakımı, diyabetin komplikasyonları ve bunlardan korunma, zaman yönetimi gibi çok sayıda konu yer almalıdır (4, 199). Ayrıca diyabetli çocuk/adolesan ve bireylerin eğitimleri içinde mutlaka yaşam yönetimi ile eş değer olan zaman yönetimi eğitimi de dahil edilmelidir (141, 176, 181).

Diyabetli bireylerin kendi kendini yönetme eğitimi almaları gerektiği ADA tarafından önerilmiş ve bu eğitimin profesyonel eğitim ve sürekli eğitim üzerine temellenerek nitelikli sağlık personeli tarafından sağlanması gerektiği bildirilmiştir (225).

Diyabet ekibinin temel bir üyesi olan hemşire diyabetin yönetimi konusunda eğitim almış ve bu bilgiyi uygulama alanına yansıtabilecek yeterliliğe sahip olmalıdır (133).

Çocuk ve ailesinin eğitimi diyabet ekibinde yer alan diyabet hemşiresinin en önemli sorumluluğudur (209, 303, www.tdhd.org, Erişim tarihi: 28 Ağustos 2007) ve etkili eğitim programlarının hazırlanması ve uygulanmasında aktif olarak eğitici rolünü gerçekleştirmelidir (133).

4.3.5.6. Psikososyal danışmanlık

Diyabet fiziksel bir hastalık olmanın yanı sıra yaşamın her alanını etkileyen, bireyi yaşamında bir çok değişiklik yapmak zorunda bırakan psikolojik, psikososyal boyutları olan bir durumdur ve diyabetli birey fiziksel, duygusal, sosyal ve bir çok sorun/ çatışmayla karşılaşmaktadır (73, 88, 92, 217).

Gerek diyabetli adolesanlarda gerekse tüm diyabetli bireylerde yaşanan psikolojik, psikososyal, fizyolojik değişimler ve bunların etkileşimi diyabetin yönetimini güçleştirmekte, psikososyal sorun ve çatışmalar diyabetli bireyin metabolik durumunu olumsuz etkilemekte ve bu durum da komplikasyon gelişimini ve sayısını arttırmaktadır (73, 88) .

Adolesan dönemde fizyolojik, sosyal ve psikolojik faktörler nedeniyle küçük çocuk ve yetişkinlere göre diyabetin kontrolü daha güç olmaktadır (352, 416).

Adolesan döneminde diyabette; hızlanan büyüme ve artan vücut ağırlığına rağmen insülin dozlarının ayarlanamaması, ergenliğe bağlı hormonal değişimler, psikososyal sorunlar(gelecek endişesi, yaşlılarından farklı olma duygusu, bağımlı olma, hipergliseminin puberte gelişimini geciktirmesi nedeniyle beden imajında bozulma, hipoglisemi gibi sıkıntı yaratacak durumlara uyum sağlama, uzun dönemli etkiler ve komplikasyonlar ile ilgili korkular, yaşlılarından ve sosyal faaliyetlerden uzaklaşma, depresyon/intihar girişimleri gibi), insülin enjeksiyonlarının atlanması, uygun olmayan yeme alışkanlıkları veya yeme bozuklukları, değişken egzersiz düzeni, çocukluk döneminde tekrarlayan enfeksiyonlar, tedaviye uyum güçlüğü nedeniyle metabolik kontrolde bozulma meydana gelebilmektedir (80, 199, 376, 377).

Tip 1 diyabetli adolesanların yaklaşık % 25-30'unda ise devamlı kötü metabolik kontrol deneyimlenmektedir. Bir çok uzman kötü metabolik kontrolü diyabetin yönetimindeki yetersizliğe ve ikincil olarak psikolojik ve/veya sosyal nedenlere bağlamıştır (139).

Adolesan döneminde diyabet yönetimindeki güçlükler adolesanın otonomiyi araştırmasıyla ilişkili olabilmektedir. Ebeveynle ilişkiler içinde meydana gelen ve psikososyal gelişiminin en önemli yönünü oluşturan adolesan otonomisi diyabetin kendi kendine yönetiminde önemli bir yönüdür (167). Bu yaş grubundaki çocukların tedavisinde sağlık bakımı ve duygusal gereksinimlerin daha küçük çocuklar veya erişkinlerden çok farklı olduğu bilinmelidir (199).

Psikososyal sorunların önlenmesi ve tanınması diyabetin metabolik kontrolü için gereklidir. Hemşire; diyabetli birey ile iletişim kurarken psikososyal sorunları önlemede, tanılamada, uygun bakım/eğitimi planlamada ve danışmanlık vermede görev almalıdır (73, 88).

4.3.6. Adolesan dönemde diabetes mellitus'a uyum

Diyabetli bireylerin sağlığının sürdürülmesinde en büyük engel tedaviye uyumun yetersiz/kötü olmasıdır (410). Diyabetli bireylerde genel olarak tedaviye kısmen veya tutarsız uyum gözlenmektedir (363). Ayrıca diyabette sağlık personelinin en zor başardığı konulardan birisini tedaviye hasta uyumunun arttırılması oluşturmaktadır (179).

Uyum; tıbbi veya sağlık önerileriyle uyuşan bireyin davranışlarını (tedaviyi uygulama, beslenme ve egzersizi uygulama, yaşam şekli değişimlerinin uygulanması) içermektedir (232, 233, 256, 363). Başka bir tanımla; diyabetli bireyin sağlık personeli ile yakın işbirliği ile sağlığını sürdürmek için çalıştığı, kendi kendine bakımda sorumluluk aldığı aktif bir süreçtir (186, 230).

Uyum; çoğunluğunu davranışsal, bilişsel, etkileyici ve ailesel nedenlerin oluşturduğu; dinamik, göreceli, kompleks ve çok boyutlu bir kavramdır (206, 363).

Yıllardır genel olarak kronik hastalık tedavileri ve yaşam şekli değişimleri için uyumsuzluk oranlarının yaklaşık % 50 oranında olduğu bildirilmiştir (108) ve uzun süren hastalıklarda uzun dönemdeki tedavi uyumunu değerlendiren çalışmaların çoğunda 6 aydan sonra tedaviye uyum başarısının % 50'yi geçmediği görülmüştür (4, www.bsm.gov.tr, Erişim tarihi: 07 Ocak 2008). Pediatri hastalarında ise tedaviye uyum % 11-93 arasında değişmekle birlikte bu oran ortalama olarak % 50'dir (415).

Klinik çalışmalar, yoğun tedaviye uyum sağlamanın diyabetle ilişkili komplikasyonlardan büyük ölçüde etkilenmeyi azalttığını göstermektedir. Tedaviye uyum ciddi riskleri ve komplikasyonların vereceği zararları önlemek için gereklidir. Bu durum tip 1 diyabetli bireylerde tedaviye uyumun önemini ortaya koymuştur (237, 434).

Adolesanın diyabet kontrolündeki başarı oranı; adolesan ve ailesinin insülin uygulaması, beslenme, egzersiz gibi tedavi programına uyumlarına bağlıdır (291). Adolesan dönemde çocuk ve yetişkinlere göre uyumsuzluk daha çok görülmektedir (363, 410, 412). Adolesan insülin yönetimi, kan glukozu ölçümleri ve beslenme

planları yönünden daha çok uyumsuz olabilmektedir (82). Adolesan dönemi sorunların en sık ve yoğun yaşandığı dönemdir. Küçük yaşlarda uyumlu olan çocuklarda bile ergenliğin başlamasıyla birlikte davranış değişiklikleri ve uyum güçlükleri görülebilir (377). Her dört adolesan diyabetlinin birisinde tıbbi ve psikolojik endişeler nedeniyle uyumsuzluk görülmektedir ve bu durum psikolojik nedenlerin (ailesel nedenler, sağlık inançları, kontrol odağı, stres ve olumsuz emosyonel durumlar, kendi kendine bakım becerileri konusunda bilgi düzeyinin yeterli olmaması gibi) yanı sıra fizyolojik nedenlerin (sıklıkla insülin direnci) kompleks etkileşimine bağlanmıştır (363). Ayrıca tedavinin kompleks ve çok boyutlu olması uyumsuzluğu da beraberinde getirmektedir (412).

Düşük düzeyde uyum tip 1 diyabetin ilk 10 yılında kaydedilmiştir ve genellikle ilk uyumsuzluk olayı diyabetten 3-4 yıl sonra oluşmaktadır (363). Adolesan döneminde diyabetle ilişkili güçlükler orta adolesan döneminde başlar ve uyumsuzluğun başlama yaşı ortalama olarak 14.8'dir (167, 363, 410). Bu durum muhtemelen herhangi bir kronik hastalıkta tedavinin monotonlaşmasına/tekdüze olmasına bağlanmaktadır (363). Literatürde ise uyumla ilişkili olarak uyumun tahmin edilmesi ve uyumun güçlendirilmesi ile ilgili 200'den fazla nedenin yer aldığı belirtilmektedir (179).

Tablo 5. Uyumu Etkileyen Nedenler ve Nedenlerin Uyumla İlişkileri

Neden	Uyumla İlişkisi
Gelişimsel konular Adolesan olma	- Negatif bir ilişki yok - Güvenilir olmayan bir ilişki - Uyumu engelleyici
Tıbbi nedenler Hastalığın doğası	Uyumu destekleyici ve engelleyici
Bilişsel-emosyonel ve motivasyonel nedenler - Bilgi - Hastalığın ve tedavinin olumlu kişisel anlamı - Hastalığın ve tedavinin anlamı - Olumlu tutumlar - Terapötik motivasyon - Emosyonel iyi olmada bozukluklar (korku, suçluluk, utanma, depresyon, anksiyete) - Benlik saygısı - Otonomi	- Uyumu destekleyici - Uyumu destekleyici - Uyumu destekleyici - Uyumu destekleyici - Uyumu destekleyici - Uyumu destekleyici ve destekleyici - Uyumu destekleyici - Uyumu destekleyici
Aile etkisi/faaliyetleri - Olumlu aile ortamı - Aileyle açık ilişkiler - Aile çatışmaları - Aile bağları - Olumlu başa çıkma becerileri - Davranışsal sorunlar, davranışsal önlemler - Ebeveyn desteği - Sıkı kontrol, negatif geribildirim	- Uyumu destekleyici - Uyumu destekleyici - Uyumu engelleyici - Uyumu destekleyici - Uyumu destekleyici - Uyumu engelleyici - Uyumu destekleyici - Uyumu engelleyici
Akran ilişkileri	Uyumu destekleyici ve engelleyici
Sağlık bakımını sağlayanlarla ilişkiler - Destekleyici, motive edici ilişkiler - Bakıma diyabetlinin aktif katılımı - Yaşamın normal bir bölümü olarak sağlık bakım tedavileri - Adolesan ve sağlık bakım sağlayıcıları arasındaki çatışmalar - Cesaretlendirme - Olumlu geribildirim	- Uyumu destekleyici - Uyumu destekleyici - Uyumu destekleyici - Uyumu engelleyici - Uyumu destekleyici - Uyumu destekleyici
Diyabetlinin eğitimi - Bireysel gereksinimler üzerine temellenme - Sağlık kontrollerinin sayısı - Başarılabilir amaçlar - Adolesanla birlikte amaç belirleme - Adolesan yaşamının bir bölümü olarak kronik hastalık - Davranış merkezli girişimler	- Uyumu destekleyici - Uyum üzerine güvenilir olmayan etkiler - Uyumu destekleyici - Uyumu destekleyici - Uyumu destekleyici - Uyumu destekleyici

Kyngas HA, Kroll T, Duffy ME. (2000) Compliance in adolescents with chronic diseases: A review, *Journal of Adolescent Health*, 26:379-388.

Hastalık fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarda yaşamı etkilediğinden ve vücut bütünlüğünü tehdit ettiğinden bireyin uyumunu bozan bir durumdur (206). Diyabet de birey için yeni bir yaşam deneyimidir ve uyum çabası gerektirmektedir (73).

Diyabete adolesan ve ailelerinin gösterdiği psikolojik tepkiler genellikle; şok ve inkar dönemi, kızgınlık, öfke ve isyan dönemi, tedavinin gerekleri üzerine pazarlığın yapıldığı ve hastalığın geçeceğinin ümit edildiği dönem, üzüntü, geri çekilme dönemi ve kabul etme ve uyum dönemi olarak beş dönemde incelenmektedir (234, 279, 376, 378).

Adolesanda diyabete yönelik tepkiler adolesanın kendisine ne olduğunu anlayabilme kapasitesine göre değişmektedir. Şok ve inkardan diyabet tanısını kabullenmeye kadar geçen sürecin yaşanması doğal karşılanmalıdır (291).

Dönemlerin hepsi diyabetli adolesan ve ailesinde gözlenmekle birlikte bu dönemlerin yaşanma süresi bireyden bireye değişmektedir. Bazen çok kısa süreli yaşanan duygusal değişimler sonucu uyum gelişebilmekte veya bir dönemde uzun süre takılıp kalma ve bu duygularla baş etme güçlüğü görülebilmektedir (378).

Kronik hastalık tanısı konulan adolesan çoğunlukla hastalıkla baş etme yöntemi olarak hastalığı kabul etmemeyi ve sorunlardan kaçmayı kullanmaktadır (54).

Diyabetli çocuk/ adolesanlarda önemli gelişimsel konular ve diyabetin etkileri Tablo 6’da açıklanmıştır.

Tablo 6. Diyabetli Çocuk/ Adolesanlarda Önemli Gelişimsel Konular ve Diyabetin Etkileri

Gelişimsel Aşama (ortalama yaş)	Normal Gelişimsel Hedefler	Tip 1 Diyabet Yönetiminin Öncelikleri	Tip 1 Diyabetin Yönetiminde Aile ile İlgili Konular
Süt çocukluğu (0-12 ay)	Primer bakım vericilerle güven ilişkilerinin/ bağlanmanın gelişimi	- Hipogliseminin önlenmesi ve tedavisi - Kan glukozu düzeyinde aşırı inip çıkmalardan kaçınma	- Stresle başa çıkma - Ebeveyn tükenmişliğinden kaçınmak için bakım yükünün paylaşılması
Oyun çocuğu (13-36 ay)	Sahiplenme ve otonomi duygusunun gelişimi	- Hipogliseminin önlenmesi ve tedavisi - Düzensiz besin alımına bağlı kan glukozu düzeylerinde aşırı dalgalanmaları önleme	- Bir listenin saptanması - Seçici yemek yemenin yönetimi - Tedaviye çocuğun işbirliğinin olmaması nedeniyle başa çıkma ve sınırlılıkların belirlenmesi - Bakım yükünün paylaşımı
Okul öncesi dönem ve erken ilk temel okul yaşı (3-7 yaş)	Aktivitelere başlamanın ve kendine güven duygusunun gelişimi	- Hipogliseminin önlenmesi ve tedavisi - Önlenemeyen iştah ve aktivite - Tedaviye işbirliğinin sağlanması için pozitif güçlendirme - Diyabet yönetimindeki diğer bakım vericilere güvenme	- Diyabetin hata/eksiklik nedeniyle olmadığı konusunda çocuğu rahatlatma - Diyabet yönetimi ile ilgili diğer bakım vericileri eğitme
Daha büyük temel okul yaşı (8-11 yaş)	- Sporda, bilişsel, ustalık, sosyal alanlarda becerilerin gelişimi - Akran gruplarında saygı ile benlik saygısını birleştirme	- Okulda ve akran aktivitelerinde katılıma izin veren esnek diyabet tedavisinin uygulanması - Optimal kontrolün kısa ve uzun dönemli yararlarını çocuğun öğrenmesi	- Özel durumlarda bağımsız kendi kendine bakımına izin verirken insülin ve kan glukozu izlemi uygulamalarında ebeveyn gereksiniminin sürdürülmesi - Okul ve diğer bakım vericilerin eğitimine devam etme
Erken adolesan (12-15 yaş)	- Vücut değişimlerinin yönetimi - Kendi kimliğini, duygusunu geliştirme	- Puberte dönemindeki artmış insülin gereksinimlerinin yönetimi - Diyabet yönetimi ve kan glukozu kontrolü güçlüğü - Kilo ve beden imajı ile ilgili endişeler	- Diyabet yönetiminde her iki taraf içinde kabul edilebilir ebeveyn ve ergenin rollerinin yeniden görüşülmesi - Kendi kendine yönetim yeteneğini artırabilme amacıyla başa çıkma becerilerini öğrenme - Diyabetle ilişkili aile çatışmalarını önleme ve müdahale etme - Depresyon, yeme bozukluğu, riskli davranış belirtilerini izleme
Geç adolesan (16-19 yaş)	Üniversiteden sonra kimlik duygusunun belirlenmesi (konum, sosyal konular, çalışma, eğitime karar verme)	- Yeni bir diyabet ekibi ile geçişi tartışmaya başlama - Yeni yaşam şekli ile diyabeti bütünleştirme	- Bağımsızlığa geçişi destekleme - Kendi kendine yönetim yeteneğini artırabilme amacıyla başa çıkma becerilerini öğrenme - Diyabetle ilişkili aile çatışmalarını önleme ve müdahale etme - Depresyon, yeme bozukluğu, riskli davranış belirtilerini izleme

Care of children and adolescents with type 1 diabetes (2005). *Diabetes Care*, 28(1):186-212.

Tedaviye uyumun değerlendirilmesi komplekstir ve değerlendirmenin temel bir standardı, tek bir göstergesi bulunmamaktadır (256, 434).

Diyabet tedavisine uyumun değerlendirilmesi sıklıkla güç (kendi kendine bakım davranışlarının geçerli ölçümlerini elde etme çabaları gibi) olmakla birlikte doğrudan

(HbA_{1c} değeri, davranışların (teknik beceri uygulamaları gibi) gözlenmesi gibi) ve doğrudan olmayan (diyabetlinin kendisinin yaptığı kayıtlar gibi) çeşitli yöntemlerle uyum ölçülmektedir (117, 434).

Uyumun değerlendirilmesinde klinik göstergeleri; evdeki kan glukozu ölçümlerinin gözden geçirilmesi, üç günlük beslenme durumu, depresyon ölçümü, günlük iş ve faaliyet değerlendirmeleri, sağlık personeline karşı hasta davranışlarının değerlendirilmesi, sık kaçırılan kontrol zamanlarının açıklaması, tedavinin maliyetinin gözden geçirilmesi, uyumun güvenilir bir şekilde değerlendirilmesi ve diyabetli-sağlık personeli ilişkisi ile ilgili düşünceler içermektedir (242).

Uyumsuzluğun değerlendirilmesinde ise klinik göstergeleri; HbA_{1c} değerinde sürekli bir artma, kan glukozu değerlerinde düzensiz değişimler, sağlık kontrollerini sık sık kaçırma, önerilen klinik ölçümler sonucu tekrarlayan yetersizlik, sağlık kontrolleri sırasında yapılan ölçüm sonuçlarında ve uygulanması önerilen kendi kendine glukoz izleminin yapılmasında tekrarlayan yetersizlik, devamlı kilo artışı, beslenmeye uyum göstermeme, metabolik kontrolde bozulmalar, rutin olmayan bakım ve diğer durumlarda aşırı ve tekrarlayan gereksinimler oluşturmaktadır (242).

Diyabetli adolesan ve ailesinin tedaviye uyum sağlayabilmelerinde sağlık personelinin yardımına gereksinimleri vardır (279) ve diyabetli bireylerde uyumun arttırılabilmesi için diyabetli bireylerin yönetim planında; diyabetli birey, aile ve becerikli sağlık personeli arasında bireyselleştirilmiş terapötik işbirliği şekillendirilmelidir (410).

Tedaviye uyumun geliştirilmesi için girişimlerde; eğitim, etkileyici çözümler ve davranışsal çözümler yer almaktadır. Eğitimler diyabet hemşiresi ve psikolog tarafından verilebilir. Etkileyici çözümler; aileye desteğin arttırılması amacıyla ev ziyaretleri şeklinde, diyabetlinin güvenini ve becerilerini arttırmak amacıyla grup toplantıları şeklinde yapılabilir (338). Davranışsal çözümler ise; çocuk/adolesan, aile ve sağlık personeli arasında iletişimi geliştirme, uygulamalarda zaman yönetimi, diyabetli çocuk/adolesan ve aileye yönelik sorular sorma, soru ve endişelerin ifade edilmesi için uygun bir atmosfer oluşturma, çocuk/adolesan diyabette kendi kendine

yönetimin önemini vurgulama, tedavinin değiştirilmesini sağlama veya yeniden görüşme, tedavinin amaçları başarlınca kadar klinikte hemşire tarafından sürekli takip edilmesini sağlama, diyabetli bireyin kendi kayıtları aracılığıyla geribildirim alma, çocuğa düzenlenen tedaviyle çocuğun uyguladığı tedavinin birleşimi, gelecek kontrol zamanını belirleme, olumlu hatırlatıcı notlarla hemşire danışmanlığı, tedavinin yönetiminde diyabetlinin sorumluluklarını aşamalandırma, telefonla hatırlatma yapma ve izleme, eğitimsel araç-gereçleri kullanma, uyumu yükselten teknoloji ve araçları kullanma gibi şekillerde yapılabilmektedir (338, 415).

4.3.7. Tip 1 diabetes mellitus'un komplikasyonları

Tip 1 diyabette çocukluk yaşlarında görülen komplikasyonlar iyi bir izlem ve metabolik kontrol ile önlenabilen bozukluklardır (162, 163, 164). Mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlar genellikle diyabetin başlangıcından 10-20 yıl sonra ortaya çıkmaktadır (163).

Tip 1 diyabetli çocuk ve adolesanlarda diyabetin süresi (süre uzadıkça komplikasyon görülme sıklığı artar), metabolik kontrolün derecesi, anormal lipid düzeyleri ve diğer faktörlere (genetik, sigara kullanma gibi) bağlı olarak özellikle puberteden sonra olmak üzere diyabete bağlı komplikasyonlar görülmektedir (103, 176, 199). Adolesan dönemi mikrovasküler komplikasyonların ilerlemesini hızlandırmaktadır (199) ve araştırmalar adolesan döneminde metabolik kontrolün kötüleşmeye başladığını, bu yaş grubundan itibaren komplikasyonların başladığını ve ilerlediğini göstermektedir (74).

Tip 1 diyabette komplikasyonlar; akut, kronik ve diğer komplikasyonlar olarak sınıflandırılabilir (162). Akut komplikasyonlar; diyabetin ortaya çıkışı ile görülebilen, tedavinin uygulanmasındaki eksiklikler/fazlalıklar sonucu ile oluşabilen acil metabolik komplikasyonlardır (58, 71). Kronik komplikasyonlar ise; diyabetin farklı organ ve sistemlerde oluşturduğu değişikliklere bağlı, büyük ve küçük kan damarlarındaki dejeneratif değişiklikler ve metabolik dengesizlikler sonucu gelişen komplikasyonlardır (90, 223).

Tablo 7.'de çocukluk ve adolesan döneminde görülen komplikasyonlar verilmiştir.

Tablo 7. Çocuk/Adolesan Döneminde Görülen Komplikasyonlar

Akut komplikasyonlar	• Hipoglisemi • Hiperglisemi • Ketoasidoz • Vajinal enjeksiyonlar
Kronik komplikasyonlar	• Hipertansiyon • Nefropati • Nöropati • Retinopati • Koroner arter hastalığı • Serebrovasküler olaylar • Periferik vasküler hastalıklar
Diğer komplikasyonlar	• Enjeksiyon bölgelerinde lipohipertrofi/lipoatrofi • Büyüme-gelişme geriliği • Necrobiosis lipoidica diabetorum (genellikle bacakların alt bölümünde görülen bazen santral ülserasyonlara dönüşen kırmızımsı lezyonlar) • Eklem hareketlerinde kısıtlılık • Osteopeni • Emosyonel bozukluklar • Bilişsel bozukluklar

(58, 71, 140, 223).

Tüm diyabetli çocuk/adolesan ve aile komplikasyonlar yönünden eğitilmeli ve izlenmelidir (199, 327, 351). Tedavi ekibinin bir üyesi olarak hemşirenin kronik komplikasyonları önleme, erken tanılama, komplikasyon varlığında uygun bakım ve eğitimi planlamada önemli sorumlulukları vardır (87).

Diyabette komplikasyonların yanı sıra; diyabetle birlikte hipotiroidi, hipertiroidi, çölyak hastalığı ve adrenal yetersizlik gibi çeşitli otoimmün bozukluklarda diyabete eşlik edebilmektedir (103, 166, 199, 351).

4.3.8. Adolesan diyabetlinin bakımında hemşirenin rolü

Diyabet tedavisi ekibinde yer alan hemşireler çok önemli bir role sahiptir. Ülkemizde Diyabet Hemşireliği Derneği (DHD)'nin tanımına göre diyabet hemşiresi; diyabetin yönetiminde ileri bilgi ve becerisi olan, uygulayıcı, eğitici, danışman, yönetici, araştırmacı, koordinatör, yenilikçi, mesleki faaliyetlerden sorumlu meslek üyesi olarak tanımlanmaktadır (303, www.tdhd.org, 2007, Erişim tarihi: 30 Temmuz 2007).

Hemşire; bütüncü bakıma önem vermekte, aile ve toplumun etkisini kabul etmekte; diyabetli eğitimi, desteği ve danışmanlığı yoluyla diyabetli/ ailesinin gerçekleri, psikomotor becerileri, bilgiyi davranışa dönüştürmelerini sağlayacak yöntem ve stratejileri öğrenmelerini hedeflemektedir (273).

Diyabetli adolesanda iyi bir metabolik kontrolün sağlanmasında; insülin uygulaması, beslenmenin düzenlenmesi, egzersiz, psikolojik danışmanlık gibi çok boyutlu desteğin sağlanması gereklidir (54). Diyabetli çocuklarda hemşirelik bakımını; metabolik kontrolün (insülin uygulaması, beslenme yönetimi, egzersiz, hastalık, stres ve ameliyat döneminde metabolik kontrolün sürdürülmesi, komplikasyonların önlenmesi gibi), psikososyal uyumun sağlanması ve kendine bakımın yönetimi oluşturmaktadır (90).

Diyabetin kronik bir hastalık olması ve ömür boyu devam etmesi nedeniyle diyabetle birlikte normal yaşamlarını sürdürebilmeleri ve metabolik kontrolün sağlanabilmesi için öz bakımlarının öğretilmesi çok önemlidir. Bu nedenle adolesanın diyabeti yönetiminde üst düzeyde öz bakım sorumluluğunu alması sağlanmalıdır. Kendi bakımlarını öğrenen adolesanların tedavi planına uyumu artmakta, tıbbi hizmetlerin aşırı kullanımı ve hastalığın tekrarlama periyotları azalmakta, kronik komplikasyonların görülme sıklığı azalmaktadır. Hemşire; adolesana kendi bireysel bakımını yapar duruma gelinceye kadar yardımcı olmalı, en kısa zamanda kendi öz bakımını üstlenmesini sağlamalıdır. Bunun sonucu diyabetli adolesanın metabolik kontrollerinin daha iyi olacağı düşünülmektedir (54).

Kendine bakımın yönetiminde diyabetin başarılı bir şekilde yönetilebilmesi için çocuk/adolesan ve ailesinin eğitimi önemlidir (90). Çocuk, adolesan ve ailesinin eğitimi diyabet hemşiresinin en önemli sorumluluğunu oluşturmaktadır (209). Diyabetli adolesanlarla çalışan hemşireler hem normal büyüme-gelişmenin hem de diyabetli adolesanın tedaviye uyumunun sağlanmasında bütünleyici bir rol oynamakta, adolesan ve ailesine verilen diyabet eğitimi, düzenli izlem, danışmanlık ve destek ile tedaviye uyum kolaylaşmaktadır (279).

Diyabetli adolesan iyi bir şekilde kan glukozu kontrolünü sürdürme ve komplikasyonların gelişmesindeki riskleri en aza indirebilmek için bir çok yönden mücadele etmek durumundadır (69).

Diyabetli adolesanın mücadele etmek zorunda olduğu durumları;

- İnsülin, beslenme ve egzersiz yönetimi arasında bir denge kurma,
- Günlük beslenmesini izleme,
- Okul ve faaliyetlerin tedaviyle uygunluğu,
- İnsülin ve kan glukozu uygulamalarının izlemi,
- Hipoglisemi ve hiperglisemi önleme ve yönetme,
- Diyabetin günlük seyrinde ortaya çıkan durumlara uyum sağlamayı öğrenme,
- Akran ilişkilerini sağlama ve sürdürme,
- Bakımında destek veren bireylerde bağımlılık ve bağımsızlık gereksinimlerini dengeleme,
- Beden imajı konuları/ olası puberte gecikmeleri ile ilgilenme ve
- Risk alma davranışlarının önemli sonuçları oluşturmaktadır.

Hemşire adolesanın karşılaştığı bu durumları bilerek hareket etmelidir (362) ve adolesan döneminde yapılan girişimlerde;

- Metabolik kontrolü geliştirmeyi,
- Diyabet ve diyabet tedavisi ile ilgili amaçların adolesan tarafından kabulünü geliştirmeyi,
- Kendi kendine yeterliliği/bakımın başarı ile yönetilebilmesini, adolesanın etkinliğini ve kendine güvenini arttırmayı,
- Diyabetle ilgili adolesan, aile, akranların eğitimini,
- Öğrenme güçlüğü gibi özel grupların gereksinimlerini karşılamayı,
- Aile, akranların diyabet konusunda bilgilendirme ve diyabet yönetimine dahil etme, bilgi ve becerileri geliştirmeyi,
- Tedaviye uyum planlarında ve güvenli bir şekilde sorumluluğun verilmesinde aile desteğini sağlamayı amaçlamalıdır (237).

4.4. Zaman Yönetimi

4.4.1. Zaman kavramının tanımı

Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde zaman; bir işin, bir oluşun içinde geçtiği, geçeceği veya geçmekte olduğu süre olarak tanımlanmaktadır (5, www.tdk.gov.tr, Erişim tarihi: 10 Şubat 2007).

İnsan yaşamı çok yönlü ve çeşitli eylemlerle doludur (324, 325). Zaman bir eylemin gerçekleştirildiği, hareketin yapıldığı süredir (277, 324, 402).

Zaman; olayların geçmişten bugüne gelip, geleceğe doğru birbirini takip ettiği, bireyin kontrolü dışında kesintisiz devam eden bir süreçtir (324, 325). Her canlı; evrendeki her şeyi eskiten ve yaşlandıran, doğumdan ölüme kadar geçen süre içinde, soyut bir kavram olan ve sadece yaşanılabilen zaman sürecine maruz kalmaktadır (95, 276).

Yapılacak her iş için zaman gereklidir (95, 145). Her şey zaman içinde gerçekleştirilmekte ve bütün işler zaman harcanarak yerine getirilmektedir. Her iş veya hizmetin, her söz veya davranışın mutlaka zaman olarak karşılığı vardır (111). Sahip olunan zaman herkes için aynıdır (123). Bütün insanlar aynı yetenek ve fırsatlarla doğmasalar da hepsi bir günde 24 saate, bir haftada 7 güne ve bir yılda 52 haftaya sahiptir (123, 158).

Zaman her işin ve etkinliğin yapılmasında zorunlu olarak kullanılan (373), diğer kaynaklar gibi kullanılıp yararlanılan (13, 27), iyi kullanılması ve herhangi bir maddi, parasal değer ödenmediği için ucuz (39, 216), kaybedildiğinde ulaşılmaması mümkün olmadığından pahalı, dünden bugüne gelen ve yarına giden, tek yönlü akışı olan, yavaşlatılamayan (123, 125, 398, 404), hep aynı hızla ilerleyen (65), yerine konulması, doldurulması, geri döndürülmesi, yenilenmesi, depolanması, satın alınması mümkün olmayan, azaltılıp çoğaltılamayan, kıt, başka bir şeyle değiştirilemeyen, tasarruf edilemeyen, kiralanamayan, ödünç alınamayan, insanların her dönemde eşit olarak sahip oldukları tek, hayati ve evrensel bir kaynaktır (27, 65, 197, 402).

Zaman tarih boyunca bütün insanların önemini vurguladıkları bir kavramdır (123) ve farklı ortamlara, varlıklara göre zamanın değişik şekillerde tanımları yapılmıştır (208, 286, 287). Zamanın; objektif (gerçek/saatın gösterdiği zaman), subjektif (hissedilen zaman/psikolojik), biyolojik (içgüdüsel zaman) olarak ve iktisat, işletme, sosyolojik, hukuk gibi pek çok bilim dalı tarafından değişik şekillerde tanımları bulunmaktadır (287, 325, 373).

4.4.2. Zaman yönetiminin tanımı ve önemi

Günümüzün çevresel koşulları, sık sık yaşanan değişimler gibi nedenler bireyler ve örgütler için üstün çabaları gerektirmekte ve zamanı daha etkin kullanma zorunluluğuyla karşı karşıya bırakmaktadır (239).

Zamanın; alınamayan, çoğaltılamayan, tasarruf edilemeyen, üretilmeyen, sadece kullanılan ve kaybedilen bir değer olması (7), hiç durmadan akması ve geçen anı tekrar yaşamamanın imkansızlığı (306, 383), etkili, üretken kullanılması gereksinimi (276) ve zaman üzerinde yapılabilecek tek şeyin onun nasıl harcanacağına karar vermenin olması zaman yönetimi kavramını gündeme getirmiştir (372). Zamanın yerini alabilecek başka hiçbir kaynak olmadığından zaman=yaşam denilebilir (324).

Zamanı iyi kullanabilmek, hayatı verimli ve anlamlı kılmaktır (383). Hayati bir kaynak olan zamanın nasıl kullanıldığı, yönetildiği, bir toplum veya organizasyonun kendisi ve içinde yer alan herkes için önemlidir (27). Herkes kendi amaçları doğrultusunda zamanı kullanmaktadır. Bir öğrenci için zamanın kullanılmasında “kitap okuma, proje teslimi önemli iken, bir yönetici için örgütteki işlerin planlanması, toplantılara katılma” önemlidir (15).

Zaman yönetiminin önemi ilk olarak 1970’li yıllarda gündeme gelmiştir (421) ve zaman yönetimi işgücü yoğun yöneticilerin zamanlarını daha iyi organize etmelerine yardımcı olmak amacıyla bir eğitim aracı olarak Danimarka’da doğmuş ve dünyaya yayılmıştır (7, 336). Ülkemizde ise bu konunun önemi 1987 yılında tanımlanmış, “work-shop” ve seminerler yoğun olarak orta ve üst düzey yöneticileri için düzenlenmiştir (421).

Bu kavramın ortaya çıkmasında ve önem kazanmasında R. Alec Mackenzie'nin rolü büyüktür (288, 336).

Zaman yönetiminin literatürde çeşitli şekillerde tanımları yapılmaktadır. Yapılan tanımlar doğrultusunda zaman yönetimi; bireyin zamanın akışı içinde kendisini yönetmesi (45, 220, 383); neyi, niçin, ne zaman yapmayı bilmesi ve günlük yaşamın akışını bu ilkeye göre planlamasıdır (45, 290), zamana göre plan yapabilme veya zaman dilimleri içinde ne yapacağı konusunda kararlı olmaktır (95), başlangıcı ve bitişi belirlenmiş veya tanımlanmış bir zaman dilimi içinde (7) bireyin amaçlarına yeterli ve etkili bir şekilde ulaşabilmek için zaman dahil her türlü kaynağı verimli şekilde kullanma çabasıdır (145, 382, 390, 398), zamanı daha iyi değerlendirerek, belli bir zaman dilimine daha fazla iş ve etkinlik sığdırmaktır (373), amaçlara ulaşmak, yapılan işleri kontrol etmek, bireyin kendi motivasyonunu geliştirmek açısından önemli görülen bir kişisel performansı, verimliliği geliştirme sürecidir (29, 30, 280, 381), daha çok çalışmak veya serbest zamandan çalmak değil (130, 337), yaşam dengesinin ölçü birimi olan zamanın programlı ve bilinçli kullanılması (258, 372), zamanın daha iyi değerlendirilerek kazanılan zamanın bireyin gerçekten yapmak istediği şeylere zamanını ayırarak hayatından daha fazla tat almasını sağlamaktır (130, 337).

Zaman yönetimindeki amaç; doğru işleri kısa zamanda yapmak (382), bireylerin zamanlarını en uygun ve akıllı bir şekilde kullanmalarını sağlayabilmek (398), insan hayatının bütün alanını yazılı kurallarla sınırlamak, insanı mekanik bir hale getirmek değil; bireylerin daha huzurlu, stressiz, istikrarlı, etkili ve verimli bir yaşam çizmesine yardımcı olmak (220), bireyin iç huzurunu sağlamaktır (355). Birey zamanı, kendi amacına uygun bir şekilde kullanırsa yararlı hale getirebilir (95).

Zamanın iyi yönetilmesi; bireysel, meslek, iş yaşamında amaçlara etkili, verimli bir şekilde ulaşma ve başarıma (220, 427), olayları denetim altında tutma (277), dikkati hızlı bir şekilde yoğunlaştırabilme ve organizasyon yeteneği gelişmiş, yaşamdan zevk alan, yaşamını tesadüflere bırakmayan bir yaklaşımı geliştirme (306), sorumluluk bilinci ve motivasyonu artırma (372), aynı işi daha az zamanda başarıma (382), belirlenmiş bir zaman diliminde birden fazla ve hızlı iş yapabilme becerisine

sahip olma nedeniyle çok sayıda iş gerçekleştirebilme (7), stresi azaltma, dinlenme ve dengeli bir yaşam şekli (14, 178, 417), yaşam kalitesini yükseltme (48, 324, 337), daha ayrıntılı planlar yapma (211, 277), yeni fikirler yaratma ve yeni projelere başlama, daha iyi işler üretme ve başarma, becerileri geliştirme, bireyin kendisiyle ilgilenmesi (211, 277), kariyer planlama, daha çok okuma (178), kişisel ilgi alanlarını / ilişkileri kurma ve geliştirme (178, 211, 277), hayatın başkalarıyla paylaşılmasına daha fazla zaman ayırma (390), yapılacak işlerin gereklilikleri önceden belli olduğu için unutkanlığı ortadan kaldırma, ekip ruhunun geliştirilmesi (372), günün bir bölümünde ciddi bir kontrol, geri kalan bölümde ise esnek olmayı sağlayarak bireyin özgür, esnek olmasını sağlama, suçluluk hissetmeyi önleme (311, 337) gibi çok sayıda olumlu etkilerde bulunmaktadır.

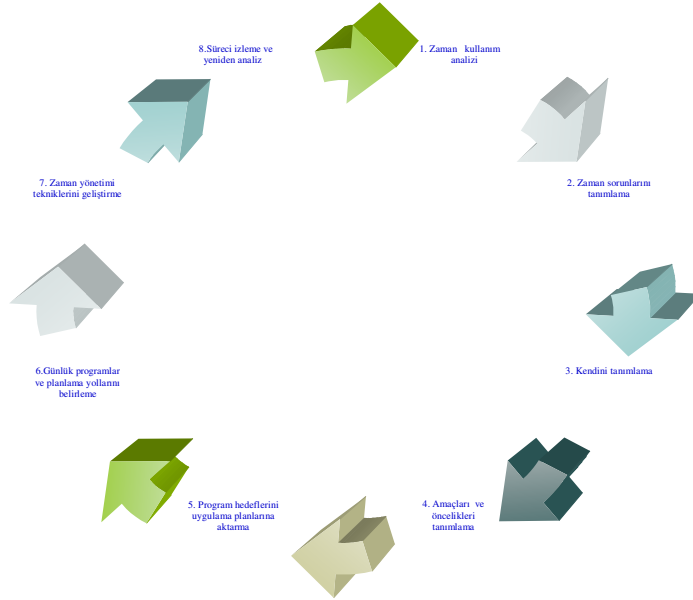
Zaman hayatın kendisidir. Zamana hükmeden hayatını istediği gibi yönlendirebilir, aksi durumda zaman bireyin kendisine hükmeder ve bireyin yaşamına başkaları egemen olur ve yönlendirir (39). Zamanın boşa harcanmaması tüm insanlar için bir yaşam felsefesi olmalıdır. her açıdan çok değerli olan zamanın akıllıca kullanılması zorunludur (399).

4.4.3. Zaman yönetimi süreci

Etkili bir zaman yönetimi, sistemli bir yaklaşımı gerektirmektedir (373, 387). Zaman yönetimi sürecine yönelik değişik aşamalı yaklaşımlar geliştirilmiştir (6, 336, 373, 395). Bu yaklaşımların yanı sıra çocuk/ birey kendi psikolojik ve bilişsel tarzına uygun bir yaklaşım geliştirebilir (373, 387).

Aşağıda Şekil 2’de zaman yönetimi; zaman kullanım analizi, zaman sorunlarını tanımlama, kendini tanımlama, amaçları ve öncelikleri tanımlama, program hedeflerini uygulama planlarına aktarma, günlük programlar ve rehberler hazırlama, zaman yönetimi tekniklerini geliştirme, sürecin izlenmesi ve yeniden analiz aşamalarını içeren sekiz aşamalı bir süreç şeklinde açıklanmıştır (6, 336).

Şekil 2. Zaman Yönetimi Süreci



Akatay A. (2003). Yönetmel Zamanın Etkin Kullanılması: Teori ve Bir Uygulama. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Konya, (Danışman: Doç.Dr. T Akgemci).

4.4.3.1. Zaman kullanım analizi

Zaman yönetimi sürecinin ilk aşaması zamanın nereye harcandığının belirlenmesidir (6, 121, 336). Kişisel zamanın nasıl harcandığını bilmeden planlama yapmak, işleri etkili bir biçimde izlemek ve sonuçları değerlendirmek zamanı en iyi şekilde yönetebilmek mümkün olmamaktadır (6, 7, 387). Birey boşuna harcadığı zamanı somut olarak görmedikçe zaman tuzaklarının hep kendi dışında olduğuna inanacaktır (337).

Zaman kullanım analizi yapılırken zaman çizelgelerinden yararlanılmaktadır (178, 324, 337). Zaman çizelgesi belirli dilimlere ayrılmış zamanın nereye harcandığını, nasıl aktığını, kullanıldığını objektif olarak gösteren bir listedir, araştırmacı (7, 183, 207). Zaman kaybı olarak görülmesine rağmen zaman çizelgeleri günün değerlendirmesi yapılırken çok büyük işe yaramaktadır (350, 395).

4.4.3.2. Zaman sorunlarını tanımlama

Bu aşamada birey zaman kullanım biçimlerini analiz etmeli; zaman sorunlarını tanımlamalı, zaman kaybına neden olan faaliyetlerini belirlemeli ve mümkün

olduğunca sorunları ortadan kaldırmaya çalışmalıdır (6, 373, 387). Bu amaçla ilk aşamayı oluşturan zaman çizelgesi kayıtları değerlendirilmeli (6), onu anlamlı kılacak bir çalışma yapılmalı, içerdiği bilgi işlenmeli ve yorumlanmalıdır (350, 395).

4.4.3.3. Kendini tanımlama

Bireyin kendi yetenek ve becerilerini değerlendirmesi, zaman kaybına neden olan davranışlardan uzaklaşması zaman kontrolünün sağlanması için önemlidir (336). Yapılan işlerde nasıl zaman kazanımları elde edileceğini ve bu zaman kazanımlarının ne şekilde kullanılacağını belirleme yönünden bireyin kendi kendini değerlendirme çalışmalarını sık sık yapması gerekmektedir (387).

4.4.3.4. Amaçları ve öncelikleri tanımlama

Bu aşamada amaçlar, amaçlara ulaştıracak hedefler, öncelikli hedefler belirlenmekte ve bu hedeflere ulaşmada yapılması gereken işler saptanmaktadır (6).

Amaç olmadan çaba ve faaliyetlere belirli bir yön vermek, zaman ve enerjiyi boşa harcamadan yönetmek mümkün olmamaktadır (46). Amaç, gelecekte sahip olması istenilen değerler, bireyin kendisini görmek istediği yer ve yaşamda ulaşmak istenen şeydir (390).

Başarılı, belirgin ve gerçekleştirilebilir hedefler; belirli (tam olarak ne yapılacağını ifade eder), ölçülebilir (dönüm noktası olay ve belirli bir tarih), eylem odaklı (yapılacak şeyleri belirler), ulaşılabilir/gerçekçi (hedef bölgesel ve diğer koşullar içinde gerçekleştirilebilir), sonuca yönelik ve zamanlanmış (ayrılan zaman mantıklı, fazla uzun değil) olmalıdır (355). Hedefler; fiziksel sağlık, kişisel, ailesel, manevi, maddi, meslek, stratejik, toplumsal ve eğitim alanlarına yönelik geliştirilebilir ve bireyin bir veya daha fazla temel değerini esas almalıdır (340, 355).

Amaç ve önceliklerin tanımlanması aşamasında; amaçlar belirlendikten sonra etkili zaman yönetimi yönünden öncelik sıralamasına konulmalıdır (325, 387). Öncelik, amaca ulaşmak için en önce ve en önemli yapılması gereken şeydir (391).

Bir günün en etkili ve en verimli şekilde nasıl geçirilebileceğini organize edebilmek için zaman yönetiminde, Covey tarafından geliştirilen “zaman yönetimi matrisi” olarak da bilinen öncelik belirleme tablosundan yararlanılmalıdır (337, 364).

Zaman yönetimi matrisi, aktiviteleri önem ve aciliyetine göre sınıflandırarak zamanın bu aktivitelerle nasıl geçtiğini göstermektedir. Önemli aktiviteler, değerli bir çıktı üreten veya önemli bir amaç gerçekleştiren aktivitelerdir (370). Bireyi amaçlarına ve istenilen sonuçlara götüren işlerdir. Acil aktiviteler ise bir an önce ilgilenilmesi, yerine getirilmesi gereken, bireyin kendi dışındaki bireylerin ihtiyaçlarını karşılayan, çoğu zaman önemsiz, en kısa zamanda çözüme ulaşmazsa sıkıntılı sonuçlar doğurabilecek işlerdir (83, 364, 370). Acil ile önemli arasındaki farkın bilinmesi zamanın kazanılmasında önemli rol oynamaktadır (350).

Tablo 9. Zaman Yönetimi Matrisi

AKTİVİTELER	ACİL	ACİL DEĞİL
ÖNEMLİ	I Krizler Belli bir sürede tamamlanması gereken projeler Zorlayıcı sorunlar	II Önlem alma Değerlerini belirleme Yeni fırsatlar ortaya çıkarma Planlama Dinlenme Güçlendirme
ÖNEMLİ DEĞİL	III Amaçsız telefon görüşmeleri Ziyaretler Bazı mektup ve raporlar Hemen yapılması gereken işler Popüler etkinlikler	IV Önem taşımayan uğraşlar(rutin işler) Bazı mektup ve telefonlar Zamanı boşa harcayan işler Oyalayıcı faaliyetler

(72, 233, 291)

Zaman yönetimi matrisinde II. kare etkili kişisel yönetimin kalbini oluşturur (83). Bu karedeki birey; acil değil, fakat önemli işlerle ilgilenir (337). Uzun vadede başarı getirecek planlama, hazırlık, önleyici faaliyetler, bakım, onarım, kişisel gelişim içeren etkinliklerdir. Bu karedeki işlerin en önemli özelliği zorlayıcı yanlarının olmaması, sonuç alınması için çoğunun uzun süreli bir çaba gerektirmesidir (364). Bireysel gelişimi sürekli duruma getirebilmek için II. karede yer alan etkinliklere daha çok odaklanılması gerekmektedir (290).

Zaman yönetimi sürecinde öncelikler; hedefleri başarmaya yönelik bütün işler listeme şeklinde belirlendikten sonra en önemli işlerden önemsizlere doğru sıralanarak A (kesinlikle yapılmalı), B (yapılmalı) ve C (olursa iyi olur) şeklinde gruplama tekniğinden yararlanılarak da belirlenebilir (48, 285, 325, 337).

İşlerin sırasıyla yerine getirilmesinde bir zamanlama dengesinin kurulması gerekir (325). Bu nedenle bireyin zaman dengesini kurabilmesinde ve önceliklerini belirlemesinde kullanılan önemli bir ilke olan pareto ilkesinin/analizinin (80/20 kuralı) bilinmesi gerekir (317, 350, 364, 427). Bu ilkeye zaman yönetimi yönünden bakıldığında; başarıların/sonuçların % 80'i bireyin çabalarının, o iş için ayrılan zamanın % 20'sinden kaynaklanmaktadır (125, 350, 368, 397). Burada önemli olan durum, zamanın sadece % 20'sinin verimli aktivitelerle geçmesi, geri kalan % 80'inin ise önem derecesi düşük olan veya gereksiz aktivitelerle geçmesidir (370).

4.4.3.5. Program hedeflerini uygulama planlarına aktarma

Amaç ve hedeflere ulaşabilmek için gerekli çabanın gösterilmesi gerekmektedir. Faaliyetlere bir yön ve kesinlik kazandırma amacıyla çabaların belirlenen hedeflere ulaşılması için planlanması gerekmektedir. Burada ne, kim, ne zaman, nerede, nasıl, niçin soruları önem kazanmakta (6) ve bu durumda planlama kavramı ortaya çıkmaktadır (397).

Zamanı etkin ve verimli kullanabilmenin yolu plan yapmaktır (350). Planlama; neyin, ne zaman, nasıl, nerede ve kim tarafından yapılacağını önceden kararlaştırma sürecidir (40, 46, 397), geleceği bugüne getirmek (236, 391, 398), gelecekte yapılacak işleri önceden belirlemektir (350).

Her plan, açık bir hedef ve bunu izleyen adımları içermelidir (6). Planlama için ayrılan her dakika uygulamada üç veya dört dakikalık zaman kazandırmaktadır (2, 350).

Planlar; kısa (günlük), orta (aylık) ve uzun dönemli (yıllık) olabilir (336, 391, 390). Günlük, altı aylık ya da yıllık yapılan planların birey için daha verimli olduğu düşünülmektedir (391).

Program hedeflerini uygulama planlarına aktarmada amaçlarla birlikte temel bir faaliyet planının hazırlanması zorunludur. Bu uzun vadeli bir plan özeliğindedir. Temel faaliyet planı hazırlanırken; öncelikli hedeflere ulaşmak için yapılması gereken tüm işler sıralanmakta, işlerin yapılmasında gerekli tüm kaynaklar belirlenmekte, hedeflere ulaşmada ve her işin tamamlanmasında gerekli süre belirlenmektedir. Temel faaliyet planı daha sonraki aşamalarda hazırlanacak orta ve kısa dönemli planlar için temel oluşturmaktadır. Temel faaliyet planından hareketle geliştirilen kısa dönemli plan ve programlar amaçlara etkin bir şekilde ulaşmada önemli rol oynamaktadır (6).

4.4.3.6. Günlük programlar ve planlama yollarını belirleme

Zaman yönetimi sürecinin altıncı aşamasında temel faaliyet niteliğindeki planlar doğrultusunda kısa dönemli plan ve programlar hazırlanmaktadır (6).

Kısa dönemli planlama ve programlama; haftalık bir süreyi kapsayan planlama yapılmasını ve haftalık plandan hareketle günlük faaliyet planının hazırlanmasını içerir (6).

Günlük planlamada, öncelik sırasındaki işlerin yapılmasını sağlayacak günlük programlar hazırlanmalıdır (397). Günlük planlama yapılırken; yapılacak işler listesi ve çeşitli planlama araçlarından (takvim, ajanda, elektronik düzenleyiciler, faaliyet planlama dosyaları gibi) yararlanılmaktadır (6, 178, 390, 395).

4.4.3.7. Zaman yönetimi tekniklerini geliştirme

Zamanın etkin ve verimli bir şekilde kullanılması için bu aşamada zaman kaybına yol açan durumlar belirlenir ve bu durumlar ortadan kaldırılmaya çalışılmaktadır (373).

4.4.3.8. Süreci izleme ve yeniden analiz

Bu aşamada zaman yönetimi programı hem uygulama sırasında hem de uygulama sonrasında takip edilerek istenilen değişiklikler gerçekleştirilmeye çalışılmalı, hedefler, yapılan ve uygulanan planlar değerlendirilmelidir (6, 336, 350).

Zaman yönetimi kesintisiz devam eden bir faaliyettir. Zaman yönetimi programının uygulanmasıyla beklenen sonuçlara ulaşamadığı durumlarda da iyileştirme çalışmaları devam etmektedir. Zaman yönetimindeki başarı, geliştirilen programların dikkatli ve titiz bir şekilde uygulanması, aşamaların izlenmesi ve analizin tekrarı ile mümkün olabilmektedir (6).

4.4.5. Çocuklarda zaman yönetimi

4.4.5.1. Çocuklarda zaman kavramının gelişmesi

Kavram, nesne veya olayların ortak özelliğini simgeleyen içsel bir süreçtir. Çocukta kavramların gelişmesi, somut kavramlardan soyut kavramlara doğru bir gelişim göstermektedir (405).

Çocuk bir iki yaşlarında kavramları kazanmaya başlamakta ve akıl yürütme yeteneğini kullanarak kavramsal analizler yapabilmektedir. Bu analizler çocukların yeni kavramlar öğrenmesine yol açmaktadır. Dört yaşından itibaren ise çocukta kavram oluşturma yeteneğinde ilerleme görülmektedir. Okul öncesi dönem çocuklarında bazı kavramlar (renk, şekil gibi) doğal bir şekilde kazanılmakla birlikte zaman, miktar, büyüklük gibi kavramlar eğitimle öğrenilmektedir (405).

Bebeklikte zaman kavramı daha çok şimdi ile sınırlıdır. Bir buçuk iki yaşında çocuk yakın geçmiş ve gelecek zamanı büyüklükleri taklit ederek (baba gitti, kardeş geldi gibi) kullanabilir. İki yaşındaki bir çocuk çok az sayıda geleceği belirleyen sözcükler kullanır. Geçmiş zaman kavramı üç yaş dolaylarında oluşur. Çocuk zaman kavramını anladığında olaylarla günün belirli zamanları arasında ilişki kurmaya (okula gitme, öğle yemeği, oyun saati gibi) başlar. İki dört yaşında çocuk günlük etkinlikleri zamanla bağdaştırmaya (akşam yemeğinin ne zaman olacağını bilir gibi) başlar. Anaokulu döneminde çocuk haftanın ilk ve son günlerinin adları öğrenir, ancak hafta ortasındaki günleri karıştırır. Dört yaşındaki çocuk bugün, yarın gibi zaman birimlerini anlar. Altı yaşındaki çocuk yıl kavramı dışında hafta ve ay kavramlarını anlar ve zaman kavramı daha iyi gelişmiştir. Okula başladığı zaman çocukta kabaca saat kavramı vardır. Okul çağındaki bir çocuk saate bakarak zamanı anlar. Sırasıyla tam, yarım ve çeyrek saatleri öğrenerek zaman kavramını geliştirir

(www.pediatricportal.com, Erişim tarihi: 15 Ocak 2007). Okulda takvimi, haftanın günlerini, aylarını öğrenir (43).

Zaman kavramı kendiliğinden ortaya çıkmamakta,  ocuk tarafından oluşturulmaktadır. Bu durumda zaman kavramının kazanılması hareket, mesafe ve hız kavramlarının da gelişmesini gerektirmektedir.  ocuk 7 yaşına gelinceye kadar hız, hareket ve zaman kavramlarını bağdaştıramamaktadır (www.pediatricportal.com, Erişim tarihi: 15 Ocak 2007) .

Çocuklar on onbir yaşlarından itibaren soyut kavramları somutlaştırma dönemine girmektedir. Piaget’e göre “soyut işlemler dönemi” olarak bilinen bu dönemde çocuğın bilişsel gelişim süreci temel değişiklikler göstermektedir. Piaget’e göre soyut işlemler döneminde yeni ve etkin zihinsel beceriler geliştirilebilmektedir. Bu dönemde çocukların soyut kavram ve durumlarla düşünmeye başlaması önemlidir (391, 392).  ocukta onbir yaşından sonra yetişkin düzeyinde mantıklı düşünme vardır, bu dönemde çocuklarda soyut düşünme ve soyut kavramları kullanma yetisi gelişmiştir. Mantıklı düşünme, mantıklı açıklamalar yapma, kavram oluşturma ve sorun çözme becerileri gelişmiştir. Sevgi, nefret, inanç, hız, zaman, g   gibi kavramları etkili şekilde kullanır (www.ekolay.net, Erişim tarihi: 15 Ocak 2007).

Zaman kavramı yönünden bakıldığında; 10 yaşına gelen bir  ocuk, yaşam içindeki zaman ile kişisel zamana daha iyi uyum göstermektedir (50) ve dördüncü sınıfta çocuğın zaman kavramı gelişmesini tamamlayarak yetişkin düzeyine ulaşmaktadır (43).

4.4.5.2. Çocuklarda zaman yönetiminin  nemi

Günümüzde  lkemiz açısından bakıldığında eğitim düzeyinde bir yükselme olmasına rağmen başarısız  ğrenci sayısında da bir artış olduğu gözlendiği için çocukların öğrenmesinde oldukça etkili olan davranışlar daha da önem kazanmaya başlamıştır. Bu davranışlar içinde ise zamanı etkili kullanma davranışı da yer almaktadır (384).

Çocuk için okul dışındaki zaman oldukça sınırlıdır ve bu zamanın en iyi şekilde değerlendirilmesi gerektiğinden zamanı boşa geçirme özellikle okul yıllarındaki öğrencilerde çok büyük tehlike oluşturmaktadır (38).

Akademik yaşamda çocuk bir öğrenci olarak; sürekli olarak sınırlı zamanda başarması gereken işlerle, sorumluluklarla karşı karşıya gelmektedir (213, 214). Ancak bir çok öğrenci etkili öğrenmenin ön koşulu olan zamanı planlayamadığı için akademik başarısızlık yaşamaktadır (www.karnem.net, Erişim tarihi: 20 Şubat 2007).

Üniversiteye hazırlanan öğrenciler üzerinde yapılan bir ankette “başarının önündeki en büyük engel nedir ?” sorusuna öğrencilerin çoğu zamanı kullanmada çektikleri sıkıntıları göstermişlerdir. Boşa harcanan zamanlar, çoğu gencin başarılarını engellemiştir (42).

Başarıya ulaşmada zaman kavramı son derece önemlidir. Başarı için engellerden en önemlisi olan zamanın iyi kullanılması gerekmektedir (42, 391).

Zamanı planlayamama; öğrencilerde öğrenme güçlüğüne, başarısız olma kaygısına ve motivasyon düzeyinin düşmesine neden olabilmektedir (www.karnem.net, Erişim tarihi: 20 Şubat 2007).

Çocuklarda zamanın verimli bir şekilde kullanılması; yetişkin bireylerde olduğu gibi zaman kazanma, az zamanda çok iş yapabilme, önemli işleri öncelikle yapma, erteleme ve sıkışıklıkları önleme, ileriye yönelik proje üretimi, daha çok öğrenip daha az unutma, hafızanın gereksiz bilgilerle dolmasını engelleme, çalıştıkça öğrenme ve motivasyonda artma, çocukta özgürlük, güven duygularının oluşumu, anksiyetede azalma, suçluluk ve mutsuzluk hissetmeme gibi çok sayıda yararlı sonuçlara yol açmaktadır (www.kocaeli.meb.gov.tr, Erişim tarihi: 22 Şubat 2007, www.dartmouth.edu, Erişim tarihi: 27 Mart 2007).

Özellikle adolesanın daha fazla bağımsız olma özelliğine sahip olmasının ilk ve en kolay yolunu zamanı kullanma konusundaki becerisi oluşturmaktadır (135).

Olumlu zaman yönetimi uygulamalarının; akademik üretkenlikte artış (261), akademik üretkenliğin bireysel değerlendirilmesi ve akademik not ortalaması üzerinde olumlu etkileri vardır (15).

Her yaş ve her meslek için önemli olan zaman yönetimi geleceği oluşturan çocuklar için daha çok önemlidir (391).

Zaman yönetimi küçük yaşlarda edinilebilirse birey pek çok amacına ulaşabilir ve istediklerinin çoğunu gerçekleştirebilir. Bu nedenle çocuk tarafından zaman yönetiminin bilinmesi büyük bir gerekliliktir (37).

Zaman yönetimi bilinci bireylerde davranış değişikliği gerektirdiği (391) ve zaman yönetiminin toplumda yaygınlaştırılması için zaman yönetimi eğitime çocukluk döneminden itibaren başlanmalıdır (280, 391).

Zaman yönetimi çocukluk döneminden itibaren verildiği durumda bir ömür boyu çocuk zaman yönetimini sürdürecektir (280) ve çocuk başarılı bir yaşama hazırlanacaktır (37, www.medimagazin.com.tr, Erişim tarihi: 22 Şubat 2007)

4.4.5.3. Çocuklarda zaman yönetimini etkileyen nedenler

Zamanı yönetimi, zaman yönetimine etki eden nedenlerin bilinmesine de bağlı olmaktadır (387).

Zamanın iyi bir şekilde yönetilmesini etkileyen çok sayıda neden bulunmaktadır (27, 390). Bu nedenler; çocukla ilgili, aile ve okulla ilgili, toplumsal ve teknolojik nedenler olarak sınıflandırılabilir.

Tablo.10. Çocuklarda Zaman Yönetimini Etkileyen Nedenler

Çocukla İlgili Nedenler	
Yaşam amaçlarının, gereksinimlerinin farklılık göstermesi ve bu nedenle çevresinden farklı etkilenmesi nedeniyle zaman yönetiminde; her çocuk/bireyin kişiliği, kişisel tutum ve alışkanlıkları ile aile yapıları temel etkileyici nedenleri oluşturmaktadır (23, 391) ve çocuğun kendisiyle ilgili pek çok neden zaman yönetimini etkilemektedir (421).	
Yaş	Çocuklarda gün içinde yapılan faaliyetler ve faaliyetler için geçirilen zaman çocukların yaş dönemine göre değişmektedir (318, 319, (www.cedu.niu.edu , Erişim tarihi: 7 Mart 2007)).
Cinsiyet	Zamanın kullanılma şekli adolesan dönemde cinsiyete göre (kızlar; yemek pişirme, alışveriş, çocuk bakımı, ev temizliği, bakım uygulamaları, görünüm, kişisel hijyen, ev ödevleri ve okuma, sosyalleşme ve sohbetler ile erkekler ise eğitimsel uygulamalar, spor, hobi ve ev dışı faaliyetlerle daha fazla zaman geçirir) farklılaşabilmektedir (318, 319, 346). Özellikle bu durum erken adolesan dönemde yoğun bir şekilde belirginleşmektedir (346).
Kişilik Yapısı	İnsanların günlük yaşam ve çalışma alışkanlıkları incelendiğinde zamanı etkili kullanmayı etkileyen “A” tipi ve “B” tipi davranış gösteren bireyler olarak iki tür kişilik ortaya çıkmaktadır (381, 390, 400).
Zamanın Algılanma Şekli	Zaman evrensel bir kavram olmasına rağmen herkesin kendine özgü bir zaman kavramı bulunmaktadır (123, www.medimagazin.com.tr , Erişim tarihi:22 Şubat 2007) ve zamanın algılama şekline göre bireyler; geçmiş, şu an ve geleceği yaşayanlar olarak üç şekilde sınıflandırılmaktadır (348). Bir çocuk/bireyin zaman algılamaları davranışlarını etkilemekte ve belirli bir şekilde zaman algılamasının baskın olması çocuk/bireyin davranışlarını değiştirebilmektedir. Örneğin geleceğe odaklanan birey kendisini faaliyetlere doğru yönlendirirken, geçmişe odaklanan birey zamanını kullanmada oldukça zayıftır (24).
Zaman Yönetimi Konusunda Önyargılar	Bazı çocuklar/bireyler zaman yönetimi konusundaki bazı yanlış değerlendirmeleri (bu teknikler benim işime yaramaz, bu toplumda organize olmak mümkün değil, bu kadar organize olmak çok ürkütücü gibi) nedeniyle zaman yönetimini baştan reddetmekte ve bu konuya hiç yanaşmamaktadırlar (285).
Zaman Yönetimi Konusunda Alınan Eğitim	Zamanın doğru bir şekilde kullanılabilmesi; zaman yönetimi konusundaki bilgilere hakim olmayı (26), bilinçli, istekli olmayı, onun önemine inanmayı gerektirir (375, 391). Zamanın nasıl daha etkili kullanılacağına yönelik bilgi ve bilinç, zaman yönetimi konusunda eğitim ile çocuklara verilebilmekte ve çocuklara zamanı yönetme konusunda yeni davranışlar kazandırılabilir (391, 392).
Biyolojik Ritm	Gün içinde zihinsel ve bedensel performansın en düşük ve en yüksek olduğu zamanlar vücudun biyolojik ritmini oluşturur (390). Biyolojik ritm yönünden tüm bireyler sabah, öğleden sonra ve her zaman hazır tipler olarak sınıflandırılmakta ve birey genellikle üç sınıflamadan birine benzemektedir (252, 390). Biyolojik ritme göre en önemli işlerin performansın en yüksek olduğu zamanlarda yapılması önemsizlerin daha sonraya bırakılması zamanı etkili kullanma ve açısından çok önemlidir (390). Ayrıca bireyin kendi doğal ritmiyle çalışması üretken olmasını sağlar (251).

Çocuklarda Zaman Yönetimini Etkileyen Nedenler (Devam)

Kendini Tanımama	Kendisini kontrol etmek isteyen bir çocuk/birey öncelikle kendisini tanımalıdır (276). Bireyin kendi yetenek ve becerilerini değerlendirmesi, kendisini tanıması başarıya ulaşmak için gereklidir (7).
Bireysel Amaç ve Hedeflerin Belirsizliği	Amaç ve hedef belirlemeden yaşamanın ve çalışmanın pek anlamı yoktur (350). Bireyin nereye ulaşmak istediğini bilmezse ve bireysel hedefler belirsizse zamanı kontrolü etmek mümkün değildir (324, 350, 373, 381). Açık net ve ulaşılabilir amaçlar bireyin üretkenliğini arttırmaktadır (386).
Öncelikleri Belirleyememe ve Sıraya Koyamama	En önemli zaman yönetimi becerilerinden birisi öncelikleri belirlemek ve bunları sıralayabilmektir (123, 350, 373). Önceliklerin belirlenmesi çocuk/bireyin hedefe ulaşmasına yardım edeceği için çok önemlidir (350). Bunu yapamayan çocuk/birey daha çok gündelik işlerle uğraştığından önemli işlere zaman ayıramaz (123, 207, 373).
Plansızlık	Bilinçli bir planlamanın yapılmaması işlerin zamanında bitirilmesini engellemektedir (373). Plan yapma disiplinli olmayı, disiplin ise yaşamın düzenli olmasını sağlar (37).
Zaman Sınırlarının Olmaması/ Zaman Sınırlarını Belirlememe	İşlerin yetiştirilmesi gereken tarihlerin belirlenmemiş olması zaman yönetimini olumsuz etkilemektedir (382). Son tarihlerin belirlenmesi bireyi planlı olmaya zorlar (249). Zaman sınırlaması koyulmuş bir iş daima hızlı bitirilir ve zaman sınırlaması mantıklı ve adil olduğu sürece daima olumlu sonuç verir (6, 375, 427).
Gerçekçi Olmayan Zaman Tahminleri/ Zaman Tahminlerinde Yanılma	Zamanın en iyi şekilde kullanılabilmesi işlerin ne kadar süre alacağını tahmin etmeyle yakından ilişkilidir (6). İşe bitiş süresi belirlemenin yol açtığı en büyük sorunlardan birisi gerçekçi olmayan zaman tahminleridir. Kötü tahminler sık sık panik ve krize yol açar (409, 427).
Organize Olamama	Karışıklık ve düzensizlik; çocuk/bireyin iş üzerindeki kontrolünü kaybetmesine, verimliliğin azalmasına, dikkatin dağılmasına, yorgunluğa, strese ve sonuç olarak zaman kaybına yol açmaktadır (7). Çalışma ortamı, masa düzeni ve dosyalama sistemi; iş akışının yönetilmesinde çocuk/bireye zaman kazandırır ve etkinliği artıran kişisel organizasyonun/ düzenliliğin göstergeleridir (46).
Disiplinsizlik/ Öz Disiplin Eksikliği	Öz disiplin çocuk/bireye hayatının kontrolünün kendisinde olduğu duygusunu ve doyumunu verir (391, www.cihangir.k12 , Erişim tarihi: 22 Şubat 2007).
Olumsuz Kişisel Tutum/Düşünce	Olumsuz bir kişisel tutuma/düşünceye sahip olma; zaman ve enerji kaybına, verimde düşmeye, üretkenlik için gerekli zamanın boşa harcanmasına yol açar (373). Olumlu düşünce ise yaşamı daha olumlu yapar ve motivasyonu yükseltir (www.baskent.edu.tr , Erişim tarihi: 22 Şubat 2007).

Çocuklarda Zaman Yönetimini Etkileyen Nedenler (Devam)

Motivasyon Eksikliği	Motivasyon başarının temelini oluşturan, çocuğun davranışlarına şekil veren, çocuğun davranışlarının yönünü, şiddetini ve kararlılığını belirleyen en önemli etmendir (391).
Kişisel Alışkanlıklar	Zaman yönetimi kendi kendini yönetimdir ve alışkanlıklar içerir (249). Alışkanlıklar yaşamın yapıtaşları (340) ve başarının anahtarıdır (337). Çocuk/bireyin karmaşık işleri yapabilmesini ve zihnin başka şeyler düşünebilmesini sağlar ve gündelik yaşam için gereklidir (340).
Erteleme /Sürüncemede Bırakma	Erteleme en önemli zaman kaybettiren kötü bir davranış şeklidir (123). Çocuğun hedeflerine ulaşmasını, motivasyonunu, verimliliğini, sağlığı bozabilen, başarısını engelleyen ancak disiplin ve özveriyle baş edilebilen bir alışkanlıktır (391).
Kendini Gereğinden Fazla İşe Adama /Çok Fazla Çalışma	Zaman yönetiminde zamanı iyi kullanmak çok çalışmak, günün her dakikasını işle geçirerek yorgun düşmek değil, zamanı programlı ve bilinçli kullanmaktır (372). Kendini gereğinden fazla işe adanmış bir çocuk/bireyin; ailesine, spora, gezmeye, düşünmeye ve diğer sosyal aktivitelere ayıracak zamanı yoktur (373).
Bir Konu/İş Üzerinde Yoğunlaşamama	Yoğunlaşma etkili çalışmanın koşuludur ve yoğunlaşmayı olumsuz etkileyen ve çalışma zamanını uzatan nedenler kontrol edilmeye çalışılmalıdır (276). Etkili zaman kullanımı ile dikkatli olma arasında pozitif ilişki bulunmaktadır (214).
Mükemmeliyetçilik	Aşırı mükemmeliyetçi bir eğilim aşırı zaman kaybını da beraberinde getirmektedir (324).
Hayır Diyememe	Zaman yönetimi, belirli durumlarda "hayır" demeyi gerektirecek bir aktivitedir (285, 373). En büyük zaman hırsızlarından olan bu özellik çoğu çocuk/bireyi planlamadığı bir çok yükün altında bırakır (395). Etkili zaman kazandırıcı yöntemlerden birisi olan hayır demeyi öğrenme, bireyin işe yaramayacak işlerden kurtulmasını ve bireyin kendisine daha fazla zaman ayırmasını sağlar (123).
Başlanılan İş Yarım Bırakma	Üzerinde çalışılan iş tamamlandıktan yeni bir işe başlanması zamanın etkili kullanılmasında önemlidir (224, 276). Yarım kalmış bir iş boşa harcanmış zamandır (294, 325).
Kararsızlık	En büyük zaman hırsızlarından birisidir. Kararsızlık sadece zaman kaybına yol açmamakta aynı zamanda moralsizlik ve endişeyi de beraberinde getirmektedir (373, 427).
Acelecilik	Acelecilik zamanı iyi yönetememenin hem nedeni hem de sonucudur. Zamanlarını iyi yöneten çocuklar/bireyler işlerini belirli bir plan içerisinde yaptıklarından aceleci ve telaşlı olmazlar (123).
Kendine Aşırı Güvenme	Yaşamda kendine güvenmek iyi ve yararlı bir özellik olmakla birlikte fazlası işlere gereken önemin verilmemesine, hafife alınmasına, gerçekçi ve doğru planlama yapılmamasına, düzensizliğe ve başarısızlığa yol açar (285, 404).

Çocuklarda Zaman Yönetimini Etkileyen Nedenler (Devam)

Kendine Güvensizlik	Çocuk/bireyin kendine güvenmemesi başaramama duygusuna yol açmakta ve işin başlanmasını engellemektedir (27, 404). Kendine güvensizlik duygusu çok ve yoğun duygularla yaşanıyorsa çocuk/birey için engelleyici bir durum oluşturmaktadır (285).
Stres	Stresle yapılan iş işin yapılma süresinde uzamaya ve verimde azalmaya yol açarak zaman kaybına neden olmaktadır (37).
Hafife Alma	Hafife alma çoğu kez sosyal ve akademik alanda başarıyı olumsuz yönde etkileyen sorunlara neden olur ve büyük düş kırıklıkları yaşatır (285, 373).
Rutin ve Gereksiz İşler	Çalışma ve özel yaşamda her gün sayısız iş tekrar edilmektedir. Bu işlerin birçoğu sistemli bir şekilde daha az zamanda bitirilebilir ve harcanan zaman en aza indirilebilir (123).
Yetki Devrinin Yapılmaması	Yetki devri daha önemli işlerin yapılabilmesi için zaman kazandırmakta, işlerin en kısa zamanda ve en etkin bir şekilde bitirilmesini sağlamaktadır (324, 427).
Diğer Nedenler	Zaman çizelgesi kullanmama (145), net olmayan sorumluluk ve yetkiler (382, 395), sorumsuzluk (285, 325), gereksiz oyalanmalar (arkadaş sohbetleri, boş boş dolaşmalar gibi) (27, 37), aşırı sosyal ilişkiler ve aşırı iletişim (277, 286, 325), derslere karşı ilgisizlik, çalışma alışkanlıkları (verimli ders çalışma yöntemlerini bilmeme ve uygulamama) (27, 37), birden çok işe girişme (286), görev dışı işlere karışma (125, 277), işlerin takibinde tutarsız olma (158), ayrıntılarla uğraşma (286), moralsizlik, isteksizlik, pişmanlık duyma, hayal kurma (27, 372), çabuk sinirlenme, yaratıcı düşünceden uzak olma, yeniliklere açık olmama, başkalarının çocuğun/bireyin işlerini yapması, sorunlu arkadaş çevresi ve aile ilişkileri (27), beklemler (178, 398), yapılacakları unutma/unutkanlık (224, 355, 409), dalgınlık (355), sürekli meşgul eden kişisel sorunlar (386), eksik veya gecikmiş bilgi (249, 395), yorgunluk (27, 288), dinlenememe (36, 249, 393, 395, 409), çok uyuma (37, 224), insanların plansız ziyaretlerine izin verme (158), seyahat/ulaşım ve tatil günlerini etkisiz biçimde planlama (158, 224, 340, 395), iyi organize edilmemiş ve gereksiz toplantılara katılma (158, 382), not almama (36, 180, 391), hızlı okumayı bilmeme, her şeyi okumaya çalışma, verimsiz okuma (123, 125, 277, 398), özel istekler (125, 398), postalar (158, 178, 340), araçların yetersizliği (285, 325), krizler ve panikler (5, 340, 368, 373), tembellik (340) gibi pek çok neden zaman yönetimini etkilemektedir.
Aile ve Okulla İlgili Nedenler	
Ebeveynin eğitim düzeyi, ailenin sosyoekonomik düzeyi, huzurlu aile ortamı ve okul gibi nedenler de çocuğun zaman yönetimini etkilemektedir (37, 278, 318, 346).	
Ebeveynin Eğitim Düzeyi	Ebeveynin eğitimi çocukların zaman geçirme sürecinde önemli bir etkiye sahiptir. Üniversite mezunu ebeveynin çocukları daha fazla okuma, ders çalışma ve daha az televizyon izleme ile zaman geçirmektedir (318).
Ailenin Sosyoekonomik Düzeyi	Ailenin sosyoekonomik düzeyinin adolesanın eğitim planları ve mesleki istekleri üzerinde güçlü etkileri vardır. Sosyoekonomik düzeyi yüksek bir aileden gelen adolesan okulda başarıyı geliştiren bir zaman harcama şeklini benimseyebilir, bu durum yüksek oranda ev ödevlerine ve ders dışı faaliyetlere yansımaktadır. Çeşitli araştırmalar sosyoekonomik düzeyi yüksek aileden gelen çocukların akademik başarı ve ders programı dışındaki faaliyetlere katılımının daha yüksek olduğunu göstermiştir (346).

Çocuklarda Zaman Yönetimini Etkileyen Nedenler (Devam)

Huzurlu Aile Ortamı	Ailenin desteği, iletişim şekli, sevgisi, ilgisi, anlayışı, sağlıklı bir aile ortamı gibi pek çok etmenin çocuğun okul ve diğer başarılarına olumlu etkisi vardır (37).
Okul ve Dershanenin Rolü	Çocuğun başarısında okul ve dersane öğretmenlerinin de rolü bulunmaktadır. Derslerin sevilmesi, çocuğun başarı için motive olması, rehberlik, zaman yönetimi becerisinin kazandırılması gibi pek çok alanda öğretmenlerin rolü vardır (37). Ayrıca öğrenme-öğretme sürecinde okul başarısı üzerinde okul-aile işbirliğinin önemli bir etkiye sahip olduğu gösterilmektedir (91, 278). Aile içi uyumun, ailenin destekleyici (çocuğun güçlü olmasını sağlama, kendi kendini denetleme mekanizması geliştirme, duygusal, zihinsel, sosyal ve fiziksel gelişimi destekleme) yaklaşımının, ailenin okul etkinliklerine katılımındaki artışın çocuğun okul başarısı üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır (278).
Toplumsal Nedenler	Zaman yönetimi birey/çocukların yaşadığı toplumun sosyo-kültürel, ekonomik ve siyasi yapısı gibi durumlarından etkilenmektedir (23). Zaman yönetimi tüm toplumlarda farklılık göstermektedir (238, 276).
Teknolojik Nedenler	Telefon, bilgisayar, faks, ses kayıt cihazı gibi iletişim araçları etkili kullanılmadığında zaman tuzağına dönüşebilmektedir (5).
Televizyon	Televizyon çocukların yaşamı üzerinde olumlu ve olumsuz pek çok etkileriyle oldukça güçlü bir etkiye sahiptir (25, 34, 86, 126). Çocuklar uyku dışındaki faaliyetlere göre televizyon izlemeye en fazla zaman ayırmaktadır (34). Toplumun her kesiminde çocuklar, zamanlarının çok önemli bir bölümünü televizyon karşısında harcamaktadır (32). Bu durum ise derslerini ihmal edip başarısızlığı beraberinde getirmekte ve okul başarısızlığına yol açmaktadır (32, 86). Çocukların giderek daha fazla televizyon izlemeleri nedeniyle televizyon izleme; okuma, egzersiz yapma, arkadaşlarıyla oynama gibi daha aktif ve anlamlı faaliyetlerin yerine geçebilmektedir (34).
Bilgisayar	Bilgisayar ve internet çocuklar için oldukça yararlı (eğitim, eğlence, iletişim, sosyalleşme, okuma-sorun çözme ve üretme becerilerini geliştirme gibi) olmakla birlikte uygunsuz kullanımında olumsuz etkilerinin (fiziksel, okul başarısında düşme, sosyal, psikolojik, yaşamsal, teknik gibi) de bulunduğu her zaman göz önünde bulundurulmalıdır (76). Zaman yönetimi yönünden bakıldığında; bilgisayar ve internetin zararı; çocukta zaman kavramını öldürmesi, zamanı boş yere harcamaya ve zamanın nasıl geçtiğinin farkında olmamaya neden olmasıdır. Bunun sonucunda çocuk; okul derslerine, arkadaşlarına, ailesine ve diğer faaliyetlere ayırması gereken süreyi bilgisayar ve internet başında geçirmektedir. Ölçülü kullanılmayan bilgisayar ve internet zamanla çocukta bağımlılık yapmaktadır. Uzmanlara göre haftada 10 saatten fazla bilgisayar kullanmak zararlıdır ve 10 saatten fazla internete girenler internet bağımlısı olarak kabul edilmektedir (115).
Telefon	Zaman kazandıran en etkili aletlerden birisi olan telefon aynı zamanda en büyük zaman tuzaklarından birisi (324, 427). Görüşme için harcanacak gidiş-geliş zamanını kazandırma, ikiden fazla bireyle aynı anda görüşebilmeyi sağlayarak toplantı yapabilme, gereksiz gidiş-gelişleri önleme, mektup yazma ve mektubun bekleme süresini ortadan kaldırma gibi yararları yanında (5, 427) gereksiz kullanımı özellikle ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde zaman kaybının temel kaynağıdır (21, 277).

4.4.5.4. Çocuklarda/adolesanlarda zamanı etkili kullanma yöntemleri

Çocuğun öğrenci olduğu günler yaşamındaki en hareketli dönemlerindendir. Bu hareketli dönemde çocuğun zamanını nasıl harcayacağı konusunda bir fikri olmamakta ve çoğu çocuk gereken zamanda amaçlarını elde edememektedir (148, www.time-management.cosmomatrix.com, Erişim tarihi: 27 Mart 2007).

Çocuğun zamanını etkili bir şekilde kullanma yeteneği çocuğun gelişimi için önemli bir beceridir (213). Herkesin eşit olarak sahip olduğu zamanı kullanma şeklini çocuk/bireyin kendisi belirlemektedir (390) ve birey/çocukların zamanını becerikli bir şekilde nasıl yöneteceğinin, etkin bir şekilde kullanabileceğinin bir çok yöntemi bulunmaktadır (6, www.time-management.cosmomatrix.com, Erişim tarihi: 27 Mart 2007, www.ucc.vt.edu, Erişim tarihi: 27 Mart 2007).

Zaman yönetimine yönelik yöntemlerin çocuk/bireylerce anlaşılması ve uygulanması, çocuk/bireylerin sorunlarını çözmekte fakat çocuk/bireylerin etkili çözümlere ve sonuçlara ulaşmasına yardımcı olmaktadır (15, 109).

İnsan sınırlı bir yaşama sahip olması nedeniyle zamanı en etkili biçimde kullanmak zorundadır (325) ve çocuk/birey kendisine özgü bir zaman yönetimi sistemi geliştirmelidir (259).

Aşağıda çocuklara/adolesanlara yönelik zamanı etkili kullanma yöntemleri sunulmaktadır.

- ⊕ Zaman yönetiminde en etkili araç bireyin kendisidir (31). Zaman yönetimini uygulama niyeti içinde olan çocuk/birey öncelikle başarılı bir zaman yönetimi uygulamasının ancak kendi çabasıyla mümkün olacağını kavramalıdır. Başarılı bir zaman yönetiminde çocuk/bireyin kendisinden başka yardımcısı yoktur (30, 280, 402).
- ⊕ Çocuk/birey toplam çalışma zamanının % 100'ünü planlamaktan kaçınılmalıdır. % 60 kuralı olarak da bilinen bu kuralda çocuk/birey zamanının ancak % 60'ını kontrol edebilmektedir (6, 30, 350).

- ⊕ Zamandan en yüksek düzeyde yararlanmanın yolu zaman analizinin/denetiminin yapılmasıdır (16). Zamanın nasıl ve nereye harcandığı bilinirse aşamalı olarak zamanın iyi bir şekilde nasıl yönetileceği geliştirilebilir (52, www.yorku.ca, Erişim tarihi: 27 Mart 2007). Bu amaçla çocuk zamanını nasıl kullandığını kaydetmelidir (17, 36, 49, 219). Günün sonunda hedeflerine ne ölçüde ulaştığına ve işlere ayırdığı zamanı nasıl kullandığına bakmalıdır (6).
- ⊕ Başarmak istenilen tüm işlerde olduğu gibi, zaman yönetiminde de öncelikle belirgin amaçların olması gerekir. Çocuk zamanını ve enerjisini iyi, etkili kullanabilmesi için mutlaka amaçlarını (kısa, orta, uzun dönemli amaçlar) belirlemeli (148, 150, 285, 320), öncelikle uzun vadeli amaçlarını oluşturmali (251) ve uzun dönemli amaçları her zaman olmalıdır (www.dartmouth.edu, Erişim tarihi: 27 Mart 2007). Çocuk bu amaçlara ulaştıracak hedefleri belirlemelidir (37, www.cedu.niu.edu, Erişim tarihi: 27 Mart 2007). Çocuk amaçlarını ve hedeflerini; açık, net, yazılı olarak (391, www.orgm.meb.gov.tr, Erişim tarihi: 27 Mart 2007) ve mümkün olduğu kadar hedeflerini kısa süreli (aylık, haftalık, günlük, saatlik) belirlemelidir (207, 368, 436).
- ⊕ Çocuk yapmak istediği işler ve gerçekleştirmek istediği amaçları tanımladıktan sonra öncelik sırasını belirlemelidir (285, 391, 404).
- ⊕ Çocuk amaç ve önceliklerini belirledikten sonra belli bir zaman içinde tek bir amaca odaklanmalıdır. Diğer bir işe başlamadan önce bir amacın bitirilmesi genellikle daha iyi olmaktadır (148). Amaç ve önceliklerin belirlenmesinde ebeveyn ise çocuğuna yardımcı olmalıdır (115).
- ⊕ Çocuk amaçlarına başarılı bir şekilde ancak iyi bir planla ulaşabilir (37). Bu nedenle çocuk zamanını planlama alışkanlığı kazanmalıdır (36, 37, 391, 393). Çocuk plan yaparken çalışma planlarını düşünerek değil yazıp düzenleyerek hazırlamalıdır (236, 393). Planlarını hazırlarken günlük, haftalık, aylık ve yıllık planlarını belirlemelidir (36, 85, 391, 393). Geleceği doğru bir şekilde tahmin etmek zor olduğu için yaptığı planların çok uzun süreli (günlük, 6 aylık, yıllık olmalı) olmamasına dikkat etmelidir. Çocuk planlama yaparken her gün plan yapmayı ilke edinmeli, çalışmalarını plan içinde gerçekleştirmeli (391) ve

yaptığı plana uyabilmek için kendisini zorlamalıdır (49). Günlük planlamada çocuk önemli ve önceliklerini göz önünde bulundurarak yapılacak işler listesini hazırlamalı, tutarlı bir liste oluşturmayı alışkanlık haline getirmelidir (17, 36, 49, 391). Yapılacak işler listesinin hazırlarken çocuk kendisine zaman ayırmalıdır (429). Planlama için birkaç dakika (49) veya 10-15 dakikalık bir zaman dilimi yeterlidir (37, 409). Listenin hazırlanması için en uygun zaman gece ve sabah saatleridir (36, www.sleepfoundation.org, Erişim tarihi: 30 Mart 2007). Her günün sonunda ertesi günün zaman planlamasını yapmalıdır (197, 285, 382). Çocuk yapılacak işler listesini hazırlarken üretkenliğinin en yüksek olduğu saatlere en önemli işleri planlamalı (49, 135, 391), acil öncelikli işleri bir sonraki güne bırakmamalıdır (359). Yapılacak işler listesini oluştururken aynı özellikteki işleri bir defada birlikte yapılabilecek şekilde gruplamalı (125, 197, 252), yoğun çalışma gerektirecek işleri üst üste koymamalı (197), başkalarıyla çalışmayı gerektiren işleri günün erken saatlerine yerleştirmeli (409), kolay ve zor işleri dengeli bir şekilde yerleştirmeli, kolay işleri zor işler arasına serpiştirmeli (111, 125, 197), günlük zaman planlarını yaparken denge ve uyumun olmasına dikkat etmeli (13, 37, 409, 429), gün içinde kendisine 5-10 dakikalık ara zamanlar koymayı unutmamalı (259, 417), günlük zaman çizelgeleri oluşturmalı (36, 135, 391, 393), planlayıcılardan yararlanmalı (146, 259, 285, 312), işlerin son teslim tarihlerini belirlemeli ve buna uymalıdır (211, 404, www.stcloudstate.edu, Erişim tarihi: 27 Mart 2007), Çocuk ders çalışma saatleri için de bir plan yapmalı ve derslerle ilgili yapılacak çalışmaların listesini oluşturmalıdır (37, 49, 391, 429, www.ayseabla.k12.tr, Erişim tarihi: 27 Mart 2007). Çocuk planlama yaparken esnek olmalı (49, 185, 393), beklenmedik durum ve değişiklikler için mutlaka bir zaman ayırmalı (49, 135, 146, 312, www.sleepfoundation.org, Erişim tarihi: 30 Mart 2007), planlarını hazırlarken çeşitli yöntemlerden (kodlama, kısaltma, renkli kalemlerle önemli işlerin altını çizme, hatırlatıcı notlar alma, rutin kartlarından yararlanma, planları görülebilecek bir yere asma gibi) yararlanabilmeli (135, 203, 314, 393), yapılacak işler listesini çocuk her gün yanında taşımalı (135, 285, 409), listeyi sürekli güncelleştirmeli (135, 185), gün sonunda sürecin kısa bir değerlendirmesini yapmalı, kendisini ödüllendirmeyi (hafta sonu sinemaya-tiyatroya-maça gitme, arkadaşlarla kafeye

gitme gibi) unutmamalı (135, 314, 393, www.cedu.niu.edu, Erişim tarihi: 27 Mart 2007, www.dartmouth.edu, Erişim tarihi: 27 Mart 2007), planlarına uyum sağlamada saatle yakın bağlantı içinde olmalı ve yardımcı araç olan saatten mutlaka yararlanmalıdır (37). Böyle bir planın uygulanması çocuğa belli saatlerde belli işlerin yapılması alışkanlığı kazandıracağı için önemlidir (429).

- ⊕ Zaman yönetimi verimli ders çalışma yöntemlerinin önemli bir bölümünü oluşturur ve verimli ders çalışma alışkanlıkları etkili öğrenmeyi gerçekleştirmenin yanı sıra çocuğun zamanını en verimli bir şekilde kullanılmasını sağlar (148, ayseabla.k12.tr, Erişim tarihi: 27 Mart 2007). Bu nedenle çocuk verimli ders çalışma yöntemlerini bilmeli, uygulamalı ve alışkanlık şekline getirmelidir (36, 135, 393, ayseabla.k12.tr, Erişim tarihi: 27 Mart 2007).
- ⊕ Çocuk verimli ders çalışabilmek için; en iyi ne zaman çalıştığını, en iyi nerede çalıştığını, niçin çalıştığını, öğrenme şeklini bilmeli, ders çalışmayı engelleyen davranış ve düşüncelerini saptayarak kendisini tanımalı (135, 391), daha kolay öğrenmenin ve bilgiye ulaşmanın yolu olduğu için derslerine ilgili, meraklı ve istekli olmalı (37, 135, 391, 393), öğrenmeyi kolaylaştırmak amacıyla derslerine düzenli olarak devam etmeye (37, 38, www.sagmer.hacettepe.edu.tr, Erişim tarihi: 27 Mart 2007) ve her gün aynı saatte okula gitmeye özen göstermeli (www.wright.edu, Erişim tarihi: 27 Mart 2007); derse hazırlıklı gitmeli (37, 243, www.ayseabla.k12.tr, Erişim tarihi: 27 Mart 2007), derste iyi bir dinleyici olmalı, gerektiğinde anlamadığı yerlerde soru sormalı (37, 38), derslerde gerektiğinde not tutma alışkanlığı geliştirmeli (36, 37, 38, www.ayseabla.k12.tr, Erişim tarihi: 27 Mart 2007), okuldan ayrılmadan önce yapacağı işleri kaydetmelidir (www.roundrockisd.org, Erişim tarihi: 27 Mart 2007). Çocuk kendi kendine ders çalışırken de çalışma yöntemlerini bilmelidir (36, 185, 393, www.ayseabla.k12.tr, Erişim tarihi: 27 Mart 2007). Ders çalışırken dikkatini yoğunlaştırma yöntemlerini (36, 37, 135, 393) ve öğrenmenin en belirgin ve hızlı araçlarından birisi olan okuma yöntemini (135, 224, 393, 429), diğer verimli ders çalışma yöntemlerini (yazılı ve sözlü anlatım, özetleme, düzenli aralıklarla tekrar etme, hafızayı güçlendirme, basılı araçlardan yararlanma gibi)

bilmeli ve uygulamalıdır (36, 393, 429, www.ayseabla.k12.tr, Erişim tarihi: 27 Mart 2007). Derslerini çalışırken yarım bırakmamalıdır. Çocuk ders çalışmanın yanı sıra ev ödevlerini de mutlaka yapmalı, ertelememelidir. (37, 227). Uzun dönemli projeleri yapabilmek için de son ana kadar beklememeli, her zaman erken dönemde başlamalıdır (148).

- ⊕ Verimli ders çalışma yöntemlerinden birisi çocuğun çalışma yeridir ve çok önemlidir (38, 278, 391, 393). Eğer çalışma yeri iyi bir şekilde düzenlenmediyse zaman çok kolay harcanmaktadır (2). Bu nedenle olumlu bir çalışma ortamının belirli özellikler taşıması gerekmektedir (115, 369, 391, 429). Başarıyı olumlu yönde etkileyen çalışma ortamında; çocuğun belirli bir çalışma yeri (oda, yurttaki çalışma salonu gibi) olmalı, çocuk her gün sabit veya aynı yerde çalışmalıdır (17, 49, 369, 393). Çalışma odasında ders çalışmaya uygun masa bulunmalı, çalışma masası ve sandalyenin boyutları çocuğa, çalışmaya uygun ve ayarlanabilir (sandalyenin yüksekliği ve sırt bölümü ayarlanabilmeli, 360 derece dönebilmeli) olmalıdır (115, 278, 369, 391). Masa ve sandalye sade ve düzenli (278, 391), aydınlatma gözü yormayacak şekilde (ışık soldan gelecek şekilde, aydınlık derecesi 60-100 mum arasında, güneş ışığı masaya karşıdan gelecek şekilde) (36, 278, 369, 391), oda sıcaklığı 18-22 °C'de (391), oda mümkün olduğu ölçüde sessiz olmalı (17, 278, 369, 391) ve oda içinde dikkat dağıtan uyarıcıların (poster, resim gibi) olmamasına dikkat edilmelidir (278, 391). Oda sade, derli toplu ve düzenli olmalıdır (38, 115, 393, www.sagmer.hacettepe.edu.tr, Erişim tarihi: 27 Mart 2007).

- ⊕ Amaçları gerçekleştirme çeşitli hazırlıklar gerektirmekte (148) ve işlerin yürütmesi için gerekli araç ve gerece sahip olma çocuğa zaman kazandırmaktadır (383). Bu nedenle çocuk çalışma öncesi hazırlıklarını tamamlamalı (148), çalışma odasında çeşitli kaynak (sözlük, ders kitabı, ansiklopedi, atlas, yıllık gibi), araç ve gereçleri (saat, kronometre, oda ışığı, masa lambası, kurşun kalem, silgi, renkli kalemler, klasör, cetvel, pergel, makas, hesap makinesi, ajanda/takvim, defter, ilan panoları, kaset çalar, renkli kâğıtlar, gibi) bulundurmali ve yararlanmalıdır (17, 36, 135, 429).

- ⊕ Zaman yönetimi düzenliliği/organize olmayı gerektirir (49, 62, 211, www.time-management.cosmomatrix.com, Erişim tarihi: 27 Mart 2007). Çocuk düzenli olabilmek için her şeyi kendi yerine, kolay bulunabilecek yerlere yerleştirmeli, benzer eşyaları birlikte koymalı, kendi eşyaları (kıyafet, anahtar, çanta, ayakkabı gibi) için özel bir yere sahip olmalıdır. Ayrıca çocuk eşyalarını kullandıktan sonra yerlerine koymalı (49, 197, 203, 270) ve çocuk eşyalarının düzenli /organize bir şekilde saklayabilmek için yöntemler geliştirmelidir (62). Ayrıca bu konuda ebeveyn çocuğuna yardımcı olmalıdır (270). Düzenli olmanın diğer bir yöntemi de kullanılan masanın düzenli, temiz olması ve dosyalama sisteminin oluşturulmasıdır (2, 224, 324, 409). Çocuk kendisine ait dosyalama gibi bir sistem geliştirebilir. Bu amaçla düzenlenmiş bir klasör kullanılabilir. Klasör içeriğinde; dersle ilgili çizelgeler, içindekiler tablosu, ödev çizelgeleri, aylık takvim, ders notları, grafik düzenleyiciler, bültenler, sınıf arkadaşlarının listesi, adres ve telefon numaraları, çalışma grubundaki bireylerin isimleri ve telefon numaraları, ödevler, gerekli notlar, geri verilmiş testler, çalışma becerileri bilgi çizelgeleri ve kılavuzları, raporlar, projeler yer alabilir (135).
- ⊕ Çocuk işlerini öncelik sırasına göre yerine getirmeli (37, 95, 364), önceliği yüksek işleri yapıp bitirmedikçe alt gruptaki işlere geçmemelidir (48).
- ⊕ Çocuk yapılacak işi (özellikle büyük ve zor işler) kendi içinde bütünlük taşıyan bölümlere ayırarak yerine getirmelidir (29, 312, 320, 373).
- ⊕ Çocuk bir çok işi aynı zaman diliminde yapmaya çalışmamalı, bir anda tek iş üzerine yoğunlaşmalıdır (49, 148, 276).
- ⊕ Çocuk zamandan kazanmak için benzer işleri (birbirine yakın olan işleri, faaliyetleri düzenleme gibi) birlikte listeleyerek yapabilmelidir (www.sleepfoundation.org, Erişim tarihi: 30 Mart 2007).
- ⊕ İşlere başarıya yapacağı katkı oranında zaman ayırmalı, yapılmaya değer bulmadığı işlere zaman ayırmamalıdır (125, 368, 373, 383).
- ⊕ Çocuk başladığı işi bitirmeli, yarım bırakmamalı (95, 216, 276), işi ele alır almaz başlama ve zamanından önce bitirme alışkanlığını edinmelidir (417).

- ⌚ Çocuk herhangi bir bekleme zamanını (toplu taşıma araçlarında, kuyruklarında) önceden tahmin ederek bu zamanlarını mutlaka değerlendirmeli (49, 148, 285, 373, www.studygs.net, Erişim tarihi: 27 Mart 2007) ve iki işi birlikte yapmayı öğrenmelidir (48). Çocuk bekleme zamanları için yapılabilecek işleri (notları gözden geçirme, problem çözme, kelime testleri çalışma, okuma gibi) yanında bulundurmalıdır (148, 285, www.stcloudstate.edu, Erişim tarihi: 27 Mart 2007). Özellikle okul günlerinde serbest zamanlarını değerlendirmelidir (322, www.twu.edu, Erişim tarihi: 27 Mart 2007).
- ⌚ Çocuk yaptığı işi severek yapmalı, olumlu bir tutum geliştirmelidir (17, 37, www.haticebayraktar.k12.tr, Erişim tarihi: 27 Mart 2007, www.dartmouth.edu, Erişim tarihi: 27 Mart 2007).
- ⌚ Zamandan kazanma yollarından birisi çocuğun sorumluluklarını bilmesidir. Sorumlulukların anlaşılması çocuğun amaç, hedef ve önceliklerini belirlemesine yardım eder (211). Bu nedenle ebeveyn tarafından çocuğa yaptığı davranışların sorumluluğunu alma öğretilmelidir (421).
- ⌚ Fazla sorumluluk alma aşırı yorgunluğa neden olabileceğinden çocuk kendisini aşırı bir şekilde programlamaya çalışmamalıdır (49, www.wright.edu, Erişim tarihi: 27 Mart 2007).
- ⌚ Çocuk sorunlarını çözmeyi öğrenmeli, sürekli geliştirmeli (998, 135, 421) ve her sorunun bir çözümü vardır ilkesini benimsemelidir (37).
- ⌚ Çocuk yapacağı işleri ertelememelidir (148, www.sleepfoundation.org, Erişim tarihi: 30 Mart 2007). Ertelenen işlerle yüzleşmeli, sorumlulukları yerine getirebileceğine inanmalı, olumlu bir bakış geliştirmeli (37), ertelediği işlerin listesini çıkarmalı, işlerin ne kadarını ertelediği belirlemeli, ertelemenin nedenlerini ve nedenlerin geçerliliğini saptamalı, ertelediği işleri yaparken son teslim tarihleri belirleyerek yerine getirmeli (130, 203, 285), işlere hemen başlamalı (397), yapılacak işleri önem sırasına göre yapmalı, işleri küçük parçalara ayırmalı veya aşamalı bir şekilde yapmaya çalışmalı, destekleyici bir çevre oluşturmali (203, 397, www.sleepfoundation.org, Erişim tarihi: 30 Mart

2007, www.roundrockisd.org, Erişim tarihi: 27 Mart 2007), hoşlanmadığı işleri önce yapmalı (130, 203, 397) sıkıcı ve verimsiz bir işi birisine görev olarak vermeyi denemeli (397) ve işleri başardıkça kendisini ödüllendirmelidir (130, www.sleepfoundation.org, Erişim tarihi: 30 Mart 2007).

- ⌚ Çocuk aşırı mükemmeliyetçilikten (49, 285, 324) ve önemli işlerin aksamasına yol açan gereksiz ayrıntılara takılmaktan kaçınmalıdır (37).
- ⌚ Çocuk her işi kendisi yapmaya çalışmamalı (40), başkaları tarafından yapılabilecek işleri belirlemeli (216), gerektiğinde işlerini (önemlilik derecesi az, rutin, yetişilemeyen, kolay olan işler) başkalarına devretmeli, görevlendirme yapmalıdır (125, 203, 359, 417). Kendisine de bir görev verildiği zaman; “iş neden yapılması gerekiyor?, tam olarak ne isteniyor?, iş ne zamana isteniyor?, iş ne biçimde olacak?” sorularının yanıtını bulmalıdır (211).
- ⌚ Çocuk istemediği ve yapamayacağı durumlarda hayır demeyi öğrenmelidir (49, 158, 312, 386).
- ⌚ Ziyaretler günün bölünmesine, önemli işlerden zaman çalınmasına, önemsiz ayrıntılarla uğraşmasına neden olabilir (427). Bu nedenle ziyaret programını düzenlemelidir (5, 123, 276, 427).
- ⌚ Çocuğun bilgi alışverişinde bulunma, eğitim öğretim, bir konu üzerinde karar alma gibi nedenlerle çeşitli toplantıları olabilir (427). Planlı veya planlanmamış toplantıların hepsi çocuğun zamanını almaktadır. Bu nedenle toplantı programını düzenlemeli ve toplantı zamanının verimli kullanılmasını etkileyecek çözümleri bilmelidir (5, 16, 375, 382).
- ⌚ Zamandan kazanmak için çocuk bilgisayar, telefon, faks gibi teknolojilerden yararlanabilmelidir (5, 203, 285).
- ⌚ Televizyon özellikle ders çalışma zamanını alan ve çocuk/ bireylerde zaman kaybına yol açan büyük bir etkidir (37, 38). Bu nedenle çocuk televizyon izleme zamanını düzenlemeli, süreyi sınırlandırmalı ve faydalı programları

izlemelidir (37, 38, 391, www.stcloudstate.edu, Erişim tarihi: 27 Mart 2007). Aileler bu konuda çocuğuna örnek ve yardımcı olmalıdır (25, 34, 391).

- ⌚ çocuklarda zaman kaybına yol açan olaylar ve ders çalışmayı engelleyen nedenler arasında telefon görüşmeleri de yer almaktadır (36, www.orgm.meb.gov.tr, Erişim tarihi: 27 Mart 2007). Bu nedenle ocuk telefon nedeniyle oluşabilecek zaman kayıplarını önlemelidir (312, 324, 409, 427).
- ⌚ ocuk ihtiyaını karşılayacak bilgisayara sahip olmalı (5), zaman boşa harcanmasına yol amamak için bilgisayarı ve interneti de kötü bir şekilde kullanmamalı (12), kullanma amacını belirleyerek ve zamanının çok büyük bir bölümünü almayacak şekilde hareket etmelidir (37, 322). Ebeveyn ocuğun bilgisayar kullanımını denetlemeli, belli kurallarla kullanımına izin vermeli (65, 307), ne zaman, nasıl ve hangi sıklıkta kullanacağını belirlemelidir (37, 115).
- ⌚ ocuk kendisinde stres yaratan durumları, stres belirtilerini, çözüm yollarını bilmeli ve uygulamalıdır (48, 312, 391, www.wright.edu, Erişim tarihi: 27 Mart 2007).
- ⌚ Fiziksel yönden sağlıklı, zihinsel yönden uyanık olabilmek için ocuk kendi bakımına zaman ayırmalıdır (312).
- ⌚ ocuk her gün aynı saatte ve yeterli bir şekilde uyumalı, düzenli bir uyku alışkanlığı kazanmalı ve erken uyanmalıdır (48, 203, 322, 325). Uyku ncesi rahatlatıcı yöntemlerden (banyo, kitap okuma, uyku öncesi bir saati huzurlu ve sakin geçirme gibi) yararlanmalıdır (409). Ayrıca okul günlerinde akşam için bir rutin oluşturmalıdır (62, www.roundrockisd.org, Erişim tarihi: 27 Mart 2007). ocuk uykunun yanısıra dinlenme zamanlarını da programlamalı, tatil zamanlarını önceden planlamalıdır (211).
- ⌚ ocuk her gün düzenli yemek yemenin yanı sıra yeterli ve dengeli bir şekilde beslenmeli, beslenmesini ihmal etmemelidir (312, 322, www.twu.edu, Erişim tarihi: 27 Mart 2007).

- ⊕ Çocuk düzenli olarak egzersiz yapmalı ve egzersizini ihmal etmemelidir (312, 322, www.wright.edu, Erişim tarihi: 27 Mart 2007).
- ⊕ Çocuk sağlığını korumalı, sağlık sorunları varsa mutlaka sağlık kurumuna başvurmalı, kontrollerini ihmal etmemeli, sağlık veya muayene ile ilgili bilgi/ raporları not etmeli ve saklamalıdır (207, 322, www.kobifinans.com.tr, Erişim tarihi: 15 Haziran 2006).
- ⊕ Çocuk yaşamında başarılı bulduğu bireyleri kendisine örnek almalıdır (www.sagmer.hacettepe.edu.tr, Erişim tarihi: 27 Mart 2007).
- ⊕ Çocuk sosyal yaşamını ve kişilerarası ilişkilerini güçlendirmelidir (www.sagmer.hacettepe.edu.tr, Erişim tarihi: 27 Mart 2007).
- ⊕ Çocuk kendisini tanımalı, kendisinde zayıf gördüğü yerleri güçlendirmek için çaba harcamalıdır (135, 391, 409, www.dartmouth.edu, Erişim tarihi: 27 Mart 2007).
- ⊕ Çocuk zaman tuzaklarına karşı etkili çözümler geliştirmeli, kişisel zaman alışkanlıklarının farkında olmalı (49, www.sleepfoundation.org, Erişim tarihi: 30 Mart 2007, www.dartmouth.edu, Erişim tarihi: 27 Mart 2007) ve kendisine zaman yaratabilmek için kişisel alışkanlıklarını düzeltme yoluna gitmelidir (135, 211, www.dartmouth.edu, Erişim tarihi: 27 Mart 2007).
- ⊕ Çocuk düzenli olarak kendisine işleri yapabilmek için zamanını en iyi şekilde nasıl kullanabilirim sorusunu sormalı (312, 386), zaman yönetimi sürecinin nasıl çalıştığını görme, aksamaları saptama ve yeniden düzenleme için sürekli değerlendirme yapmalı (49, 383, 404), zaman yönetimindeki gelişmelerini 3, 4 veya 6 aylık dönemlerle takip etmeli, dış etmenleri çok fazla sorumlu tutmaktan kaçınmalıdır (2).
- ⊕ Ebeveyn; çocuğuna zaman ayırmalı, iyi bir iletişim kurmalı, sevmeli, çocuğunu iyi tanımalı, rol modeli olmalı, yardım etmeli, başka çocuklarla kıyaslamamalı, teşvik etmeli, durum değerlendirme çalışmaları yapmalıdır (62, 115, 150, www.sivasram.googlepages.com, Erişim tarihi: 10 Mart 2007).

- ⌚ Zamanın etkili bir şekilde kullanılması eğitim ve uygulama ile geliştirilebilen bir disiplin gerektirir. Bu nedenle çocuğa küçük yaşlardan itibaren zaman yönetimi öğretilmeye çalışılmalıdır (345, 401, www.ekolay.net, Erişim tarihi: 15 Ocak 2007).
- ⌚ Çocuğun kendisi zaman yönetimi ile ilgili eğitimi literatürden okuyabilir (www.d.umn.edu, Erişim tarihi: 27 Mart 2007).
- ⌚ Çocuklara zaman yönetimi eğitimleri, kursları (özellikle okullarda) düzenlenmelidir (37, 243, 150, 275, www.time-management.cosmomatrix.com, Erişim tarihi: 27 Mart 2007).
- ⌚ Zaman yönetimi konusunda okul-aile işbirliği içinde olmalı, çocukların zamanlarını verimli kullanmasını engelleyen nedenlere ortak çözüm bulunarak okul başarısının artması sağlanmalıdır (391, 392).

4.4.6. Diyabette zaman yönetimi

4.4.6.1. Diyabette zaman yönetiminin önemi

Diyabetin davranışsal olarak kendi kendine yönetiminde önemli bir alanı tedavinin zamanlanması ve programlanmasında yer alan becerilerin değerlendirilmesi ve eğitilmesi oluşturmaktadır (141).

Normal bir düzeyde kan glukozunu sürdürebilmek için; ana ve ara öğünlerin aynı zamanlarda yenilmesi, tedavinin her gün aynı zamanlarda alınması ve egzersizin her gün aynı zamanlarda yapılması gerekmektedir. Bu nedenle diyabette zaman yönetimi çok önemlidir (www.diabetesfoundation.org, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007).

Diyabet tedavisinde zaman her şeydir (305) ve zaman yaşamın bir yöneticisi, diyabet tedavisinin anahtarı ise; zamanın yönetimi ve düzenli programlamanın sürdürülmesi olarak belirtilmiştir (141).

Zaman yönetimi sağlık ve diyabete uyumun önemli bir göstergesi olarak bulunmuş; diyabetle ilgili literatürde tedavi, beslenme, egzersizin programlanması gereksinimi sıklıkla vurgulanmıştır. Bu nedenle diyabetli bireylerin zaman yönetimi

yeteneklerinin değerlendirilmesine ve zaman yönetimi becerileri eğitiminin diyabet kontrolüne etkisini değerlendirmede etkili yöntemlere ihtiyaç duyulmaktadır (141).

Sağlık psikolojisi ve diyabet uyumuna yönelik çalışmalarda tedaviye uyumsuzluğun, zamanın yönetimindeki yetersizlikle ilişkili olduğu, zaman yönetiminin uyumu kolaylaştırabilen bir beceri olduğu; yoğun bir programı devam ettirebilen diyabetli bireylerin günlük sorumluluklarını organize ettikleri, önceliklerini belirledikleri ve aktif bir yaşam şekline uyumlu olmaya eğilimli oldukları gösterilmiştir (141, 180, 181).

Yapılan çalışmalarda diyabetin etkili/başarılı bir şekilde ynetilebilmesindeki engeller arasında zamanın yönetiminin de olduğu gösterilmiştir (323, 410). Bu sonuç diyabetli ocuk/bireylerin zaman yönetimi konusunda eğitime ihtiyaçlarının olduğunu göstermektedir.

Metabolik kontrolün sağlanması; ne zaman ve ne kadar yenmesi gerektiğinin bilinmesi, tedavi ve egzersiz arasında bir dengenin kurulması önemli bir bölümü oluşturmaktadır. Bu nedenle hemşire veya diğer sağlık personeli; davranışsal olarak kendi kendine yönetimde en önemli bir bölümü oluşturan tedavinin ayarlanması/zamanlaması ve programlanmasında yer alan becerilerin değerlendirilmesini ve becerilerin kazandırılmasını eğitim programına almalıdır. Yapılacak eğitim programı; beslenme ile tedavinin zamanlanması, egzersiz ile tedavinin zamanlanması, beslenme, egzersiz ile tedavinin zamanlanması, ayrıca kan glukozunun kontrolünü içeren bir günün planlanması gibi konuları içermelidir (141).

Adolesan dönemde eğitimle kazandırılan zaman yönetimi, diyabet bakımında faydalı ve kısa bir sürede diyabet kontrolünü destekleyen bir beceridir (339). Ayrıca diyabette stresi azaltmada etkili yöntemlerin içerisinde yer alan zaman yönetimi ve organizasyon becerilerinin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (244).

4.4.6.2. Diyabetli çocuk/bireylerde zamanı etkili kullanmanın yöntemleri

Aşağıda diyabetli çocuk/bireylerde zamanı etkili kullanma yöntemleri verilmektedir.

- ⌚ Çocuk/birey diyabet bakımı için gereken zamanı belirlemelidir. Tip 1 diyabetin tedavisi güç ve zaman tüketicidir (201). Bu nedenle kendi kendine bakım (tedavinin yönetimi, beslenme, egzersiz, ayak bakımı, kan glukozu ölçümü gibi) zaman gerektiren bir bakımdır. Kronik hastalıklarda kendi kendine bakım önemli olmasına rağmen diyabetli bireylerin günlük bakımlarında ne kadar zaman harcadıkları üzerinde çok az bilgi bulunmaktadır (326). Russell, Suh ve Safford (2005)'un belirttiğine göre, ADA tarafından diyabetli çocukların zaman yönetimine de rehber olabilecek tip 2 diyabetli bireyler için önerilen bakımın zaman değerlendirmeleri bulunmaktadır. İnsülin alan diyabetli bireyler için ise her gün için birkaç dakikalık daha fazla zamana ihtiyaç vardır (323).

Tablo 11. Tip 2 Diyabetli Bireylerde ADA'nın Önerdiği Bakımın Zaman Değerlendirmeleri

Önerilen bakım için gerekli zamanın değerlendirilmesi*	
İş/görev (ADA önerileri)	dakika /gün
Kan glukozu izlemi	3
Verileri kaydetme	5
Oral tedavi alma	4
Ayak bakımı	10
Oral hijyen	1
Sorun çözme	12
Beslenmenin planlanması	10
Alışveriş	17
Yemeklerin hazırlığı	30
Egzersiz	30
Toplam	122
Diğer (isteğe göre) bakım uygulamaları	
Kan basıncı izlemi	3
Stres yönetimi	10
Destek grup	2
Yönetişel İşler	
Eğitimcilerle ve hekimlerle telefon görüşmeleri	1
Belirlenenlerin/kararların listelenmesi	1
Sosyal güvence işlemleri	2
Gerekli araçların temin edilmesi	2
Toplam zaman	143
* Değerlendirmeler oral tedavi alan ve günde bir kez kan glukozu ölçümü yapan stabil diyabetli bireyler içindir.	

Russell LB, Suh D-C, Safford MM. (2005)Time requirements for diabetes self-management:Too much for many ?. *The Journal of Family Practice*, 54(1):52-56.

- ⊕ Diyabetli çocuk/birey zaman yönetiminde temel olan amaçlarını mutlaka belirlemeli (www.diabetesmonitor.com, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007) ve gerçekçi amaçlar oluşturmalıdır (www.alamedaalliance.org, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007). Diyabetli çocuk/birey kendi kendine yönetimi için davranışsal amaçlarını; aktif olma, sağlıklı beslenme, tedaviyi uygulama, kendi kendine izlem, sorun çözme, riskleri azaltma (HbA_{1c} değerini çocuğun kendisine hedef olarak belirlediği sınırlarda sürdürme veya azaltma, göz muayenesi, kolesterol ve idrar kontrolü, sigara içmeyi bırakma, 3-6 ay aralıklarla sağlık kontrolü, her kontrolde kan basıncı kontrolü, yıllık aşıların yapılması, günlük olarak ayak muayenesi ve diğer amaçlar) ve sağlıklı başa çıkma olarak belirleyebilir (www.dhfs.wisconsin.gov, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007). Diyabetli çocuk/birey amaçlarını sağlık kontrolüne geleceği zaman oluşturacağı amaçlar veya yıllık amaçlar şeklinde de belirleyebilir (www.diabetesmonitor.com, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007). Çocuk/bireyin sağlık kontrolüne geleceği zaman da çocuk amaçlarını belirleyebilir. Kan glukozu kayıt defterini/izlem sonuçlarını, kilo ve kan basıncı izlem sonuçlarını, gerekirse diğer (3 günlük beslenme kaydı, egzersiz günlüğü gibi) kayıtlarını ve HbA_{1c} sonucunu yazarak yanında getirmeli, sağlık personeline göstereceği materyalleri gözden geçirmelidir. Gelecek dönemde yapılacak testler (HbA_{1c}, kilo, kan basıncı gibi) için hedeflenmiş bir amaç belirlemelidir. Her kontrolüne ayaklarını muayene etmiş olarak gitmelidir. Aldığı tedavinin (ismi, dozu, alınan zaman) ve sağlık personeline sormak veya konuşmak istediklerinin (son kontrol zamanından itibaren sağlığında meydana gelen herhangi bir değişim veya sorunlar gibi) listesini, glukometresini ve hatırlatıcı notlarını yanında getirmelidir (www.diabetesmonitor.com, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007, www.greenhosp.org, 2007). Ayrıca çocuk diyabet kontrolüne geleceği zaman zamanın iyi bir şekilde yönetilebilmesi amacıyla rahat ve kolayca çıkarılabilen kıyafetler giymelidir (www.greenhosp.org, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007). Her kontrolde diyabetine yönelik amaçlarını ve son kontrolü ile bir önceki kontrol zamanı arasında amaçlarına ulaşma durumunu gözden geçirmelidir. (www.greenhosp.org, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007).

Diyabetli bireyin sağlık kontrolü amaçları Şekil 3’de sunulmuştur.

Şekil 3. Diyabetli Bireyin Sağlık Kontrolü Amaçları

Test ve Amaç:	Kontrol				
	Tarih ve Sonuç:				
					
Kan glukozu (mg/dl)					
HbA _{1c} testi/ Amaç (%)					
Kilo /Amaç (kg)					
Kan basıncı /Amaç (.../.... mmHg)					
Ayak kontrolü					

(www.diabetesmonitor.com, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007)

Çocuk/birey her yıl için diyabetine yönelik amaçlarını belirleyebilir. Her yıl için amaçları; beslenme ve beslenme alışkanlıklarını, uygulanan tedaviyi, fiziksel egzersiz programını, enjeksiyon bölgelerinin kontrolünü (www.enfieldpct.nhs.uk, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007), göz, ayak (dolaşım ve sinir sisteminin de kontrolünü içeren) muayenesini ve böbrek fonksiyonlarının (idrarda mikroalbümin, böbrek fonksiyonlarının ölçümü için kan testi, eğer hekim önerirse 24 saatlik idrar testi) kontrolünü, kan yağlarının (total kolesterol, HDL, LDL, trigliseridler) kontrolü, diş muayenesi (yılda en az iki kez), yapılması gereken aşıları (grip ve pnömoni) ve sağlık bakım ekibi ile konuşulması (diyabet eğitimi, hipoglisemide ve hiperglisemide yapılması gerekenler, tedavi, tedavi nedeniyle oluşan yan etkiler, beslenme, egzersiz ve kan glukozu izlemine yönelik planlar, herhangi bir sağlık sorunu, sigara içme, diyabetli olmanın hissettirdikleri, diyabet tedavisine yönelik yeni gelişmeler, eğer çocuk adolesan döneminde ve kız ise gebelik planları ve diğer konular) gerekenleri içermelidir (www.diabetesmonitor.com, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007, www.enfieldpct.nhs.uk, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007, www.ndep.nih.gov, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007).

Diyabetli bireyin her yıl için ve diyabet ölçüm kayıtlarına yönelik amaçları Şekil 4'de sunulmuştur.

Şekil 4. Diyabetli Bireyin Her Yıl İçin ve Diyabet Ölçüm Kayıtlarına Yönelik Amaçları

Her yıl					
Test ve Amaç:	Tarih ve Sonuç:				
					
İdrar proteini/mikroalbümin (mg)					
Total kolesterol (mg/dl)					
HDL kolesterol (mg/dl)					
LDL kolesterol (mg/dl)					
Trigliseridler (mg/dl)					
Sigara içme					
Göz muayenesi					
Ayak muayenesi					

(www.diabetesmonitor.com, 28.05.2008)

DİYABET ÖLÇÜM KAYDI							Yıl:
Test	Benim amacım	Test tarihi:					Notlar:
Kilo							
Kan basıncı							
HbA1c							
LDL							
HDL							
Trigliseritler							
Göz muayenesi							
Ayak muayenesi							
Diğer							

(www.diabetes.acponline.org, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007)

- ⊕ Çocuk/birey zamanını iyi yönetebilmek için diyabet malzeme kontrol listesi oluşturabilir (www.actos.com, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007)

Şekil 5. Diyabet Malzeme Kontrol Listesi

İnsülin veya oral tedavi
Tedavinin dozunun ve gereksinim varsa doz ayarlamasının ne zaman ve nasıl uygulanacağını gösteren yazılı bir liste
Hastalık durumunda beslenme, kan glukozu ölçümü ve tedavinin ayarlanması için rehberler
Sağlık personelinin ve acil durumlarda iletişim kurulacak bireyin telefon numarası
Eklenen yeni tedavi ve malzemeler
Hipoglisemi tedavisi için glukoz tablet ve karbonhidratlı besinler
Glukometre, ölçüm çubukları, yedek piller, parmak deliciler, alkollü pamuk ve kayıt defteri
İnsülin için soğuk paketler
Beslenme planının bir kopyası
Ara öğün besinleri (peynir, kraker, meyve gibi)
Su ve meyve suyu şişeleri
Diğer tedaviler (küçük yaralar, şişmeler, güneş yanıkları, bulantı, kusma gibi durumlar için küçük bir ilk yardım çantası)
Diyabetli olduğunu gösteren kimlik
Nemli silme malzemesi, antibiyotikli krem
Hastalık varsa tedavisi
Sağlık sigortası bilgisi
Diğer

(www.actos.com, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007)

- ⌚ Diyabetle birlikte iyi bir şekilde yaşamayı öğrenmek için çocuk/birey kan glukozu izlemi, sağlıklı beslenme, egzersiz, ayak bakımı, tedavi programı ve diyabet malzemelerine/araç ve gereçlerine yönelik diyabet bakım planlarını yapmalı (www.alamedaalliance.org, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007, www.dshs.state.tx.us, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007) ve planlama yaparken iyi bir diyabet bakımı için her gün yapılması gerekenlerin listesini çıkarmalıdır (www.diabetes.niddk.nih.gov, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007).

Şekil 6. İyi Bir Diyabet Bakımında Her Gün Yapılması Gereken İşler

	Sağlıklı bir beslenme planını takip etme, hekim/diyetisyenle birlikte alıştırma çalışmaları yapma
	Yarım saat aktif olma, sağlık personelinin kendisi için en iyi olabilecek aktiviteleri isteme
	Her gün aynı zamanlarda tedaviyi alma
	Kan glukozunu her gün kontrol etme, kayıt defterine sonuçları yazma
	Ayakları her gün kesiler, kabarcık, ağrı, şişme, kızarıklık ve tırnakları hassasiyet yönünden kontrol etme
	Her gün dişleri ve diş etlerini fırçalama ve diş ipiyle temizleme
	Kan basıncı ve kolesterol düzeyini kontrol etme
	Sigara içmeme

(www.diabetes.niddk.nih.gov, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007)

Planlama yaparken diyabetli bireyler için geliştirilmiş diyabet planlama araçlarından (ajanda, takvim, bireyin kendine özgü oluşturduğu formlar gibi) yararlanılabilir (www.books.google.com.tr, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007, www.diabetescalendar.com, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007, www.support.diabetes-insight.info, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007).

Sağlık kontrolü ve 12 Aylık Diyabet Planlayıcısı Şekil 7’de sunulmuştur.

Şekil 7. Sağlık Kontrolü ve 12 Aylık Diyabet Planlayıcısı

SAĞLIK KONTROLÜ PLANLAYICISI			
Randevu tarihi:			
Sağlık bakım elemanının adı soyadı:			
Randevuya giderken alınması gerekenler:	Glukometre Kayıt defteri Beslenme günlüğü Fiziksel egzersiz kayıt defteri	Tedavi listesi Kontrol yeri dışında yapılan test ve muayenelerin kaydı	
Kontrol tarihinden önce yapılması ve kontrol edilmesi gereken testler:	HbA _{1c}	Göz muayenesi	Kolesterol ve trigliseridler İdrarda protein testi
Sorulmak istenen sorular:	1..... 2..... 3.....		

(www.medicalsupplies.rxolutions.com, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007)

12 Aylık Diyabet Planlayıcısı																																																			
Bu planlayıcının kullanılıma şekli:																																																			
- Hekim kontrolüne gideceğiniz kontrol tarihlerini alın ve bütün yıl için temel testleri listeleyin - Hatırlayabilmeniz için evde kullanışlı bir şekilde getirin (örneğin buzdolabına bantlayın, takviminizin önüne asın veya ilaç kutunuzun içine yerleştirin)																																																			
	Kan basıncı	Diyabetik göz muayenesi	İdrar proteini	Ayak	HbA _{1c}	Kolesterol																																													
Önerilen sıklık	Her kontrolde	1 kez/ yıl	1, 2, 4 kez/yıl Hekiminize bu testi ne sıklıkla yaptırmanız gerektiğini sorun	- Günlük kendi kendine muayene - Her kontrolde veya yılda en az bir kez	Tip 1 diyabette: Her 3 ayda bir Tip 2 diyabette: 3-6 ayda bir Hekiminize bu testi ne sıklıkla yaptırmanız gerektiğini sorun	1 kez/yıl - Kolesterol düzeyi düşürülmek için uğraşıyorsa daha sık																																													
Bu testin yapılma nedeni	Kan basıncı kontrolü böbrek ve kalp sorunlarındaki ilerlemeyi yavaşlatır	Dilate bir göz muayenesi sorunları erken dönemde bulabilir ve görme gücünü korur	İdrardaki protein böbreklerdeki hasarı gösterir (tedavi yardım edebilir)	Tedavi olmayan ayak yaraları amputasyona yol açabilir.	Son üç ayın kan glukozu kontrolünü izler	Diyabet kalp hastalığı riskini artırır 2-4 kez; kolesterol önemlidir ve kontrol edilebilir risk faktörüdür																																													
Tarihleri ve test sonuçlarını buraya kaydedin	Hedef: 130/80 veya ↓ Tarih: Sonuç: <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>													Muayene tarihi: <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>		Test tarihi: <table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>					Test tarihi: <table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>					Hedef: % 7'den ↓ Tarih: Sonuç: <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>													Hedef: LDL 100 ↓ Trigliseridler 150 ↓ Tarih: Sonuç: <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>												

(www.lifewisewa.com, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007)

Diyabetin günlük yönetiminde çocuk/birey bu yöntemlerin dışında da genel ve diyabete yönelik zaman yönetimi ile ilgili çeşitli yöntemler uygulayabilir.

4.4.7. Hemşirelikte zaman yönetimi

Zaman yönetimi diğer tüm alanlarda olduğu gibi sağlık bakım alanında da başarının anahtarıdır (138).

Sağlık alanı içinde yer alan belirli bir süre içinde, en az kaynak ve güçle, en üst düzeyde sağlık ve gelişme sağlayan hemşirelik bakımı; etkili zaman kullanmayı ve zaman yönetimi uygulamalarını gerektirir (23, 138 400).

Zaman baskısı ve çalışma nedeniyle yorgunluk; hataların artmasına, önemli işlerin atlanmasına, strese ve etkili olamamaya yol açmaktadır (254).

Zamanını iyi kullanan bir hemşirede ise, tükenmişlik sendromu oluşmamakta, hemşire çok daha etkili bir şekilde fonksiyon görmekte (408), çalışmalarında daha çok kontrolü sağlamakta, daha kolay iş yapabilmekte, zaman kazanmakta, neyin önemli olduğunu saptamakta ve başarmaktadır (138). Ayrıca iyi bir zaman yönetimi hemşirelerin; eğlence, arkadaş, egzersiz ve profesyonel gelişimine zaman ayırabilmesini sağlamaktadır (182). Bu nedenle hemşire; hasta bakımı sorumluluğunda önceliklerini oluşturmali, profesyonel gelişim ve sahip olduğu zamanı hastaya hizmet zamanı ile bütünleştirerek zamanını etkili bir şekilde yönetmelidir (408).

Sağlık bakım alanında hemşireler, sağlık kurumlarında 24 saat hizmet vermekte ve ev sahipleri gibi çalışarak koordinatörlük rolünü gerçekleştirmektedir. Bu nedenle hemşirelikte zamanın planlanması ve etkin bir şekilde yönetimi çok önemlidir. Koordinatör olarak hemşire diyabetli/ailesi ve diğer sağlık ekibi üyeleri arasında koordinasyonu sağlamak zorunda olduğundan; neyi, nasıl, nerede etkili bir şekilde yapacağına, kimlerle iletişim kuracağına ve işbirliği yapacağına en kısa sürede karar vermeli, planlamalı, hangi zaman diliminde uygulayacağını belirlemeli ve değerlendirmelidir. Hasta ve kurum için kaybedilen her zaman dilimi, hasta ve kurum aleyhine işlediğinden hemşire acil, kriz durumlarında da zaman yönetimini uygulamalıdır. Böyle bir durumda hayati risk artmakta, komplikasyonlar gelişmekte, diğer hastalara ayrılacak zaman azaldığı için bakım hizmetleri aksamakta ve hizmet süresi kısaltmakta, gecikmeli olarak verilmekte veya hiç verilememektedir. Bunun sonucu olarak sağlık hizmetlerinin etkinliği azalmakta ve bakımın kalitesi düşmektedir. Ayrıca hemşireler genellikle eleman yetersizliği, hasta sayısının fazla olması, araç, gereç, malzeme yetersizliği, telefonlar, kırtasiye işleri gibi nedenlerle bakım hizmetleri verirken zamanın yetmediğini ifade etmektedir. Tüm bu nedenlerden dolayı zamanın planlanması ve etkin şekilde kullanımı hemşirelik için çok önemlidir (290).

Hemşire zamanı etkili bir şekilde yönetebilmek için ilke merkezli çalışmalı, kendi ilke ve değerlerini mesleki ilke ve değerlerle birleştirmelidir. Bu ilke ve değerlerin temeli herkesin eşit ve en iyi bakım almaya hakkı olduğu gerçeğine dayanmalıdır. Hemşire sürekli bir değerlendirme süreci uygulamalı, hemşirelik

hizmetini sunmada bilimsel planlama amacıyla hemşirelik süreci sistemini kullanmalıdır. Hemşirelik rolleri ve bu rollerin gerektirdiği amaçları belirlemeli ve bakımda dengeli bir şekilde uygulamalıdır. Bakım verdiği birey ve kendi amaçlarını birleştirerek bütüncü bir felsefeyle bakım vermelidir (23).

Hemşire; zamanı iyi bir şekilde yönetebilmek için gerekli yöntemleri (zamanını nasıl harcadığını görmek için zaman çizelgesi uygulama ve analiz etme, amaç ve hedefler oluşturma, gününü planlama, önceliklere göre yapılacak işler listesi hazırlama, en iyi çalıştığı saatleri bilme, yetki verme, zamanın bölünmesine yol açan nedenleri yönetebilme, organize olma, teknolojiden yararlanma, zamanında görevini tamamlama, hayır demeyi öğrenme, toplantılar planlama ve iyi bir şekilde yönetme, gün bitiminde bir sonraki günün hazırlıklarını yapma, her bir amaca ulaşma düzeyini belirleme, erteleme davranışından kaçınma, kendi gereksinimlerini de karşılama(ara verme, yemek yeme gibi) bilmeli, uygulamalı (81, 121, 246, 296) ve etkili bir zaman yönetiminin çaba, disiplin ve esneklik gerektirdiğini unutmamalıdır (408).

Zaman yönetimi basit bir beceri olmamakla birlikte (246), bir hemşire zaman yönetimini becerisini öğrenebilir ve uygulamalarla bu beceriyi geliştirebilir (254).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Türü

Araştırma; 13-19 yaş arasındaki tip 1 diyabetli adolesanların zaman yönetimi becerileri ve bu becerilerin metabolik kontrol üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, hasta sayısının ve sirkülasyonun fazla olması, ülkemizin çeşitli bölgelerinden çocukların tedavisinin yapılması ve tedavinin uzmanlarından (hekim, hemşire, diyetisyen, psikolog gibi) oluşmuş bir ekip çalışmasıyla gerçekleştirilmesi nedeniyle İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Büyüme – Gelişme ve Pediatrik Endokrinoloji Ünitesi'ne bağlı olarak haftada bir gün (salı günleri) hizmet veren Diyabet Adolesan Obezite Polikliniği'nde gerekli sözlü ve yazılı izinler (EK 2) alındıktan sonra 14.03.2006 – 30.06.2006 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini; İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Büyüme – Gelişme ve Pediatrik Endokrinoloji Ünitesi Diyabet Adolesan Obezite Polikliniği'ne kayıtlı ve ayaktan takip edilen tip 1 diabetes mellituslu toplam 208 adolesan oluşturmuştur.

Örneklem grubunu ise;

- Veri toplama süresinde poliklinik kontrolüne gelen,
- Veri toplama süresinde poliklinik kontrolün yapıldığı tarihten bir önceki kontrolü de aynı poliklinikte yapılan,
- En az 6 aydır tip 1 diabetes mellitus tanısı alan,
- Bilişsel engeli bulunmayan,
- Okuma ve okuduğunu anlama güçlüğü olmayan,
- İşitsel engeli bulunmayan,
- Görüşmeye istekli 13-19 yaş grubundaki adolesanlar

oluşturarak toplam 69 tip 1 diabetes mellituslu adolesan araştırma kapsamına alınmıştır.

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Büyüme – Gelişme ve Pediatrik Endokrinoloji Ünitesi Diyabet Adolesan Obezite Polikliniği'ne kayıtlı ve ayaktan takip edilen 13-19 yaş arasındaki tip 1 diyabetli adolesanların sayısı 170'dir ve 120 adolesan düzenli olarak takiplerine devam etmektedir, 50 adolesan ise kontrollerine (uzun süredir gelmemektedir veya tanı sırasında bir kez görülmüştür) gelmemektedir.

Araştırmanın yapıldığı kurumda 13-19 yaş arasındaki 170 tip 1 diyabetli adolesanın örneklem grubuna alınması planlanmış ancak 33 adolesanın çalışmaya katılmak istememesi, 6 adolesanın tanı konulduktan sonra altıncı ayını doldurmamış olması, 3 adolesanın mental geriliğinin olması, 1 adolesanın işitme sorunun olması, 1 adolesanın diyabetle birlikte lösemi tanısının da olması, 1 adolesanın polikliniğe ilk gelişinin olması, 6 adolesanın poliklinik kontrolüne gelmemesi ve telefonla da iletişim kurulamaması nedeniyle toplam 51 adolesan adolesan çalışma dışında kalmıştır.

5.4. Veri Toplama Araç ve Gereçleri

Araştırmada sırasıyla veri toplama araçları olarak;

- Diyabetli Adolesanı Tanılama Formu (EK 5),
- Diyabet Zaman Yönetimi Anketi (EK 6A),
- Diyabete Uyumda Alışkanlıklar, Davranışlar ve Bilgi Anketi (EK 7A),
- Metabolik Kontrol Formu (EK 8),
- Günlük Kayıt Formu (EK 9)

kullanılmıştır.

5.4.1. Diyabetli Adolesanı Tanılama Formu (EK 5)

Diyabetli Adolesanı Tanılama Formu; literatür bilgisi doğrultusunda geliştirilen diyabetli adolesan ve ailesi ile ilgili sosyodemografik (yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, adolesanın kardeş sıralamasındaki yeri, sosyal güvence, adolesanın eğitim ve çalışma

durumu, annenin/babanın eğitim durumu, ailede tip 1 diyabet varlığı, tip 1 diyabetli bireylerin diyabet yaşı) özellikleri, adolesanın diyabeti (diyabet yaşı, diyabetle birlikte görülebilen ve görülmeyen sağlık sorunları) ile ilgili özellikleri, diyabete uyum (insülin tedavisi/kendi kendine izlem/beslenme/egzersiz ile ilgili özellikler, adolesanın en son bakılan HbA_{1c} değerini bilme durumu, son bir haftada hipoglisemi-hiperglisemi yaşama durumu, ev dışındaki yerlere giderken adolesanların yanlarına aldığı malzemeler, adolesanların alışkanlıkları ile ilgili özellikler, aile/çevre tarafından adolesanın diyabetinin bilinme durumu, adolesanın diyabet yönetiminde aile/çevreden/sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumu, adolesanın son bir yılda hiç kontrole gelmeme/hastaneye yatma/okula devam ederken diyabet nedeniyle devamsızlık yapma durumu ile ilgili özellikler, son bir haftada adolesanın ailesiyle veya arkadaşlarıyla ilişkilerini bozan sorunlar, diyabetin yönetimine ilişkin adolesanların yorum ve düşünceleri) ile ilgili özellikleri bununla birlikte diyabet kontrol zamanında adolesanın ve tedavi ekibinin adolesanla iletişimde zaman yönetimi (kontrole gelmeden önce adolesanın diyabet hemşiresine sormayı düşündüğü veya bilmeyi istediği şeylerin listesini yapma durumu, hekim/hemşire/diyetisyen/ psikoloğun adolesana zaman ayırma durumları, adolesanın diyabet kontrolüne geldiğinde zaman yönetimi ile ilgili eğitim alma durumu, bu eğitimi kimden aldıkları, adolesanın zaman yönetimi ile ilgili bilgi almayı isteme durumu) ile ilgili özellikleri içeren 38 açık uçlu ve 58 kapalı uçlu olmak üzere toplam 96 sorudan oluşmaktadır.

5.4.2. Diyabet Zaman Yönetimi Anketi (DZYA) (EK 6)

Araştırmada tip 1 diyabetli adolesanlara; diyabetli bireylerin genel zaman yönetimi ve diyabetin günlük yönetimi ile ilişkili zaman yönetimi becerilerini değerlendirmek amacıyla Celeste T. Gafarian, Elaine M. Heiby, Patrick Blair ve Frank Singer (141) tarafından geliştirilmiş Diyabet Zaman Yönetimi Anketi (DZYA) (The Diabetes Time Management Questionnaire - DTMQ) (EK 6) kullanılmıştır.

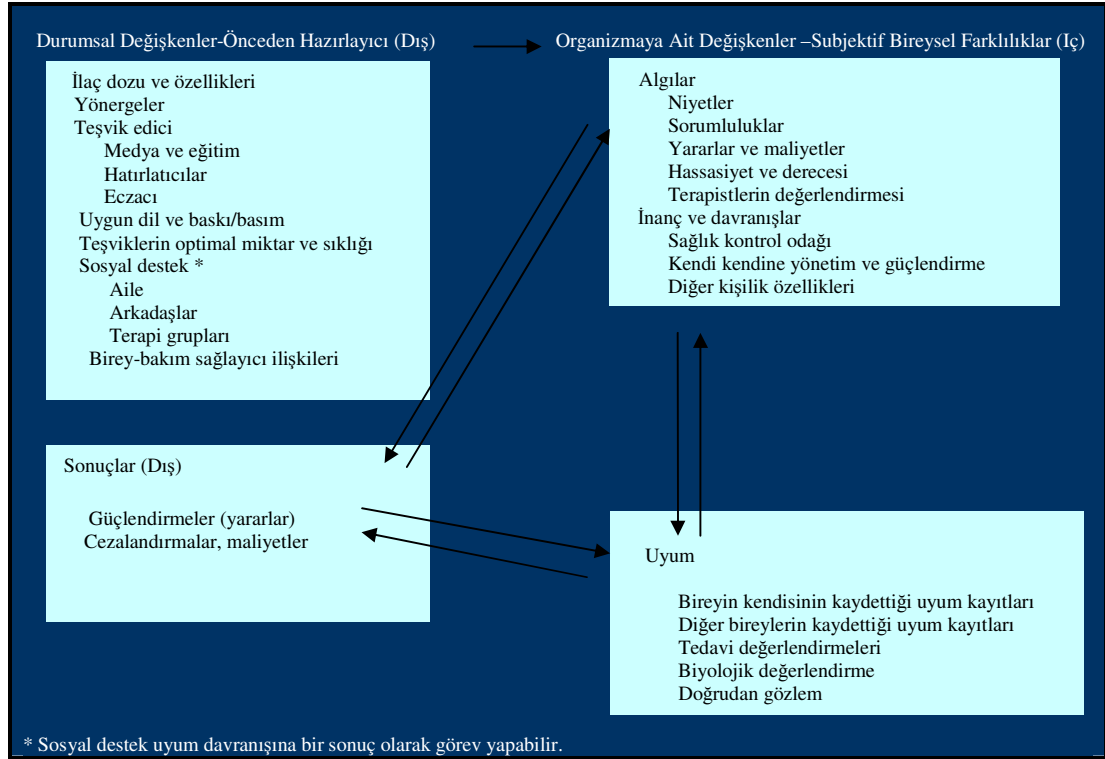
Diyabet Zaman Yönetimi Anketi; 1999 yılında geliştirilmiş, bilişsel engeli bulunmayan, okuma ve okuduğunu anlama güçlüğü olmayan 9 yaş ve üzerindeki tüm tip 1 ve tip 2 diyabetli bireylere kendi kendine kaydetme yoluyla uygulanabilen likert tipi bir ankettir.

Diyabet Zaman Yönetimi Anketi'nde; zaman yönetiminin bir çok komplike beceriyi (sorun çözme, günlük bir planlayıcı kullanma, kendi kendini güçlendirme gibi) içermesi nedeniyle anketteki her beceri birkaç maddeyle değerlendirilmiştir.

Zaman yönetimi, diyabete uyum ve diyabet eğitimi literatürüne dayanarak geliştirilen Diyabet Zaman Yönetimi Anketi'nin ana temelini; Sağlık Uyum Modeli ve bu modelin diyabete uyumda yararlarını gösteren çalışmalar oluşturmaktadır. Sağlık Uyum Modeli (The Health Compliance Model) 1986 yılında Elaine M. Heiby ve John G. Carlson tarafından geliştirilmiştir. Bu modele göre zaman yönetimi becerileri, diyabet tedavisine yönelik bilgi ve tedaviye uyumla ilişkilidir. Tıbbi tedavi komplike beceri kazanılmasını gerektirmediğinde ve operant (eylemlerin sonuçları/kendi sonuçları tarafından kontrol edilen organizmanın istemli davranışları) davranışların hem önceki hem de bir sonraki fonksiyonu olduğunda sağlık uyum modeli rutin tedavi alımına en uygun bir modeldir (179).

Çalışmada Diyabet Zaman Yönetimi Anketi'nin temelini oluşturan Sağlık Uyum Modeli'nin bileşenleri Şekil 8'de verilmiştir.

Şekil 8. Sağlık Uyum Modeli'nin Bileşenleri



Heiby EM, Carlson JG. (1986). The health compliance model. *The Journal of Compliance in Health Care*, 1(2):101-116.

5.4.2.1. DZYA'nın uygulanması

Anket, klinikte yüz yüze görüşme yöntemi veya klinikte uygulamanın mümkün olmadığı durumlarda klinikte yüz yüze görüşme yöntemi ile gerekli açıklamaların yapılmasından sonra evde diyabetli bireylerin kendi kendine kaydetmesi ve posta yolu aracılığıyla geri iletisi şeklinde uygulanabilmektedir.

Diyabetli birey, anketi okuyup anladıktan sonra kendisi için en doğru cevabı vererek işaretlemekte ve her bir madde için tek bir yanıt vermektedir. Ayrıca anket orijinal şeklinden farklı olarak yanıtlamada adölesanlara kolaylık sağlamak amacıyla yanıtlanması gereken yerler sağ tarafta, üç bölümlü sütun şeklinde ve numara verilerek gösterilmiştir.

5.4.2.2. DZYA'nin puanlanması

DZYA; 49-245 arasında puan alan 49 maddeden oluşmuş bir ankettir. Bütün maddeler 1 (sıklıkla), 2,3,4 (bazen) ve 5 (hiçbir zaman) olarak 1'den 5'e kadar puanlanmıştır.

Anketin 3, 9, 13, 15, 16, 22, 24, 27, 33, 35, 37, 44, 46, 47 ve 49. maddeleri ters olarak puanlanmıştır. Ayrıca ankette belirli bir hasta için uygulanamayan maddeleri (örneğin, 10. maddede olduğu gibi eğer tedavide günlük kan glukozu izlemi yoksa) puanlanmamaktadır.

Değerlendirme toplam ortalama puanlar üzerinden yapılmaktadır ve DZYA puanlarının yüksek olması kötü yönetimi/zaman yönetimindeki eksikliği göstermektedir.

5.4.3. Diyabete Uyumda Alışkanlıklar, Davranışlar ve Bilgi Anketi (DUADBA) (EK 7)

Diyabete Uyumda Alışkanlıklar, Davranışlar ve Bilgi Anketi (DUADBA) (The Habits, Attitudes, and Knowledge Questionnaire of Diabetic Compliance – HAK Questionnaire) (EK 7); uyumu ve uyumun göstergelerini ölçmek amacıyla ilk versiyonu 67 madde olarak Heiby ve arkadaşları tarafından 1989 yılında, son versiyonu ise 94 madde olarak Elaine M Heiby ve Celeste T Gafarian tarafından 1991 yılında geliştirilmiş ve yaptıkları çalışmada 26 maddeye indirilerek kısaltılmış formunun son şekli verilmiştir (181).

DUADBA, DZYA'nde de olduğu gibi aynı koşullarda tüm tip 1 ve tip 2 diyabetli bireylere kendi kendine kaydetme yoluyla uygulanabilen likert tipi bir ankettir.

DUADBA iki bölümden oluşmuştur.

1. Bölüm: İlk 8 madde diyabet uyumu ile ilgili maddelerdir.

2. Bölüm: 9-26. maddeler diyabet uyumu göstergesi maddeleridir. 23 ile 25 arası maddeler DUADBA'nın zaman yönetimi ile ilişkili maddelerini içerir. Ayrıca anketin son maddesi (26. maddesi) bilgiyi içermektedir ve doğru yanıt karbonhidrat olarak değerlendirilmektedir.

5.4.3.1. DUADBA'nın uygulanması

Anket, DZYA'nın uygulanma koşulları ile aynı şekilde klinikte yüz yüze görüşme yönetimi ile veya gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra evde kendi kendine kaydetme şeklinde uygulanabilmekte ve diyabetli birey kendisi için en doğru cevabı vererek her bir madde için tek bir yanıt vermektedir. DZYA'nde olduğu gibi yanıtlamada kolaylığı sağlamak için yanıtlanması gereken yerler sağ tarafta ve numara verilerek gösterilmiştir. Ayrıca anketin 26. maddesinde hatalı/bilmeden yanıtlamayı önlemek amacıyla "bilmiyorum" seçeneği eklenmiştir.

5.4.3.2. DUADBA'nın puanlanması

DUADBA'nın 26 maddelik kısaltılmış formunda uyum maddeleri 8-38, diyabet uyumunu gösteren maddeleri 18- 87, DUADBA'nın zaman yönetimi ile ilişkili maddeleri ise 3-15 arasında puan almaktadır.

Anketin zaman yönetimi ile ilişkili olan 23 ve 25. maddesi ters olarak puanlanmıştır. Anketin bilgiye yönelik 26. maddesinde ise doğru yanıt karbonhidrat 2 olarak, yanlış yanıt ise 1 olarak puanlanmıştır.

Değerlendirme toplam ortalama puanlar üzerinden yapılmakta, DUADBA puanlarının yüksek olması çok daha fazla uyumu, zaman yönetimi ile ilişkili maddelerinde puanların yüksek olması ise kötü yönetimi/zaman yönetimindeki eksikliği göstermektedir.

5.4.4. Metabolik Kontrol Formu (EK 8)

Metabolik Kontrol Formu (EK 8); son 24 saatte bakılan kan glukozu (açlık ve tokluk kan glukozu) ve en son ölçülen HbA_{1c} değeri ile kronik komplikasyonların (böbrek, kalp ve dolaşım, sinir hasarı, göz, ayak yarası ve amputasyon problemleri) varlığını içeren bir formdur.

Çalışmada HbA_{1c} değeri; % 6.5-7.1 iyi kontrol, % 7.2-8.4 orta kontrol, % 8.5-9.4 kötü kontrol ve % 9.5 ve üzeri ise çok kötü kontrol olarak dört bölümde değerlendirilmiştir. Çalışmada HbA_{1c} değerinin % 6.5-7.1 olmasının iyi kontrol olarak değerlendirilmesinde; HbA_{1c}'nin alt sınır değeri olan % 6.5, tip 1 diyabette ideal değer olarak ve mikrovasküler komplikasyonların başlama değeri kabul edildiği için, HbA_{1c}'nin üst sınır değeri olan % 7.1 ise, uzun süreli olarak bu değerin < % 7.1 olması sonucu mikroanjiopatik komplikasyonlar retinopati, nöropati ve nefropati % 50-70 oranında azaldığı için alınmıştır (4, 352).

Tip 1 diyabetli bireylerde ortalama HbA_{1c} değerinin % 7.2 oranında sürdürülmesiyle uzun dönemli komplikasyon riskinin azaldığı DCCT tarafından gösterilmiş (410) ve HbA_{1c}'nin % 7.2 olması uygun değer olarak bildirilmiştir (411).

Çalışmada kan glukozu değerlendirmelerinde; açlık kan glukozu değeri 80-110 mg/dl olan değerler normal kontrol, 79 mg/dl ve altındaki değerler ile 111 mg/dl ve üzerindeki değerler ise kötü kontrol olarak, tokluk kan glukozu değeri 90-140 mg/dl olan değerler normal kontrol, 89 mg/dl ve altındaki değerler ile 141 mg/dl ve üzerindeki değerler ise kötü kontrol olarak iki bölümde sınıflandırılmıştır (166).

Metabolik Kontrol Formu (EK 8)'nda açlık ve tokluk kan glukozu değerleri adolesanların yanlarında getirdiği kan glukozu izlem profilinden, HbA_{1c} değeri hasta dosyalarından ve adolesanların yanlarında getirdikleri laboratuvar sonuçlarından, kronik komplikasyonlarla ilgili veri ise hasta dosyalarından elde edilmiştir.

5.4.5. Günlük Kayıt Formu (EK 9)

Günlük Kayıt Formu (EK 9); adolesanların zaman yönetimi becerilerini günlük olarak değerlendirmek amacıyla iki bölümden oluşan, genel zaman yönetimi ve diyabete yönelik zaman yönetiminin değerlendirilmesine yönelik veriyi kaydetmelerini sağlayan, gün içinde ne yaptıklarını gösteren üç günlük izlemi içeren bir formdur.

Formun ilk bölümü genel zaman yönetimini değerlendirmek amacıyla adolesanın sağlık sorunu/duygusal sorun, uyanma ve uyku saatleri, okula ve işe gidiş /dönüş saatleri ile bilgisayar/ televizyon ve ders çalışma saatlerini içermektedir.

Formun ikinci bölümü adolesanın diyabetiyle ilgili zaman yönetimi becerilerini değerlendirmek amacıyla kan (glukoz, keton, kolesterol, trigliserid, diğer ölçümler) ve idrar (glukoz, mikroalbumin, keton) ölçümleri ile insülin tedavisi, beslenme ve egzersizini; saat, bakılan/yapılan/yenilen yer, ölçüm sonuçları, bakılan durum, yapılan insülinin adı, yapılma ve değiştirilme dozu, yenilen / içilen besinler ve ölçüsü, yapılan egzersiz ve süresi, bununla birlikte kan glukozu ölçümünü yapmama/ çok sayıda yapma, insülinin dozunu değiştirme, beslenme planına uygun olmayan besinler yeme, egzersiz yapmama, hipoglisemi/hiperglisemi/ketoasidoz yaşama nedenleri ve bu durumda yapılan uygulamaları içermektedir.

Çalışmada Günlük Kayıt Formu;

- Zaman yönetimi sürecinde, zamanın nereye ve nasıl harcandığını somut bir şekilde göstererek zamanın en iyi şekilde yönetilebilmesini sağlayan zaman kullanım analizi aşamasında; zaman çizelgesinin üç gün (125), bir hafta (178, 336), iki hafta veya bir ay süreyle her gün (6, 30, 324) uygulanabileceği,
- Diyabette kendi kendine bakım davranışlarının değerlendirilmesinde 24 saat, 3-7 gün süreyle telefon görüşmeleri ve günlük kayıt yönteminin uygulanabileceği (169),
- Diyabete uyumla ilgili literatürde hasta uyumunun değerlendirilmesinde üç günlük besin alımını değerlendirilmesinin de olması (169, 242, 338),
- Beslenme ile ilgili literatürde sık kullanılan beslenme değerlendirme yöntemleri içinde yenilenlerin kaydedilmesi (besin günlüğü) yönteminin altın standart olduğu, belli bir sürede genellikle de ardışık 3 gün uygulanması gerektiği ve güvenilirliğin 4 günün üzerindeki kayıtlarda azalması (www.halksagligi.med.ege.edu.tr, Erişim tarihi: 5 Ocak 2006),
- Adolesanların uzun süreli kayıt formunu doldurmayı istemeyebileceği, sıkılabileceği

nedenleriyle üç günlük olarak planlanmıştır.

Çalışmada diyabetli adolesanların zaman yönetimi becerilerinin günlük kayıt formlarıyla da değerlendirilmesi literatür bilgisine dayanılarak yapılmıştır (18, 151, 166, 171, 175, 194) (EK 9A).

Günlük Kayıt Formu değerlendirilmesinde;

- Kan glukozu ölçümünün değerlendirilmesinde; kan glukozu ölçümünü yapma, kan glukozu ölçüm sonucunu yorumlama ve gerekli durumlarda kan glukozu ölçümünü yapma,
- İnsülin tedavisinin değerlendirilmesinde; insülin yapma/dozu ayarlama, insülin tedavisini uygun zamanda yapma ve gerekli durumlarda doz değişikliği yapma,
- Beslenmenin değerlendirilmesinde; öğün sayısı, öğünlerde zamanlama, gerekli durumlarda uygun besini tüketebilme/kısıtlama, besin gruplarının dağılımı, besin gruplarına göre alınan porsiyon miktarları ve sağlıklı besin seçimi,
- Fiziksel egzersizin/aktivitenin değerlendirilmesinde; egzersizi/aktiviteyi yapma, uygun zamanda yapma ve uygun sürede yapma

kriter olarak belirlenmiştir.

Toplam değerlendirmede; beslenmenin değerlendirilmesinde doğru iki kriterin uygun olması "1 uygun değil", doğru dört kriterin olması "2 kısmen uygun", 6 kriterin de doğru olması ise "3 uygun" olarak; insülin tedavisi, kan glukozu ölçümü ve egzersiz/aktivitenin değerlendirilmesinde ise doğru bir kriterin olması "1 uygun değil", doğru iki kriterin olması "2 kısmen uygun", üç kriterin de doğru olması ise "3 uygun" olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca herhangi bir boyutta hiç bir uygulama yapmayanlar (kan glukozu ölçümünü hiç yapmama, egzersiz hiç yapmama gibi) ise "0" olarak değerlendirilmiştir. Günlük kayıt formunun değerlendirilmesinde her bölüm için üç günlük toplam puan 0-9 arasında değişmektedir.

5.5. Diyabet Zaman Yönetimi Anketi (DZYA) ile Diyabete Uyumda Alışkanlıklar, Davranışlar ve Bilgi Anketi (DUADBA)'nin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışmaları

Tez çalışmasında adolesanlara Diyabet Zaman Yönetimi Anketi (DZYA) ile Diyabete Uyumda Alışkanlıklar, Davranışlar ve Bilgi Anketi (DUADBA) uygulanmadan önce literatürde belirtildiği gibi anketlerin geçerlilik ve güvenirlilik çalışmaları yapılmıştır (11, 75, 127, 365). Bu amaçla öncelikle Diyabet Zaman Yönetimi Anketi (DZYA)'nin geliştirilmesi çalışmasında ilk araştırmacı olan Celeste T. Gafarian ile iletişim kurulmaya çalışılmış ancak araştırmacıya ulaşılamadığından ikinci araştırmacı Elaine M. Heiby ile yazılı görüşme ile iletişim kurularak ülkemizde anketlerin kullanım izni alınmış (EK 1) ve anketlerin orijinal şekli elde edilmiştir (EK 6, EK 7).

5.5.1. Diyabet Zaman Yönetimi Anketi (DZYA) ile Diyabete Uyumda Alışkanlıklar, Davranışlar ve Bilgi Anketi (DUADBA)'nin geçerliliği

Anketlerin Türkçe formunun geçerliliğini sağlamak amacıyla dil geçerliliği, kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği çalışmaları yapılmıştır.

5.5.1.1. Dil geçerliliği

Dil geçerliliği için anketler; bir çevirmen ve iki Aile Hekimliği Uzmanı tarafından birbirlerinden bağımsız olarak İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Kapsam geçerliliği tamamlandıktan sonra her iki dili de iyi bilen iki aile hekimliği uzmanı tarafından Türkçe'den tekrar İngilizce'ye çevrilerek aslına uygun olma ifadeler yönünden İngilizce orijinali ile karşılaştırılmıştır (EK 10).

5.5.1.2. Kapsam geçerliliği

Kapsam geçerliliği aşamasında Türkçe'ye çevrilen anketlerin anlaşılması yönünden değerlendirilmesi amacıyla konu ile ilgili 20 uzman görüşüne sunulmuştur (EK 10A). Ayrıca uzman görüşleri alınıp değerlendirildikten sonra Türkçe yönünden bir Türk Dili uzmanının (EK 10) da görüşleri alınarak gerekli düzeltmeler yapılmış ve anketlerin kapsam geçerliliği tamamlanmıştır.

5.5.1.3. Görünüm geçerliliği

Görünüm geçerliliği aşamasında anketler diğer veri toplama araçları ile birlikte 15 adolesana ön uygulama yapılarak gerekli düzeltmeleri yapılmıştır.

5.5.1.4. Yapı geçerliliği

Yapı geçerliliği için anketler ve anket alt bölümleri arasındaki ilişkiye bakılmıştır ve sonuçlar Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. Anketler ve Anket Alt Bölümleri Arasındaki İlişki

Anket	DZYA toplam puan		DUADBA toplam puan		DUADBA uyum puanı		DUADBA uyum madde 1		DUADBA uyum madde 2		DUADBA uyum madde 3		DUADBA uyum madde 4		DUADBA uyum madde 5		DUADBA uyum madde 6		DUADBA uyum madde 7		DUADBA uyum madde 8		DUADBA zaman yönetimi puanı		HbA1c değeri	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
DZYA toplam puan	1		-0.189	0.119	-0.195	0.108	-0.269	0.025*	-0.481	0.000---	0.143	0.242	0.371	0.002**	-0.275	0.022*	-0.005	0.969	0.109	0.372	0.269	0.026*	0.286	0.017*	0.267	0.026*
DUADBA toplam puan		1			0.667	0.000---	0.233	0.054	0.445	0.000---	0.241	0.046*	0.045	0.715	0.369	0.002**	0.324	0.007**	0.132	0.280	0.207	0.088	-0.174	0.153	0.109	0.374
DUADBA uyum puan			1				0.469	0.000---	0.595	0.000---	0.053	0.663	0.156	0.201	0.621	0.000---	0.681	0.000---	0.119	0.329	0.086	0.482	-0.295	0.014*	0.119	0.331
Uyum madde 1						1			0.405	0.001**	-0.009	0.945	-0.227	0.061	0.110	0.369	0.321	0.007**	-0.105	0.391	-0.365	0.002**	-0.201	0.097	-0.095	0.437
Uyum madde 2							1				-0.048	0.694	-0.115	0.345	0.417	0.000---	0.225	0.063	-0.144	0.238	-0.346	0.004**	-0.394	0.001**	-0.003	0.982
Uyum madde 3								1					0.187	0.124	-0.167	0.171	-0.058	0.636	0.043	0.727	0.022	0.855	0.007	0.955	-0.012	0.924
Uyum madde 4									1						-0.011	0.927	0.095	0.439	0.025	0.840	0.207	0.088	0.158	0.195	0.169	0.164
Uyum madde 5										1							0.193	0.113	-0.201	0.097	0.037	0.761	-0.174	0.152	-0.150	0.218
Uyum madde 6											1								0.064	0.599	-0.067	0.585	-0.179	0.141	0.090	0.464
Uyum madde 7												1									1		-0.054	0.661	0.023	0.850
Uyum madde 8													1										1		0.104	0.395
DUADBA zaman yönetimi puanı																								1		0.028
HbA1c değeri																									1	0.822

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

DZYA toplam puanı ile DUADBA toplam ve uyum puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bununla birlikte DZYA toplam puanı ile DUADBA alt boyut maddelerinden DUADBA uyum madde 1 arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), DUADBA uyum madde 2 arasında negatif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p<0.001$), DUADBA uyum madde 4 arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p<0.01$), DUADBA uyum madde 5 arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), DUADBA uyum madde 8 arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki görülmektedir ($p<0.05$). DZYA toplam puanı ile DUADBA zaman yönetimi toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). DZYA toplam puanı ile HbA_{1c} değeri arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

DUADBA toplam puanı ile DUADBA uyum madde 1, uyum madde 4, uyum madde 7, uyum madde 8, DUADBA zaman yönetimi puanı ve HbA_{1c} değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki görülmemektedir ($p>0.05$). DUADBA toplam puanı ile DUADBA uyum puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p<0.001$), DUADBA uyum madde 2 arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p<0.001$), DUADBA uyum madde 3 arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), DUADBA uyum madde 5 ve uyum madde 6 ile arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$).

DUADBA uyum puanı ile DUADBA uyum madde 3, uyum madde 4, uyum madde 7, uyum madde 8 ve HbA_{1c} değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki görülmemektedir ($p>0.05$). DUADBA uyum puanı ile DUADBA uyum madde 1, uyum madde 2, uyum madde 5 ve uyum madde 6 arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p<0.001$), DUADBA zaman yönetimi puanı arasında ise negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

DUADBA uyum maddelerinden DUADBA uyum madde 1 ile uyum madde 2, uyum madde 6 arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı

($p<0.01$) ve uyum madde 8 arasında negatif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p<0.01$), uyum madde 2 ile uyum madde 5 arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p<0.001$), uyum madde 2 ile uyum madde 8 ve zaman yönetimi puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p<0.01$), uyum madde 7 ile HbA_{1c} değeri arasında ise pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$).

Anketler arasındaki ilişki değerlendirildiğinde;

- DZYA toplam puan ile DUADBA toplam puanı, DUADBA uyum puanı, DUADBA uyum madde 1, 2, 3, 5, 6, 7 arasında negatif yönde, DUADBA uyum madde 4, 8, zaman yönetimi toplam puanı, HbA_{1c} değeri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki,
- DUADBA toplam puan ile DUADBA uyum puanı, DUADBA uyum madde 1, 2, 3, 5, 6, 7 arasında pozitif yönde, DUADBA zaman yönetimi toplam puanı, HbA_{1c} değeri arasında negatif yönde anlamlı ilişki,
- DUADBA uyum puanı ile DUADBA uyum madde 1, 2, 3, 5, 6, 7 arasında pozitif yönde, DUADBA uyum madde 4, 8, DUADBA zaman yönetimi toplam puanı, HbA_{1c} değeri arasında negatif yönde anlamlı ilişki,
- DUADBA uyum madde 4 ile 8 arasında, DUADBA uyum madde 4, 8 ve zaman yönetimi toplam puanı arasında, 4, 8, zaman yönetimi toplam puanı ile HbA_{1c} değeri arasında, DUADBA uyum madde 1, 2, 3, 5, 6 ve 7 birbirleriyle arasında pozitif yönde, 4 ve 8. maddeler ile diğer maddeler arasında, 1,2,3,5,6,7 ve HbA_{1c} değeri arasında negatif yönde anlamlı ilişki

bulunması beklenmelidir.

Elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde DZYA toplam puanının DUADBA uyum madde 1, 2, 5 ile negatif, DUADBA uyum madde 4, 8, zaman yönetimi toplam puanı, HbA_{1c} değeri ile pozitif, DUADBA toplam puanının DUADBA uyum puanı, uyum madde 2, 3, 5, 6 ile pozitif, DUADBA uyum puanının uyum madde 1, 2, 5, 6 ile pozitif, uyum madde 8 ile negatif, DUADBA uyum madde 1 ile 2, 6 arasında pozitif, 8 ile negatif, DUADBA uyum madde 2 ile 5 arasında pozitif, 8 ve zaman yönetimi puanı ile negatif, DUADBA uyum madde 7 ile HbA_{1c} değeri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Sonuçların DUADBA uyum madde 7 ile

HbA_{1c} değeri arasında pozitif ilişkinin çıkması dışında beklenen ilişkiler doğrultusunda olduğu belirlenmiştir.

Gafarian ve ark. (141) DZYA'ni geliştirmek amacıyla yaptıkları çalışmada DZYA toplam ve DUADBA uyum puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamakla birlikte DZYA toplam ile DUADBA uyum madde 1 ve uyum madde 2 arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptamışlardır ($p<0.05$). Ayrıca DZYA toplam puan ile DUADBA zaman yönetimi puanı arasında da pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı ilişki bulmuşlardır ($p<0.001$). Çalışma sonuçları Gafarian ve ark. (141)'nin çalışma sonuçları ile; DZYA toplam ve DUADBA uyum puanı arasında anlamlı ilişki bulunmaması, DZYA toplam ile DUADBA uyum madde 1, uyum madde 2 ve DUADBA zaman yönetimi toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunması ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca çalışma sonuçlarında DZYA toplam puanının DUADBA uyum madde 4, uyum madde 8 ve HbA_{1c} değeri ile arasında da anlamlı ilişki göstermesi DZYA'nin geçerliliğini olumlu yönde etkilemektedir.

5.5.2. Diyabet Zaman Yönetimi Anketi (DZYA) ile Diyabete Uyumda Alışkanlıklar, Davranışlar ve Bilgi Anketi (DUADBA)' nin güvenilirliği

DZYA, DUADBA ve DUADBA'nin alt bölümlerinin güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla iç tutarlılık göstergesi olan Cronbach's alpha katsayısı ve test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır.

5.5.2.1. İç tutarlılık

İç tutarlılığı ölçmek amacıyla 15 adolesana ön uygulama yapılarak Cronbach's alpha katsayısına bakılmıştır ve Cronbach's alpha katsayısı DZYA'nde 0.78, DUADBA'nde 0.58, alt bölümlerinde ise DUADBA uyum toplamda 0.60, DUADBA uyum göstergesinde 0.58, DUADBA zaman yönetiminde 0.56 olarak bulunmuştur. DZYA geçerliliği ve güvenilirliği yüksek, DUADBA ise orta derecede geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak belirlenmiştir, DUADBA'nın orta derecede bulunmasının nedeni vaka sayısının ve anketteki madde sayısının azlığına bağlanabilir. Bununla birlikte son yıllarda araştırmacılar güvenilirlik katsayısının test ve ölçeğin niteliğine göre değişebileceğini belirtmektedir (75). Ruhbilimsel testlerde genellikle 0.30 ve 0.40 arasında bulunan geçerlilik katsayıları yüksek sayılmaktadır

ve istatistiksel olarak anlamlı bulunma olasılıkları çok düşük bulunmaktadır (11). Bu anlamda DUADBA'nın Cronbach's alpha katsayısını yüksek olarak değerlendirmek mümkün olabilmektedir.

Çalışma sonuçları Türkçe DZYA ve DUADBA'nın diyabetli çocuk - yetişkin bireylerin zaman yönetimlerinin ve diyabete uyumlarının değerlendirilmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir anket olduğunu göstermektedir.

Çalışmanın tamamlanmasıyla 69 adolesanın veri değerlendirilmesinden elde edilen Cronbach's alpha katsayıları Tablo 13'de sunulmuştur.

Tablo 13. Anketler ve Anket Alt Bölümlerinin Cronbach's Alpha Katsayıları

Anket	Cronbach's Alpha Katsayısı (Alt-Üst Sınır) (n=69)
DZYA toplam	0.78 (0.76-0.79)
DUADBA toplam	0.59 (0.52-0.65)
DUADBA uyum toplam	0.58 (0.55-0.61)
DUADBA uyum alt maddeleri	
1. Beslenme planına uyabilme	0.58
2. Düzenli olarak egzersiz yapma	0.55
3. Doktora danışmadan insülin ünitesinde değişiklik yapma	0.59
4. İnsülini yapmayı unutma	0.60
5. Ev dışındaki yerlerde (işyeri veya okul gibi) kan şekeri ölçümünü yapma	0.58
6. Ayakları kontrol etme	0.59
7. Diyabet doktoruna gitme	0.60
8. Diyabet test sonuçları iyi çıkmayacağı için doktora gitmekten kaçınma	0.61
DUADBA diyabet uyumu göstergesi toplam	0.53 (0.53-0.65)
DUADBA zaman yönetimi toplam	0.55 (0.56-0.59)
DUADBA zaman yönetimi alt maddeleri	
23. Günlük programı uygulayabilme	0.57
24. Yapılması gereken işleri önem sırasına koyma	0.56
25. Boş zamanda aktif olma	0.59

DZYA'nın Cronbach's alpha katsayısı 0.76 ve 0.79 alt ve üst sınırları arasında ve toplam için 0.78 olarak bulunmuştur. Gafarian ve ark (141)'nin yaptıkları çalışmada ise Cronbach's alpha katsayısı 0.82'dir.

DUADBA'nin toplam Cronbach's alpha katsayısı 0.59, alt bölümlerinde ise DUADBA uyum toplam için 0.55-0.61 alt ve üst sınırları arasında değişen değerlerde 0.58 olarak, DUADBA uyum göstergesi toplam için 0.53-0.65 arasında değişen değerlerde 0.53 olarak, DUADBA zaman yönetimi toplam için 0.56-0.59 alt ve üst sınırları arasında değişen değerlerde 0.55 olarak bulunmuştur. Heiby ve ark.nın (181) yaptıkları çalışmada ise Cronbach's alpha katsayısı DUADBA toplam 0.60 ve 0.98 arasında değişen değerlerde ve alt boyutları için DUADBA uyum toplamda 0.77, DUADBA uyum göstergesinde 0.60 ve 0.98 arasında, DUADBA zaman yönetimi toplamda ise 0.60 ve 0.73 arasında değişen değerlerde bulunmuştur.

Çalışma sonuçları DZYA için Gafarian ve ark.nın (141) yaptıkları çalışma ile benzerlik göstermektedir. DUADBA için ise daha düşük güvenirlilik katsayısı bulunmuştur. Çalışmada olguların hepsinin adolesan, bunun yanısıra örneklem sayısının az olmasına, Heiby ve ark.nın (181) yaptıkları çalışmada çalışmaya katılan bireylerin (n=105) büyük bir kısmının yetişkin (17-81 yaş arası, ortalama 56.0 ± 13.5 yaş) ve tip 2 diyabetli birey (n=87) olmasına bağlanabilir.

5.5.2.2. Test-tekrar test güvenirliliği

Test-tekrar test güvenirliliği DZYA ve DUADBA'nin güvenirlilik çalışmaları aşamasında daha önce ön uygulama yapılarak Cronbach's alpha katsayısı bakılan 15 adolesana uygulanmıştır. Adolesanlara anketlerin tekrar uygulanabilmesi için telefonla iletişim kurularak gerekli açıklamalar yapılmış ve adolesanların poliklinik gününde yeniden DZYA ve DUADBA'ni doldurmaları sağlanmıştır. İki anketin ikinci kez adolesanlara uygulanmasında birinci ve ikinci uygulama arasındaki süre orijinal anketlerin uygulanmasındaki süreye dikkat edilerek belirlenmiştir ve iki anket 28 gün ara ile uygulanmıştır.

Test-tekrar test güvenirliliği için adolesanlara birinci ve ikinci uygulama sonrası DZYA, DUADBA ve DUADBA'nin alt bölümleri arasındaki ilişkiye ve ikinci uygulama sonrası anketlerin Cronbach's alpha katsayılarına bakılmıştır.

Tablo 14. Test-tekrar Test ile Anketler ve Anket Alt Bölümleri Arasındaki İlişki

Anket	Test – tekrar test (n=15)	
	r	p
DZYA toplam puan	0.940	0.000***
DUADBA toplam puan	0.780	0.001**
DUADBA uyum puanı	0.683	0.005**
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	0.673	0.006**
DUADBA zaman yönetimi puanı	0.520	0.048*

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

Test-tekrar test ile anketlerin puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında DZYA toplam puanları arasında ($p<0.001$), DUADBA toplam puan ve DUADBA alt bölüm puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$, $p<0.05$). Gafarian ve ark (141)'nın yaptıkları çalışmada ise DZYA puanlarının test-tekrar test güvenirliliği 0.81 ve ileri derecede anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0.001$).

Anketlerin ikinci uygulama sonrası Cronbach's alpha katsayısı DZYA için 0.82, DUADBA için ise 0.51 olarak bulunmuştur. Gafarian ve ark (141)'nın yaptıkları çalışmada ise Cronbach's alpha katsayısı DZYA için 0.28 ve 0.84 arasında değişmektedir.

5.6. Veri Toplama Yöntemi

Veri, klinik ortamda vaka seçimi kriterlerine uygun adolesanlarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Büyüme – Gelişme ve Pediatrik Endokrinoloji Ünitesi Diyabet Adolesan Obezite Polikliniği her hafta salı günü sabah saat 08.00'de poliklinik kontrollerin başlamasıyla boy, kilo ölçümü ve HbA_{1c} ölçümü için kan verme işlemi sonrası bekleme salonunda örneklem seçim kriterlerine uygun adolesanlara araştırmanın amacı ve her türlü bilginin gizli kalacağı konusunda açıklama yapıldıktan sonra katılmaya istekli adolesanlara Adolesan Bilgilendirme Formu (EK 3) ve Adolesan Onam Formu (EK 4) imzalatılarak Diyabetli Adolesanı Tanılama

Formu (EK 5), Diyabet Zaman Yönetimi Anketi (EK 6A), Diyabete Uyumda Alışkanlıklar, Davranışlar ve Bilgi Anketi (EK 7A) ve Metabolik Kontrol Formu (EK 8)'nu 35-40 dakikalık bir süre içinde doldurmaları sağlanmıştır. Günlük Kayıt Formu (EK 9) ile ilgili bilgi ise adolesana DZYA ve DUADBA'ne verilen yanıtları etkilememesi ve yönlendirmemek amacıyla en son olarak açıklanmıştır. Günlük Kayıt Formu (EK 9) diyabet kontrolü bittikten sonra evde uygulanması istenilen ve 5-15 dakikalık bir süre içinde kaydedilebilen bir formdur. Adolesana formun amacı ve nasıl kaydedileceği açıklanmış, açıklamaların yeterli bir şekilde anlaşılıp anlaşılmadığı örnek gösterme, gerektiğinde tekrar etme ve geribildirim yoluyla kontrol edilmiştir. Adolesanlardan Günlük Kayıt Formu'nu poliklinik kontrolünün ertesi günleri olan Çarşamba, Perşembe ve Cuma günü için günlük olarak ve faaliyetlerin yapıldığı anda doldurmaları istenmiştir. Günlük Kayıt Formunun doldurulması sırasında adolesanın yardıma ihtiyaç duyması, formu doldurduktan sonra geri gönderilebilmesi ve gerektiğinde iletişim kurabilmesi için araştırmacının iletişim adresi ve telefon numaralarına formda yer verilmiş, kontrol gününde adolesanın iletişim adresi ve telefon numaraları alınmış ve formda da bu bilgiye yer verilerek gerekli durumlarda adolesanla telefon yoluyla iletişim sağlanmıştır. Günlük Kayıt Formunun doldurulması bittikten sonra adolesana en uygun yöntemle (geri gönderme şekli araştırmacı tarafından sağlanarak posta yolu veya bir sonraki hafta poliklinik kontrolüne getirme şeklinde) Günlük Kayıt Formunun geri iletisi sağlanmıştır.

5.7. Veri Analizi

Çalışma verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 13 ile değerlendirilmiştir (SPSS 2004) (357). Veri değerlendirmelerinde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları; Cronbach's alpha katsayısı ve anket puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi Pearson Korelasyon analizi ile, tanımlayıcı özellikler ve parametre karşılaştırmaları ise tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (frekans dağılımları, ortalama, medyan, standart sapma), normal dağılım gösteren parametrelerde tek yönlü varyans analizi, normal dağılım göstermeyen parametrelerde Kruskal Wallis testi ile yapılmıştır. Ayrıca çalışmada frekans değerlendirmeleri ve karşılaştırmalar yapılırken adolesanların yaş aralığı literatür

doğrultusunda erken, orta ve geç adolesan dönem şeklinde 13-14, 15-17, 18-19 yaş olarak gruplandırılmıştır (423).

5.8. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Örneklem sayısı 170 olmasına karşın 50 adolesanın kontrollerine gelmemesi, 51 adolesan ise çeşitli nedenlerle (yeni tanı, mental gerilik, işitme sorunu, başka bir kronik hastalık varlığı, polikliniğe ilk geliş, kontrole gelmeme) çalışma dışı kalmıştır.

Çalışmada diyabetli adolesanların Günlük Kayıt Formları Diyabet Zaman Yönetimi Anketi sonuçları ile karşılaştırılarak da değerlendirilmek istenmiş ancak toplam 15 adolesanın günlük kayıt formundaki diyabetle ilgili zaman yönetimi bölümünü eksik kaydetmeleri, 12 adolesanın günlük kayıt formunu iletişim kurulmasına rağmen geri iletmemesi (doldurmayı istememe, zamanının olmaması gibi) nedeniyle değerlendirme sonuçları arasında karşılıklı eşleştirme yapılamadığından değerlendirme sonuçları arasında istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Diyabet Zaman Yönetimi Anketi'nin sadece diyabetli adolesanlara uygulanabilmesi nedeniyle sağlıklı adolesanlarla karşılaştırma olanağı mümkün olamamıştır.

Diyabet Zaman Yönetimi Anketi'nin sadece 9 yaş ve üstündeki diyabetli çocuklara ve yetişkin bireylere uygulanabilmesi nedeniyle çocuk yaş gruplarının tümünde zaman yönetimi değerlendirilememiştir.

Çalışmanın süre kısıtlılığı nedeniyle zaman yönetiminde önemli bir değerlendirme kriteri olan okul başarılarıyla da zaman yönetimlerinin karşılaştırılarak değerlendirilmesi yapılamamıştır.

6. BULGULAR

Tip 1 diyabetli adolesanların zaman yönetimi becerileri ve bu becerilerin metabolik kontrol üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanan çalışma bulguları;

1. **Bölüm:** Tip 1 diyabetli adolesan ve ailesi ile ilgili sosyodemografik özellikler
 2. **Bölüm:** Tip 1 diyabetli adolesanların diyabet yaşı-sağlık sorunu / diyabete uyumu/ komplikasyonlar / metabolik kontrol sonuçları ile ilgili özellikler
 3. **Bölüm:** Zaman yönetimi ile ilgili özellikler
 4. **Bölüm:** Diyabet Zaman Yönetim Anketi ve Diyabete Uyumda Alışkanlıklar, Davranışlar ve Bilgi Anketi ile tip 1 diyabetli adolesanlarda zaman yönetiminin ve diyabete uyumun değerlendirilmesi ile ilgili özellikler ve adolesan, zaman yönetimi özellikleri ile karşılaştırılması
 5. **Bölüm:** Tip 1 diyabetli adolesanlarda zaman yönetiminin günlük kayıt formu ile değerlendirilmesi ile ilgili özellikler
- olarak beş bölüm şeklinde sunulmuştur.

6.1. 1.Bölüm: Tip 1 Diyabetli Adolesan ve Ailesi İle İlgili Sosyodemografik Özellikler

Bu bölümde tip 1 diyabetli adolesan ve ailesi ile ilgili sosyodemografik özellikler yer almaktadır.

Tablo 15. Tip 1 Diyabetli Adolesan ve Ailesi ile İlgili Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

Özellik		n	%
Yaş	13-14	21	30.4
	15-17	37	53.7
	18-19	11	15.9
Cinsiyet	Erkek	35	50.7
	Kız	34	49.3
Adolesanın Eğitim Durumu	İlköğretim	14	20.3
	Lise	41	59.4
	Üniversite	6	8.7
	Üniversiteye hazırlanma	6	8.7
	Okula gitmeme	2	2.9
Çalışma Durumu	Evet	2	2.9
	Hayır	67	97.1
Sosyal Güvence	Emekli sandığı	34	49.3
	SSK	13	18.8
	Bağ-kur	11	16.0
	Yeşil Kart	4	5.8
	Özel	3	4.3
	Sosyal güvencesi yok	4	5.8
Kardeş Sayısı	1	8	11.6
	2	27	39.1
	3	18	26.1
	4 ve üzeri	16	23.2
Adolesanın Kardeş Sıralamasındaki Yeri	Birinci çocuk	33	47.8
	İkinci çocuk	20	29.0
	Üçüncü çocuk	8	11.6
	Dördüncü çocuk	5	7.2
	Beşinci çocuk	3	4.3
Annenin Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	3	4.3
	Okur-yazar	2	2.9
	İlkokul	34	49.3
	Lise	18	26.1
Babanın Eğitim Durumu	Üniversite	12	17.4
	Okur-yazar	1	1.4
	İlkokul	19	27.6
	Lise	26	37.7
Ailede Tip 1 Diyabetli Birey	Üniversite	23	33.3
	Evet	15	21.4
	Anne	1	1.4
	Baba	1	1.4
	Bir kardeş	6	8.7
	İki kardeş	3	4.3
	Teyze	1	1.4
	Hala	1	1.4
	Amca	1	1.4
	İki dayı, bir kardeş	1	1.4
	Ailedeki Tip 1 Diyabetli Bireylerin Diyabet Yaşı/Yılı		
	0-1	2	2.9
	2-3	4	5.8
	4-5	1	1.4
	6-8	1	1.4
	9-11	2	2.9
	12-15	1	1.4
	16 ve üzeri	3	4.3
	Hayır	54	78.3
Toplam		69	100

Çalışmaya katılan 69 tip 1 diyabetli adolesan; % 53.7 (n=37)'si 15-17 grubundadır. Ortalama yaş 15.52 ± 1.81 'dir. Olguların % 50.7 (n=35)'si erkek, % 49.3 (n=34)'ü kızdır. Adolesanların % 59.4 (n=41)'ünün liseye devam ettikleri, % 2.9 (n=2)'ünün okula gitmediği ve olgulardan birisinin diyabet değerinin ise kendi isteği ile okula gitmediği belirlenmiştir. Olguların % 2.9 (n=2)'u (biri tekstil, diğeri stand hostesliği işinde çalışmakta ve 1 adolesan ilköğretimden mezun, diğeri ise üniversiteye devam etmektedir) çalışmaktadır. Adolesanların % 49.3 (n=34)'ünün emekli sandığına bağlıdır, % 5.8 (n=4)'inin ise sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Olguların % 39.1 (n=27)'i 2 kardeştir ve adolesanların % 47.8 (n=33)'i kardeş sıralamasında birinci çocuk olarak yer almaktadır. Annelerin % 49.3 (n=34)'ü ilköğretim, babaların ise % 37.7 (n=26)'si lise mezunudur. Adolesanların % 21.4 (n=15)'ünün ailesinde tip 1 diyabet bulunmaktadır. Tip 1 diyabetin % 8.7 (n=6)'sinin bir kardeşte, % 4.3 (n=3)'ünün iki kardeşte, % 1.4 (n=1)'ünün ise anne, baba, teyze, hala, amca ve iki dayı-bir kardeşte ise eşit olarak dağılım göstermektedir. Ailedeki tip 1 diyabetli bireylerin diyabet yaşı ortalaması 8.88 ± 9.11 'dir ve % 5.8 (n=4)'ünün 2-3 yıl arasında diyabetinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 15).

6.2.2.Bölüm: Tip 1 Diyabetli Adolesanların Diyabet Yaşı-Sağlık Sorunu/ Diyabete Uyumu/ Komplikasyonlar/ Metabolik Kontrol Sonuçları ile İlgili Özellikler

Bu bölümde tip 1 diyabetli adolesanların diyabet yaşı-sağlık sorunu / diyabete uyumu/ komplikasyonlar/ metabolik kontrol sonuçları ile ilgili özellikler sunulmuştur.

6.2.1. Tip 1 diyabetli adolesanların diyabet yaşı ve sağlık sorunu ile ilgili özellikler

Tip 1 diyabetli adolesanların diyabeti ve sağlık sorunu ile ilgili özellikler Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Tip 1 Diyabetli Adölesanların Diyabet Yaşı ve Sağlık Sorunu ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Özellik		n	%
Diyabet Yaşı	Yıl		
	0-1	6	8.7
	2-3	12	17.4
	4-5	12	17.4
	6-8	16	23.2
	9-11	16	23.2
	12-15	7	10.1
Sağlık Sorunu	Var	27	39.1
	Tanı aşamasında olan hastalıklar	1	1.4
	Diyabetle birlikte görülebilen hastalıklar/otoimmün bozukluklar	10	14.5
	Diyabetle birlikte görülebilen hastalıklar/otoimmün bozukluklar, Diyabetle ilişkili olmayan hastalıklar	4	5.8
	Diyabetle ilişkili olmayan hastalıklar	12	17.4
	Yok	42	60.9
Toplam		69	100

Adölesanların diyabet yaşının; % 23.2 (n=16)'sinde 6-8 ve 9-11 yıl arasında olduğu görölmektedir. Diyabet yaşı ortalaması ise 6.51 ± 3.65 'dir. Sağlık sorunları incelendiğinde, olguların % 39.1 (n=27)'inin sağlık sorunlarının olduğu saptanmıştır. Sağlık sorunlarının % 17.4 (n=12)'ünü diyabetle ilişkili olmayan hastalıklar (sinüzit, kolesterol yüksekliği, demir eksikliği anemisi, ritm bozukluğu, hipertrikoz, genetik boy kısalığı, obezite, görme kusuru, nasır, minimal aort yetmezliği, kifoz), % 14.5 (n=10)'ini ise diyabetle birlikte görülebilen hastalıklar/otoimmun bozukluklar (hashimoto tiroiditi) oluşturmaktadır. (Tablo 16).

6.2.2. Tip 1 diyabetli adölesanların diyabete uyumu ile ilgili özellikler

Tip 1 diyabetli adölesanların diyabete uyumu ile ilgili özellikler; insülin tedavisi, kendi kendine izlem, beslenme, egzersiz, ev dışındaki yerlere giderken adölesanların yanlarına aldıkları malzemeler, alışkanlıklar, adölesanın diyabetinin sosyal çevre tarafından bilinme durumu, diyabet yönetiminde sosyal destek alma durumu, diyabet yönetiminde sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumu, son bir yılda kontrole gelme, diyabet nedeniyle hastaneye yatma, okula devamsızlık yapma durumu, son bir haftada adölesanın ailesiyle/ arkadaşlarıyla ilişkilerini bozan sorunlar, diyabetin kontrol altına alınamadığı durumlarda yol açabileceği sonuçları bilme durumu, adölesanın diyabeti algılaması ile ilgili özellikler olarak onüç bölümde incelenmiş ve Tablo 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29'da verilmiştir.

6.2.2.1. İnsülin tedavisi ile ilgili özellikler

Adolesanlarda insülin tedavisi ile ilgili özelliklerin dağılımı incelendiğinde adolesanların % 40.6 (n=28)'sı Humalog+Lantus, % 39.1 (n=27)'i Novorapid+Lantus uygulamaktadır. Günde 4 kez insülin enjeksiyonu yapan adolesanların oranı % 98.6 (n=68)'dir. Adolesanların % 23.2 (n=16)'sinin insülin tedavisinde son üç ayda hekim tarafından değişim yapılmıştır. Yapılan değişimin % 17.5 (n=12)'i insülinin dozu ile ilgilidir. Olguların % 56.5 (n=39)'inin son bir haftada hekim/hemşireye danışmadan insülinin dozunda değişim yaptığı ve % 21.7 (n=15)'sinin hiperglisemi, % 11.7 (n=8)'sinin hipoglisemi, hiperglisemi nedeniyle değişim yaptığı saptanmıştır. İnsülinin ücretle alınması durumunda ekonomik sorun oluşturma durumunun % 7.2 (n=5) olduğu görülmektedir. Adolesanların % 95.7 (n=66)'sinin insülin uygularken kullandıkları cihaz insülin kalemidir. İnsülinin saklanma yeri incelendiğinde; günlük kullanılan insülinin % 39.1 (n=27)'i buzdolabı kapağında, % 11.6 (n=8)'sı buzdolabı rafında, % 18.8 (n=13)'i adolesanın çantasında/yanında, % 29.0 (n=20)'u oda sıcaklığında ; yedek insülinlerin % 63.8 (n=44)'i buzdolabı kapağında, % 34.8 (n=24)'i buzdolabı rafında saklanmaktadır (Tablo 17).

Tablo 17. İnsülin Tedavisi ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Özellik	n	%
İnsülin Tedavisi		
Novorapid+Lantus	27	39.1
Humalog+Lantus	28	40.6
Novorapid+İnsületard	4	5.8
Actrapid+İnsületard	5	7.3
Humalog+Humulin N	3	4.3
Humulin R+Lantus	1	1.4
Humulin R+Humulin N	1	1.4
Enjeksiyon Sayısı	Gün/kez	
2	1	1.4
4	68	98.6
Son Üç Ayda İnsülin Tedavisinde Hekimin Değişim Yapma Durumu	Yapıldı	16
	Değişim	23.2
	İnsülin adında değişim	3
	İnsülin dozunda değişim	12
	İnsülin adı ve dozunda değişim	1
	Yapılmadı	53
Son Bir Haftada Hekim/Hemşireye Danışmadan Adolesanın İnsülinin Dozunda Değişim Yapma Durumu	Değiştirdi	39
	Nedenleri	56.5
	Hiperglisemi	15
	Hipoglisemi	3
	Hipoglisemi, hiperglisemi	8
	Yeni insüline geçme	1
	Karbonhidrat sayımı	4
	Egzersiz	2
	Beslenme+egzersiz	3
	Doğum günü	3
	Değiştirmede	30
İnsülinin Ücretle Alınması Durumunda Ekonomik Sorun Oluşturma Durumu	Oluşturuyor	5
	Oluşturmuyor	54
	Yanıtız	10
İnsülin Uygularken Kullanılan Cihaz	Enjektör	3
	Kalem	66
İnsülinin Saklanma Yeri	Günlük kullanılan insülinin saklanma yeri	
	Buzdolabı kapağı	27
	Buzdolabı rafı	8
	Çantamda/yanımda	13
	Oda sıcaklığında (insülin kabı, mutfak, ecza dolabı)	20
	Oda sıcaklığı+buzdolabı kapağı	1
	Yedek insülinlerin saklanma yeri	
	Buzdolabı kapağı	44
	Buzdolabı rafı	24
	Buzdolabı kapağı+oda sıcaklığı	1
Toplam		69

6.2.2.2. Kendi kendine izlem ile ilgili özellikler

Tip 1 diyabetli adolesanlarda kendi kendine izlem ile ilgili özelliklerin dağılımı Tablo 18 ve 19’da verilmiştir.

Tablo 18. Kan Glukozu Ölçümü ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Özellik	n	%
Kan Glukozu Ölçümü		
Gün / kez		
1 / gerektiğinde daha sık	5	7.2
2 / gerektiğinde daha sık	18	26.1
3 / gerektiğinde daha sık	15	21.8
4 / gerektiğinde daha sık	13	18.9
5 / gerektiğinde daha sık	7	10.1
Hafta/ kez		
1	5	7.2
4 ve üzeri	6	8.7
Kan Glukozunu Düzenli Ölçmeme *	29	42.0
Nedenleri		
Maddi sorun	3	4.3
Kan glukozu düzenli	1	1.4
Kan glukozu düzeyini hissedebilme	4	5.8
Ölçüm yapmayı unutma	2	2.9
Ev dışında olma(okul, piknik, misafirlik gibi)	6	8.7
Ölçüm sonuçlarından korkma	1	1.4
Ağrı hissetme	1	1.4
Gerek görmeme, ölçmeyi istememe, ihmal etme	11	16.0
Kan Glukozu Ölçüm Sonuçlarını Kaydetme	46	66.7
Kaydediyor		
Gün / kez		
1	5	7.2
2	8	11.6
3	8	11.6
4 ve üzeri	12	17.4
Hafta /kez		
1	5	7.2
2	3	4.3
3 ve üzeri	5	7.2
Kaydetmiyor	23	33.3
Nedenleri		
Ölçüm cihazının hafızasında kayıtlı	5	7.2
Kan glukozu düzenli	3	4.3
Kan glukozu düzenli değil	1	1.4
Gerek görmeme, ölçmeyi istememe, ihmal etme	14	20.4
Son Bir Haftada Kan Glukozunu Ölçme	18	26.1
Ölçme/Hafta/kez		
1	2	2.9
2	5	7.2
4 ve üzeri	11	16.0
Nedenleri		
Maddi sorun	1	1.4
Ölçüm çubuğu yok	2	2.9
Ölçüm sonuçlarından korkma	4	5.8
Ölçmeyi istememe, gerek görmeme	4	5.8
Ölçmeyi/cihazı götürmeyi unutma	3	4.4
Ev dışında olma	4	5.8
Ölçme	51	73.9
Ölçüm Çubuklarının Ücretle Alınmasında Sorun Oluşturma Durumu	22	31.9
Oluşturuyor		
Nedenleri		
Maddi sorun/ Ölçüm çubuklarının yetmemesi	14	20.4
Yasal işlemlerde yaşanan sorunlar	6	8.7
Sosyal güvence kapsamından çıkma	1	1.4
Yanıtız	1	1.4
Oluşturmuyor	39	56.5
Yanıtız	8	11.6
Toplam	69	100

* Kan glukozunu günlük ölçen adolesanlarda yanıt vermişlerdir.

Adolesanların % 84.1 (n=58)'inin kan glukozunu her gün, % 26.1 (n=18)'inin ise günde 2 /gerektiğinde daha sık; % 15.9 (n=11)'unun kan glukozunu haftada ve % 8.7 (n=6)'sinin haftada 4 ve üzeri ölçtüğü saptanmıştır. Adolesanlar kan glukozunu her gün 3.09 ± 1.61 , haftada ise 3.64 ± 2.34 kez ölçmektedir. Olguların % 42.0 (n=29)'sinin düzenli ölçüm yapmadığı, ölçmemenin % 16.0 (n=11)'sında gerek görmeme, ölçmeyi istememe, ihmal etme, % 8.7 (n=6)'sinde ise ev dışında olma nedeniyle olduğu belirlenmiştir. Olguların % 66.7 (n=46)'si ölçüm sonuçlarını kaydetmekte, % 33.3 (n=23)'ü ise kaydetmemektedir. Olguların % 47.8 (n=33)'i her gün, % 18.7 (n=13)'i ise haftalık olarak ölçüm sonuçlarını kaydetmektedir. Kaydetmemenin % 20.4 (n=14)'ünün nedeni gerek görmeme, ölçmeyi istememe, ihmal etmedir. Son bir haftada adolesanların % 26.1 (n=18)'inin kan glukozunu ölçmediği gözlenmektedir. Ölçmeme nedenlerini % 5.8 (n=4)'inde ölçüm sonuçlarından korkma, % 5.8 (n=4)'inde ölçmeyi istememe, gerek görmeme, % 5.8 (n=4)'inde ev dışında olma oluşturmaktadır. Ölçüm çubuklarının ücretle alınması durumunda olguların % 31.9 (n=22)'unda sorun oluşturduğu, % 20.4 (n=14)'ünde nedenin maddi sorun/ ölçüm çubuklarının yetmemesinin olduğu görülmektedir (Tablo 18).

Adolesanların % 46.4 (n=32)'ünün kan glukozu yüksek çıktığında idrarda keton ölçümü yaptığı, % 43.5 (n=30)'inin ölçüm yapmadığı, % 21.8 (n=15)'inin gerek görmeme, ölçmeyi istememe, ihmal etme, % 13.1 (n=9)'inin kan glukozunun yüksek olmaması nedeniyle ölçüm yapmadığı belirlenmiştir. Olguların % 33.3 (n=23)'ü idrar ketonu ölçüm sonuçlarını kaydetmemektedir ve kaydetmeme nedenlerinin % 17.4 (n=12)'ünü gerek görmeme, ölçmeyi istememe, ihmal etme, % 10.2 (n=7)'sini ise idrarda ketonun çıkmaması oluşturmaktadır. Son bir haftada olguların % 59.4 (n=41)'ünün idrarında keton bakmadığı, % 26.1 (n=18)'inin ise keton saptamadığı belirlenmiştir (Tablo 19).

Tablo 19. İdrarda Keton Ölçümü ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Özellik		n	%
İdrarda Keton Ölçümü	Yapıyor/Hafta/kez	7	10.1
	Kan glukozu yüksek çıktığında yapıyor	32	46.4
	Yapmıyor	30	43.5
	Nedenleri		
	Piyasada bulamıyor	2	2.9
	Kan glukozu yüksek değil	9	13.1
	Çıkacak sonuçlardan korkma	1	1.4
	Ev dışında olma	1	1.4
	Maddi sorun	2	2.9
	Gerek görmeme, ölçmeyi istememe, ihmal etme	15	21.8
İdrar Ketonu Ölçüm Sonuçlarını Kaydetme	Kaydediyor	16	23.2
	1 kez/hafta	3	4.3
	Kan glukozu yüksek olduğunda ölçüm yaptığında	12	17.4
	Yanıtsız	1	1.4
	Kaydetmiyor	23	33.3
	Nedenleri		
	Keton çıkmıyor	7	10.2
	Kayıt yapmayı bilmeme	3	4.3
	Kayıt yapmayı unutma	1	1.4
	Gerek görmeme, ölçmeyi istememe, ihmal etme	12	17.4
Son Bir Haftada İdrarda Keton Ölçümü	Hafta/kez		
	1-3	3	4.3
	4-6	1	1.4
	7-9	-	-
	10 ve üzeri	-	-
	Hiç saptamadı	18	26.1
	Bilmiyor	6	8.7
	İdrarda keton bakmadı	41	59.4

6.2.2.3. Beslenme ile ilgili özellikler

Olguların % 20.3 (n=14)'ü son bir haftada sabah, öğle ve akşam yemeklerini yemediklerini, ve % 16.1 (n=11)'i ise yememe nedenlerini gerek görmeme, yemeyi istememe, ihmal etme olarak belirtmişlerdir. Adolesanların % 37.7 (n=26)'si gece ara öğünlerini yemediğini ifade etmişlerdir. Yememe nedenlerinin % 10.2 (n=7)'sini kan glukozunun yüksek olması ve % 10.2 (n=7)'sini kullanılan insülinin ara öğün gerektirmemesi oluşturmaktadır. Olguların % 63.9 (n=44)'u son bir haftada beslenme planına uygun olmayan besinler yediğini ve % 27.6 (n=19)'sı canı istediği, % 17.4 (n=12)'ü ise ev dışında olduğu için yediklerini belirtmişlerdir (Tablo 20).

Tablo 20. Son Bir Haftada Beslenme ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Özellik		n	%
Sabah, Öğle, Akşam	Yememe/Hafta/kez	14	20.3
Yemeklerini Yeme Durumu	1	2	2.9
	2	5	7.3
	3	4	5.8
	4	3	4.3
	Nedenleri		
	Fiziksel rahatsızlık	1	1.4
	Üzüntü yaşama	1	1.4
	Gerek görmeme, yemeyi istememe, ihmal etme	11	16.1
	Yanıtız	1	1.4
	Yedi	55	79.7
Gece Yatmadan Önce Ara	Yemedi/Hafta/kez	26	37.7
Öğünleri Yeme Durumu	1	4	5.8
	2	6	8.7
	3	5	7.3
	4 ve üzeri	10	14.5
	Yanıtız	1	1.4
	Nedenleri		
	Kan glukozu yüksek	7	10.2
	Açlık hissetmeme	3	4.3
	Fiziksel rahatsızlık	2	2.9
	Kullanılan insülinin ara öğün gerektirmemesi	7	10.2
	Unutma	3	4.3
	Gerek görmeme, yemeyi istememe, ihmal etme	4	5.8
	Yedi	43	62.3
Beslenme Planına Uygun	Yedi/Hafta/kez	44	63.9
Olmayan Besinleri Yeme	1	11	16.0
Durumu	2	12	17.4
	3	5	7.3
	4 ve üzeri	12	17.4
	Yanıtız	4	5.8
	Nedenleri		
	Hipoglisemi	5	7.3
	Canı isteme	19	27.6
	Ev dışında olma	12	17.4
	Spor yapma	2	2.9
	Partiye katılma	2	2.9
	Hatırlamıyor	1	1.4
	Yanıtız	3	4.3
	Yemedi	25	36.2
Toplam		69	100

6.2.2.4. Egzersiz ile ilgili özellikler

Olguların % 89.8 (n=62)'inin egzersiz yaptığı görülmektedir. Olguların % 33.3 (n=23)'ü son bir haftada egzersiz yapmamıştır. Egzersiz yapmamanın % 21.8 (n=15)'inin nedenini zaman bulamama oluşturmaktadır (Tablo 21).

Tablo 21. Egzersiz ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Özellik	n	%
Egzersiz Yapma Durumu*		
Yapıyor	62	89.8
Yapılan Egzersizler		
Yürüyüş	44	63.8
Koşu	21	30.4
Bisiklete binme	11	16.0
Yüzme	5	7.2
Tenis	5	7.2
Futbol	20	29.0
Basketbol	14	20.3
Voleybol	13	18.8
Diğer (Dans, jimnastik, hentbol, kickbox, çim hokeyi, vücut geliştirme gibi)	10	14.5
Yapmıyor	7	10.2
Son Bir Haftada Egzersiz Yapma Durumu		
Yapmadı/Hafta/kez	23	33.3
1	4	5.8
2	4	5.8
3	2	2.9
4 ve üzeri	13	18.8
Nedenleri		
Zaman bulamama	15	21.8
Egzersiz yapmayı istememe, ihmal etme	4	5.8
Fiziksel rahatsızlık	1	1.4
Egzersiz yapmayı sevmeme	2	2.9
Hatırlamıyor	1	1.4
Yaptı	46	66.7
Toplam	69	100

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

6.2.2.5. Ev dışındaki yerlere giderken adolesanların yanlarına aldıkları malzemeler ile ilgili özellikler

Adolesanların ev dışındaki yerlere giderken yanlarına aldığı malzemelerle ilgili özelliklerin dağılımı incelendiğinde, adolesanların tümünün yanına malzeme aldığı görülmektedir ve % 85.5 (n=59)'inin insülin kalem/ enjektör, 78.3 (n=54)'ünün basit şeker, % 69.6 (n=48)'sının glukometre, % 69.6 (n=48)'sının iğne uçları, % 60.9 (n=42)'unun ölçüm çubukları, % 55.1 (n=38)'inin otomatik lanset/parmak delici aldıkları belirlenmiştir (Tablo 22).

Tablo 22. Ev Dışındaki Yerlere Giderken Adolesanların Yanlarına Aldığı Malzemeler ile İlgili Özelliklerin Dağılımı*

Özellik	n	%
Glukometre	48	69.6
Ölçüm çubukları	42	60.9
Otomatik lanset/parmak delici	38	55.1
İnsülin kalemi/ enjektör	59	85.5
Yedek kartuşlar/ flakon	16	23.2
İğne uçları	48	69.6
Günlük kayıt defteri	5	7.2
Pamuk gibi malzemeler	29	4.0
Glukagon	2	2.9
Basit şeker (kesme şeker, meyve suyu gibi)	54	78.3
Yiyecek	27	39.1
Diğer ölçüm cihazları ve ölçüm çubukları	4	5.8
Hiç bir şey almıyor	-	-

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

6.2.2.6. Alışkanlıklar ile ilgili özellikler

Adolesanların banyo yapma sıklığı değerlendirildiğinde olguların % 76.9 (n=53)'ünün haftalık, % 23.1 (n=16)'inin ise günlük banyo yaptığı belirlenmiştir. Dişlerin fırçalanma sıklığı incelendiğinde; olguların % 90.1 (n=62)'i günlük dişlerini fırçalamakta, % 9.9 (n=7)'u ise haftalık fırçalamakta veya bazen/ hiç fırçalamamaktadır. Bazen/hiç fırçalamamanın % 4.3 (n=3)'ünde nedeninin unutma olduğu görülmektedir. Ayak bakımı sıklığına bakıldığında adolesanların % 43.5 (n=30)'inin günlük, % 27.5 (n=19)'inin haftalık ayak bakımını yaptığı belirlenmiştir. Ayak bakımını bazen yapıyorum/hiç yapmıyorum yanıtını veren adolesanların oranı % 27.6 (n=19)'dır ve % 21.8 (n=15)'si gerek görmeme, canı istememe, ihmal etme nedeniyle ayak bakımını yapmamaktadır. Adolesanların sigara içme durumları değerlendirildiğinde % 92.8 (n=64)'inin sigara içmediği görülmektedir. Alkol kullanma durumları incelendiğinde ise % 91.3 (n=63)'ünün alkol kullanmadığı gözlenmektedir (Tablo 23).

Tablo 23. Alışkanlıklar ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Özellik		n	%
Banyo Yapma	Gün/kez	16	23.1
	Hafta/kez	53	76.9
	1	1	1.4
	2	20	29.0
	3	17	24.7
	4 ve üzeri	15	21.8
Dişlerini Fırçalama	Sıklık/Gün/kez		
	1	12	17.6
	2	35	50.9
	3	11	15.9
	4 ve üzeri	4	5.7
	Hafta/kez		
	1	1	1.4
	3	1	1.4
	5	1	1.4
	Bazen fırçalıyor	3	4.3
	Hiç fırçalamıyor	1	1.4
	Nedenleri		
	Unutma	3	4.3
	İhmal etme	1	1.4
Ayak Bakımı	Sıklık/Gün/kez		
	1	18	26.1
	2	9	13.1
	3	1	1.4
	4	2	2.9
	Hafta/kez		
	1	9	13.1
	2	7	10.1
	3	1	1.4
	4	2	2.9
	Bazen yapıyor	14	20.3
	Hiç yapmıyor	5	7.3
	Yanıtız	1	1.4
	Nedenleri		
	Ayak bakımını bilmeme	2	2.9
	Gerek görmeme, canı istememe, ihmal etme	15	21.8
	Yanıtız	3	4.3
Sigara İçme	İçiyor	1	1.4
	8 tane/gün	1	1.4
	Bıraktı	4	5.8
	Bırakma süresi		
	1 ay	1	1.4
	3 ay	2	2.9
	5 ay	1	1.4
	İçmiyor	64	92.8
Alkol Kullanma	Kullanıyor/Başlama yaşı	6	8.7
	14	2	2.9
	15	2	2.9
	16	1	1.4
	17	1	1.4
	Miktarı/bardak/hafta		
	1 bardak/hafta	3	4.3
	2 bardak/hafta	2	2.9
	Miktar Belirtmeyen	1	1.4
	Kullanmıyor	63	91.3
Toplam		69	100

6.2.2.7. Adolesanın diyabetinin sosyal çevre tarafından bilinme durumu ile ilgili özellikler

Adolesanın diyabetinin sosyal çevre tarafından bilinme durumu ile ilgili özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, ailenin % 100.0 (n=69)'ünün, arkadaşların % 46.4 (n=32)'ünün hepsinin, % 37.7 (n=26)'sinin çoğunluğunun, öğretmenlerin % 31.9 (n=22)'unun bir kısmının, % 26.1 (n=18)'inin hepsinin, çalışma çevresinin % 1.4 (n=1)'ünün bir kısmının adolesanın diyabetini bildikleri görülmektedir (Tablo 24).

Tablo 24. Adolesanın Diyabetinin Sosyal Çevre Tarafından Bilinme Durumu ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Özellik		n	%
Aile	Ailenin hepsi biliyor	69	100
Arkadaş	Hiçbiri bilmiyor	4	5.8
	Bir kısmı biliyor	7	10.1
	Çoğunluğu biliyor	26	37.7
	Hepsi biliyor	32	46.4
Öğretmen	Hiçbiri bilmiyor	8	11.6
	Bir kısmı biliyor	22	31.9
	Çoğunluğu biliyor	16	23.2
	Hepsi biliyor	18	26.1
	Okula gitmiyor	3	4.3
	Yanıtsız	2	2.9
Çalışma Çevresi	Bir kısmı biliyor	1	1.4
	Yanıtsız	1	1.4
	Çalışmıyor	67	97.1
Toplam		69	100

6.2.2.8. Diyabet yönetiminde sosyal destek alma durumu ile ilgili özellikler

Diyabet yönetiminde adolesanların % 92.8 (n=64)'inin sosyal destek aldığı, % 92.8 (n=64)'inin bir aile bireyinden ve % 79.4 (n=55)'unun annesinden, % 51.2 (n=36)'sinin ise arkadaş çevresinden sosyal destek aldığı saptanmıştır. Diyabetin yönetiminde sosyal destek alınan konular incelendiğinde, % 82.6 (n=57)'sının beslenme, % 62.3 (n=43)'ünün insülin tedavisi ile ilgili olduğu görülmektedir. İnsülin uygulamasında yardım eden bireye bakıldığında adolesanların % 62.3 (n=43)'ünün bir aile bireyinden yardım aldığı, % 36.2 (n=25)'sinin hiç kimseden yardım almadığı saptanmıştır. Kan / idrarda glukoz ölçümünde yardım eden birey

incelendiğinde, adolesanların % 56.5 (n=39)'inin bir aile bireyinden yardım aldığı, % 43.5 (n=30)'inin hiç kimseden yardım almadığı belirlenmiştir (Tablo 25).

Tablo 25. Diyabet Yönetiminde Sosyal Destek Alma Durumu ile İlgili Özelliklerin Dağılımı *

Özellik	n	%
Sosyal Destek Alma Durumu		
Alıyor	64	92.8
Anne	55	79.4
Baba	32	46.4
Kardeş	10	14.5
Ağabey/abla	13	18.8
Arkadaş	36	51.2
Öğretmen	12	17.4
Diğer (Akraba)	4	5.8
Almıyor	5	7.2
Sosyal Destek Alınan Konular		
İnsülin tedavisi	43	62.3
Kendi kendine izlem	39	56.5
Beslenme	57	82.6
Egzersiz	30	43.5
Özel durumlar (seyahat, özel günler gibi)	22	31.9
Diğer (Hijyen)	1	1.4
İnsülin Uygulamasında Yardım Eden Birey		
Bir aile bireyi	43	62.3
Arkadaş	11	15.9
Öğretmen	2	2.9
Almıyor	25	36.2
Kan/ İdrarda Glukoz Ölçümünde Yardım Eden Birey		
Bir aile bireyi	39	56.5
Arkadaş	5	7.2
Öğretmen	1	1.4
Almıyor	30	43.5

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

6.2.2.9. Diyabet yönetiminde sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumu ile ilgili özellikler

Adolesanların % 85.5 (n=59)'inin sağlık ekibi üyelerinden yardım aldığı, % 69.6 (n=48)'sının hekimden, % 69.6 (n=48)'sının hemşireden yardım aldığı belirlenmiştir. Adolesanların % 78.3 (n=54)'ü insülin tedavisi, % 63.8 (n=44)'i beslenme konularında diyabetin yönetiminde sağlık ekibi üyelerinden yardım aldığını belirtmişlerdir (Tablo 26).

Tablo 26. Diyabet Yönetiminde Sağlık Ekibi Üyelerinden Yardım Alma Durumu ile İlgili Özelliklerin Dağılımı *

Özellik	n	%
Sağlık Ekibi Üyelerinden Yardım Alma Durumu	Alıyor	59 85.5
	Hekim	48 69.6
	Hemşire	48 69.6
	Diyetisyen	31 44.9
	Psikolog	22 31.9
	Diğer	- -
	Almıyor	10 14.5
Sağlık Ekibi Üyelerinden Yardım Alınan Konular	İnsülin tedavisi	54 78.3
	Kendi kendini izleme	17 24.6
	Beslenme	44 63.8
	Egzersiz	16 23.2
	Özel durumlar (seyahat, özel günler gibi)	8 11.6
	Kronik komplikasyonlar	5 7.2
	Diğer	- -

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

6.2.2.10. Son bir yılda kontrole gelme, diyabet nedeniyle hastaneye yatma ve okula devamsızlık yapma durumu ile ilgili özellikler

Adolesanların % 13.0 (n=9)'ünün son bir yılda kontrole gelmeme durumunun olduğu, % 4.3 (n=3)'ünün ihmal etme nedeniyle kontrole gelmediği belirlenmiştir. Adolesanların son bir yılda diyabet nedeniyle % 10.1 (n=7)'inin hastaneye yattığı ve % 2.9 (n=2) oranında nedenin hipoglisemi, hiperglisemi ve diyabetik ketoasidoz arasında eşit olarak dağıldığı gözlenmektedir. Adolesanların son bir yılda diyabet nedeniyle % 44.9 (n=31)'unun okula devamsızlık yaptığı ve % 31.9 (n=22)'unun kontrol, % 7.2 (n=5)'sinin hipoglisemi nedeniyle devamsızlık yaptığı tespit edilmiştir (Tablo 27).

Tablo 27. Son Bir Yılda Kontrole Gelme, Diyabet Nedeniyle Hastaneye Yatma ve Okula Devamsızlık Yapma Durumu ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Özellik		n	%
Kontrole Gelme Durumu	Gelmedi	9	13.0
	Nedenleri		
	Maddi sorun	2	2.9
	İhmal etme	3	4.3
	Diyabete uyumsuzluk	1	1.4
	Yanıtsız	3	4.3
	Geldi	60	87.0
Diyabet Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumu	Yattı /Son bir yıl /kez	7	10.1
	1	4	5.8
	2	3	4.3
	Nedenleri		
	Hipoglisemi	2	2.9
	Hiperglisemi	2	2.9
	Diyabetik ketoasidoz	2	2.9
	Diyabet tanısı	1	1.4
	Yatmadı	62	89.9
Diyabet Nedeniyle Okula Devamsızlık Yapma Durumu	Yaptı/Gün	31	44.9
	1	4	5.8
	2	5	7.2
	3	4	5.8
	4	3	4.3
	5	3	4.3
	6	3	4.3
	7 ve üzeri	9	13.0
	Nedenleri*		
	Hipoglisemi	5	7.2
	Hiperglisemi	6	4.3
	Kontrol	22	31.9
	Diyabet tanısı	1	1.4
	Yapmadı	37	53.6
	Yanıtsız	1	1.4

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

6.2.2.11. Son bir haftada adolesanın ailesiyle/ arkadaşlarıyla ilişkilerini bozan sorunlar ile ilgili özellikler

Adolesanların % 20.3 (n=14)'ünün son bir haftada ailesiyle/arkadaşlarıyla ilişkilerini bozan sorunlar yaşadığı ve % 7.2 (n=5)'sinin nedeninin üzüntü ve stres olduğu görülmektedir (Tablo 28).

Tablo 28. Son Bir Haftada Adolesanın Ailesiyle/Arkadaşlarıyla İlişkilerini Bozan Sorunlar ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Özellik	n	%
Sorun Yaşadı	14	20.3
Nedenleri		
Fiziksel rahatsızlık	2	2.9
Aileyle ilgili sorun	2	2.9
Arkadaşlarla ilgili sorun	3	4.3
Aile, arkadaşlarla ilgili sorun	2	2.9
Üzüntü ve stres	5	7.2
Yaşamadı	55	79.7
Toplam	69	100

6.2.2.12. Adolesanın diyabeti algılaması ve diyabetin kontrol altına alınmadığı durumlarda yol açabileceği sonuçları bilme durumu ile ilgili özellikler

Olguların % 21.7 (n=15)'si diyabeti olumsuz, % 17.4 (n=12)'ü ise olumlu algılamaktadır. Diyabetin kontrol altına alınmadığı durumlarda yol açabileceği sonuçları bilme durumu incelendiğinde; olguların % 90.0 (n=62)'i körlük, % 88.4 (n=61)'ü böbrek hastalığı, % 63.8 (n=44)'i kalp hastalığı gibi sonuçlara yol açabileceğini bildiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 29).

Tablo 29. Adolesanın Diyabeti Algılaması ve Diyabetin Kontrol Altına Alınmadığı Durumlarda Yol Açabileceği Sonuçları Bilme Durumu ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Özellik	n	%
Diyabeti Algılama		
Olumlu	12	17.4
Olumsuz	15	21.7
Yanıtsız	42	60.9
Sonuç*		
Körlük	62	90
Böbrek hastalığı	61	88.4
Kalp hastalığı	44	63.8
Sinir hasarı	31	45.0
Kol-bacak kesilmesi	4	5.8
Diğer (vücutta hastalık oluşumu, boy kısalığı, ölüm)	3	4.3

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

6.2.3. Akut ve kronik komplikasyonlar ile ilgili özellikler

Bu bölümde adolesanların son bir haftada yaşadıkları akut komplikasyonlar ve diyabet nedeniyle oluşan kronik komplikasyonlar ile ilgili özellikler verilmektedir.

Olguların % 39.1 (n=27)'inin son bir haftada 1-3 kez hipoglisemiye girdiği, % 29.0 (n=20)'unun ise hipoglisemiye hiç yaşamadığı görülmektedir. Olguların % 46.4 (n=32)'ü son bir haftada 1-3 kez, % 21.7 (n=15)'si ise 4-6 kez hiperglisemi yaşamıştır (Tablo 30).

Olguların % 8.7 (n=6)'sinde kronik komplikasyon bulunmaktadır. Olguların % 5.8 (n=4)'inde kalp ve dolaşım problemlerinin olduğu, % 2.9 (n=2)'unda ise nöropatinin olduğu görülmektedir. Kronik komplikasyon gelişen olgularda ortalama HbA_{1c} değeri ise 9.45 ± 1.97 'dir (Tablo 31).

Tablo 30. Son Bir Haftada Akut Komplikasyonlar ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Özellik	n	%
Hipoglisemi		
Hafta/kez		
1-3	27	39.1
4-6	11	15.9
7-9	4	5.8
10 ve üzeri	2	2.9
Hiç yaşamadı	20	29
Bilmiyor	5	7.2
Hiperglisemi		
Hafta/kez		
1-3	32	46.4
4-6	15	21.7
7-9	5	7.2
10 ve üzeri	3	4.3
Hiç yaşamadı	12	17.4
Bilmiyor	2	2.9
Toplam	69	100

Tablo 31. Kronik Komplikasyonlar ve HbA_{1c} Değeri ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Özellik	HbA _{1c} (%) Ort± SS 9.45± 1.97	n	%
Kalp ve dolaşım problemleri (hipertansiyon gibi)	7.2 8.1 8.4 12.3	4	5.8
Nöropati	9.4 11.3	2	2.9

6.2.4. Metabolik kontrol sonuçları ile ilgili özellikler

Adolesanların metabolik kontrol sonuçları ile ilgili özelliklerinin dağılımı incelendiğinde adolesanların son 24 saatteki açlık kan glukozu ortalamasının 154.58 $\pm$ 57.75 olduğu, tokluk kan glukozu ortalamasının 196.13 $\pm$ 87.55 olduğu görülmektedir. HbA_{1c} ortalaması ise 8.93 $\pm$ 1.46'dır (Tablo 32).

Adolesanların en son bakılan HbA_{1c} değerini bilme durumu incelendiğinde; adolesanların % 17.3 (n=12)'ü bilmediğini ifade etmişlerdir ve bilmeme nedenleri incelendiğinde % 8.7'sinin nedeni hatırlayamadığı saptanmıştır. En son HbA_{1c} değerini doğru bilme durumu değerlendirildiğinde adolesanların % 72.5 (n=50)'inin doğru bildiği saptanmıştır (Tablo 33).

Tablo 32. Metabolik Kontrol Sonuçları ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Metabolik kontrol	Min - Max	Ort $\pm$ SS
Açlık kan glukozu/son 24 saatte (mg/dl)	52 – 341	154.58 $\pm$ 57.75
Tokluk kan glukozu/son 24 saatte (mg/dl)	72 – 546	196.13 $\pm$ 87.55
HbA _{1c} (%)	5.8 – 12.3	8.93 $\pm$ 1.46

Tablo 33. En Son HbA_{1c} Değerini Bilme Durumu ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Özellik	n	%
En Son HbA _{1c} Değerini Bilme Durumu	Bilmiyor	12 17.3
	Nedenleri	
	Hatırlamıyor	6 8.7
	Laboratuvar işlemlerinde kanın pıhtılaşması	1 1.4
	Sonuçları öğrenememe	1 1.4
	Yanıtsız	4 5.8
	Biliyor	57 82.6
En Son HbA _{1c} Değerini Doğru Bilme Durumu	Doğru biliyor	50 72.5
	Yanlış biliyor	7 10.1
	Bilmiyor	12 17.4
Toplam	69	100

6.3. 3.Bölüm: Zaman Yönetimi ile İlgili Özellikler

Bu bölümde tip 1 diyabetli adolesanın iletişimde olduğu sağlık ekibinin zaman yönetimi ile ilgili özellikleri sunulmuştur.

Diyabet kontrolüne gelirken adolesanın diyabet hemşiresine soru listesi hazırlama durumu değerlendirildiğinde; adolesanların % 36.2 (n=25)'si liste hazırlamadıklarını, % 29.1 (n=20)'i bazen hazırladıklarını belirtmişlerdir. Diyabet kontrolüne gelindiğinde sağlık ekibinin kendilerine yeterli zaman ayırma durumları sorulduğunda hekim için adolesanların % 44.9 (n=31)'u her zaman ayırdığını düşünüyorum, % 34.8 (n=24)'i çoğu kez zaman ayırdığını düşünüyorum yanıtını, hemşire için % 53.7 (n=37)'si her zaman ayırdığını düşünüyorum, % 27.5 (n=19)'i çoğu kez zaman ayırdığını düşünüyorum yanıtını, diyetisyen için % 39.1 (n=27)'i her zaman ayırdığını düşünüyorum, % 23.2 (n=16)'si çoğu kez zaman ayırdığını düşünüyorum yanıtını, psikolog için % 43.5 (n=30)'i her zaman ayırdığını düşünüyorum, % 18.8 (n=13)'i bazen zaman ayırdığını düşünüyorum yanıtını vermişlerdir. Adolesanların diyabet kontrolüne geldiklerinde zaman yönetimi ile bilgi alma durumları sorulduğunda % 66.7 (n=46)'si bu konuda bilgi almadıklarını, % 29 (n=20)'u bilgi aldıklarını, bilgi alanların % 7.2 (n=5)'si hekim ve hemşireden, % 5.8 (n=4)'i hemşireden, % 5.8 (n=4)'i ise sağlık ekibi üyelerinin hepsinden bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Adolesanların % 66.7 (n=46)'si ise zaman yönetimi ile ilgili bilgi almayı istemektedir (Tablo 34).

Adolesanın diyabetinin yönetiminde sağlık ekibi üyelerinden telefonla yardım alma durumuna bakıldığında % 31.9 (n=22)'unun telefonla yardım aldığı görülmektedir. Olguların % 26.1 (n=18)'inin hemşireden, % 18.8 (n=13)'inin ise hekimden yardım aldığı belirlenmiştir ve % 21.7 (n=15)'si en çok hemşireden yardım aldıklarını belirtmiştir. Olguların % 23.2 (n=16)'sı insülin tedavisi, % 10.1 (n=7)'si ise beslenme konularında sağlık ekibi üyelerinden telefonla yardım almaktadır (Tablo 35).

Tablo 34. Zaman Yönetimi ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Özellik		n	%
Diyabet Kontrolüne Gelirken Adolesanın Diyabet Hemşiresine Soru Listesi Hazırlama Durumu	Hayır yapmam	25	36.2
	Hemen hemen hiç yapmam	9	13.0
	Bazen yaparım	20	29.1
	Çoğu zaman yaparım	6	8.7
	Her zaman yaparım	9	13.0
Hekimin Yeterli Zaman Ayırma Durumu	Hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum	3	4.3
	Hemen hemen hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum	2	2.9
	Bazen zaman ayırdığını düşünüyorum	9	13.0
	Çoğu kez zaman ayırdığını düşünüyorum	24	34.8
	Her zaman ayırdığını düşünüyorum	31	44.9
Diyabet Hemşiresinin Yeterli Zaman Ayırma Durumu	Hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum	-	-
	Hemen hemen hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum	3	4.3
	Bazen zaman ayırdığını düşünüyorum	10	14.5
	Çoğu kez zaman ayırdığını düşünüyorum	19	27.5
	Her zaman ayırdığını düşünüyorum	37	53.7
Diyetisyenin Yeterli Zaman Ayırma Durumu	Hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum	8	11.6
	Hemen hemen hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum	8	11.6
	Bazen zaman ayırdığını düşünüyorum	8	11.6
	Çoğu kez zaman ayırdığını düşünüyorum	16	23.2
	Her zaman ayırdığını düşünüyorum	27	39.1
	Yanıtız	2	2.9
Psikoloğun Yeterli Zaman Ayırma Durumu	Hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum	7	10.1
	Hemen hemen hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum	4	5.8
	Bazen zaman ayırdığını düşünüyorum	13	18.8
	Çoğu kez zaman ayırdığını düşünüyorum	11	15.9
	Her zaman ayırdığını düşünüyorum	30	43.5
	Psikoloğa gitmiyorum	2	2.9
	Yanıtız	2	2.9
Zaman Yönetimi ile İlgili Bilgi Alma Durumu	Aldım	20	29.0
	Hekim (Doktor)	3	4.3
	Hemşire	4	5.8
	Hekim, hemşire	5	7.2
	Diyetisyen	1	1.4
	Psikolog	-	-
	Diyetisyen, psikolog	1	1.4
	Hekim, hemşire, diyetisyen	2	2.9
	Hepsinden aldım	4	5.8
	Almadım	46	66.7
	Hatırlamıyorum	3	4.3
	Diyabet Kontrolünde Zaman Yönetimi ile İlgili Bilgi Almayı İsteme Durumu	İstiyorum	46
İstemiyorum		21	30.4
Toplam		69	100

Tablo 35. Adlesanın Diyabet Yönetiminde Sağlık Ekibi Üyelerinden Telefonla Yardım Alma Durumu ile İlgili Özelliklerin Dağılımı *

Özellik	n	%	
Sağlık Ekibi Üyelerinden Telefonla Yardım Alma Durumu	Alıyor	22	31.9
	Hekim	13	18.8
	Hemşire	18	26.1
	Diyetisyen	4	5.8
	Psikolog	5	7.2
	Diğer	2	2.9
	En çok yardımcı olan sağlık ekibi üyesi		
	Hekim	6	8.7
	Hemşire	15	21.7
	Diyetisyen	1	1.4
	Psikolog	-	-
	Diğer	2	2.9
	Almıyor	46	66.7
	Yanıtız	1	1.4
	Telefonla Yardım Alınan Konular	İnsülin tedavisi	16
Kendi kendini izleme		4	5.8
Beslenme		7	10.1
Egzersiz		2	2.9
Özel durumlar (seyahat, özel günler gibi)		5	7.2
Kronik komplikasyonlar		3	4.3
Diğer		3	4.3

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

6.4. 4.Bölüm: Diyabet Zaman Yönetim Anketi (DZYA) ve Diyabete Uyumda Alışkanlıklar, Davranışlar ve Bilgi Anketi (DUADBA) ile Tip 1 Diyabetli Adölesanlarda Zaman Yönetiminin ve Diyabete Uyumun Değerlendirilmesi ile İlgili Özellikler ve Adölesan, Zaman Yönetimi Özellikleri ile Karşılaştırılması

Bu bölümde DZYA ve DUADBA ile tip 1 diyabetli adölesanlarda zaman yönetiminin değerlendirilmesi ile ilgili özellikler ve adölesan, zaman yönetimi özellikleri ile karşılaştırılması yer almaktadır.

6.4.1. Diyabet Zaman Yönetim Anketi (DZYA) ve Diyabete Uyumda Alışkanlıklar, Davranışlar ve Bilgi Anketi (DUADBA) ile tip 1 diyabetli adölesanlarda zaman yönetiminin ve diyabete uyumun değerlendirilmesi ile ilgili özellikler

Bu bölümde adölesanların DZYA, DUADBA ve DUADBA alt bölümlerinden aldıkları puan ortalamaları sunulmuştur.

6.4.1.1. Adölesanların anket puan ortalamaları

Adölesanların DZYA ve DUADBA'ndan aldıkları puan ortalamaları, minimum-maksimum puanları ve standart sapma değerlerine bakıldığında; DZYA'nın toplam ortalama puanının 118.98 ± 17.64 (91.00-162.00), DUADBA toplam ortalama puanının 71.93 ± 7.02 (54.00-87.00), DUADBA uyum toplam ortalama puanının 23.89 ± 3.48 (15.00-31.00), DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanının 46.07 ± 5.44 (33.00-60.00), DUADBA zaman yönetimi toplam puanının 8.76 ± 1.45 (5-13) olduğu görülmektedir. DUADBA'nın uyum maddelerinden alınan ortalama puanları incelendiğinde; 1. maddeden 3.42 ± 1.11 , 2. maddeden 3.45 ± 1.30 , 3. maddeden 1.77 ± 0.42 , 4. maddeden 1.29 ± 0.48 , 5. maddeden 3.38 ± 1.44 , 6. maddeden 4.72 ± 1.43 , 7. maddeden 4.26 ± 0.95 ve 8. maddeden 1.61 ± 1.14 puan alındığı görülmektedir. DUADBA'nın zaman yönetimi maddelerinden alınan ortalama puanlara bakıldığında ise; 1. maddeden 2.36 ± 1.04 , 2. maddeden 3.87 ± 1.04 ve 3. maddeden 2.54 ± 1.19 puan alındığı gözlenmektedir (Tablo 36).

Tablo 36. Adolesanların Anketlerden Aldıkları Puan Ortalamaları

Anket	Min	Max	Ort± SS
DZYA toplam puan	91.00	162.00	118.98±17.64
DUADBA toplam puan	54.00	87.00	71.93±7.02
DUADBA uyum toplam puan	15.00	31.00	23.89±3.48
DUADBA diyabet uyumu göstergesi toplam puan	33.00	60.00	46.07±5.44
DUADBA uyum alt madde puanları			
1. Beslenme planına uyabilme	1	5	3.42±1.11
2. Düzenli olarak egzersiz yapma	1	5	3.45±1.30
3. Doktora danışmadan insülin ünitesinde değişiklik yapma	1	2	1.77±0.42
4. İnsülini yapmayı unutma	1	3	1.29±0.48
5. Ev dışındaki yerlerde (işyeri veya okul gibi) kan şekeri ölçümünü yapma	1	5	3.38±1.44
6. Ayakları kontrol etme sıklığı	1	6	4.72±1.43
7. Diyabet doktoruna gitme	1	5	4.26±0.95
8. Diyabet test sonuçları iyi çıkmayacağı için doktora gitmekten kaçınma	1	5	1.61±1.14
DUADBA zaman yönetimi toplam puan	5	13	8.76±1.45
DUADBA zaman yönetimi alt madde puanları			
23. Günlük programı uygulayabilme	1	5	2.36±1.04
24. Yapılması gereken işleri önem sırasına koyma	1	5	3.87±1.04
25. Boş zamanda aktif olma	1	5	2.54±1.19

6.4.1.2. DZYA maddelerinin puan ortalamaları

Adolesanların DZYA maddelerinin puan ortalamaları incelendiğinde; adolesanların zaman yönetimlerinin iyi olduğu maddeleri sırası ile 40, 43, 14, 5, 41, 42, 6, 7, 16, 11, 8, 4, 2, 38, 9, 12 ve 26. maddeler; zaman yönetimlerinin kötü/eksik olduğu maddeleri ise sırası ile 49, 19, 33, 22, 24, 20, 47, 28, 37, 29 ve 25. maddeler oluşturmaktadır. Adolesanların zaman yönetimlerinin iyi olduğu maddelerden aldığı puan ortalamaları sırası ile 1.12±0.40, 1.22±0.63, 1.51±0.91, 1.51±0.99, 1.58±0.86, 1.62±1.01, 1.64±1.03, 1.65±0.95, 1.71±1.00, 1.78±1.15, 1.88±1.18, 2.00±1.27, 2.00±1.07, 2.03±1.28, 2.03±1.15, 2.04±1.23, 2.07±1.12'dir. Zaman yönetimlerinin kötü/eksik olduğu maddelerden aldığı puan ortalamaları ise sırası ile 4.00±1.23, 3.93±1.22, 3.64±1.37, 3.58±1.33, 3.58±1.29, 3.39±1.50, 3.22±1.27, 3.20±1.51, 3.06±1.34, 3.03±1.30, 3.00±1.46'dır (Tablo 37).

Tablo 37. DZYA Maddelerinin Puan Ortalamaları

Madde	Ort ± SS
1. Günlük sorumluluklarımı yerine getirmek için yeterli zaman bulabiliyorum.	2.12±1.12
2. Zamanımı etkin ve verimli bir şekilde kullanırım.	2.00±1.07
3. Zamanımı nasıl kullanacağım konusunda endişelenmemekteyim*.	2.36±1.21
4. Her gün sabah ve akşam yaklaşık olarak aynı saatte kalkar ve yatarım.	2.00±1.27
5. İnsülinimi her gün yaklaşık olarak aynı saatte yaparım.	1.51±0.99
6. Tüm işlerimi (ödevleri zamanında verme, randevulara zamanında gitme gibi) zamanında yaparım.	1.64±1.03
7. Her gün yemeklerimi yaklaşık olarak aynı saatte yerim.	1.65±0.95
8. Egzersizlerimi haftada en az üç kez yarım saat (30 dk) düzenli olarak yaparım.	1.88±1.18
9. Yapmak istediğim işler için yeterli zamanım olsa bile bu işleri ertelerim*.	2.03±1.15
10. Günlük düzenimde belirli zamanlarda kan şekeri takibimi yaparım.	2.14±1.23
11. Gün içinde çok fazla işim olduğunda, önemli işlerimi öncelik sırasına koyarım.	1.78±1.15
12. Diyabet bakım planımı düzenli bir programa göre yürütürüm.	2.04±1.23
13. Gün içinde yapmam gereken işler nedeniyle kendimi bunalmış hissediyorum*.	2.96±1.34
14. İnsülinimi bana önerilen (reçete edilen) zaman içinde uygularım.	1.51±0.91
15. Gün içinde çok fazla işim olduğunda, nereden başlayacağımı bilemem*.	2.54±1.44
16. Yapmam gereken her şeyi ertelerim*.	1.71±1.00
17. Yapmam gereken çok iş olduğunda, ilk önce en zor olanları yapmayı tercih ederim.	2.42±1.41
18. Egzersizlerimi her hafta yaklaşık olarak aynı saatlerde yaparım.	2.46±1.39
19. Her gün yapmam gereken işlerin listesini çıkarırım.	3.93±1.22
20. Yapmam gereken zorunlu işlerin listesini çıkarırım.	3.39±1.50
21. İnsülinimi yapmadan önce kan şekeri kontrol ederim.	2.25±1.11
22. Gün içinde yapmak istediğim işleri yapamadığımda üzülürüm*.	3.58±1.33
23. Beklenmedik bir şekilde planlarım bozulursa, planladığım işleri başka bir zamanda yapmak üzere yeniden program yaparım.	2.33±1.26
24. Eğer işlerimi kendim yapmazsam hatalar olabilir*.	3.58±1.29
25. Programımı bir plana/zaman çizelgesine /takvime göre düzenliyorum.	3.00±1.46
26. Günlük olarak planladığım işleri bitiririm.	2.07±1.12
27. Diyabetim için yapmam gereken şeyleri istemeden geciktiririm (ertelerim)*.	2.36±1.33
28. Yapmam gereken pek çok iş olduğu zaman, önce en kolaydan başlamayı tercih ederim.	3.20±1.51
29. Genel hedefler (daha sık egzersiz yapmaya başlayacağım gibi) yerine daha belirgin hedefler (her sabah 09.00'da yarım saat yürüyüş yapacağım gibi) belirlerim.	3.03±1.30
30. Bir görev veya projede bana yardım edecek birisi olduğu zaman, o kişinin işin bir bölümünü yapmasına izin veririm.	2.10±1.10
31. Gerçekleştirilebilir/ulaşılabilir hedefler (yeni bir egzersiz planının ilk gününde, bir saat yerine yarım saat yürüyüş yapmak gibi) belirlerim.	2.51±1.15
32. Görev/iş çok büyük veya zor olduğunda, parçalara bölerim.	2.30±1.36
33. Görevi/işi bitiremediğim zaman kendimi suçlu hissederim*.	3.64±1.37
34. Görevi bitirdiğim zaman kendimi ödüllendiririm.	2.67±1.29
35. Gün içerisinde işlerimi yapmak için yeterli zamanımın olmadığını hissediyorum*.	2.86±1.30
36. İşim ile boş zaman yaratma arasında denge kurabilirim.	2.42±1.24
37. Gün içerisinde zamanımı kontrol edemediğimi hissediyorum*.	3.06±1.34
38. Zamanımı nasıl kullandığımı farkındayım.	2.03±1.28
39. Diyabetimi kontrol altında tutabilmek için hedefler (3 ayda 4.5 kg vermek, her 3 ayda glikolize hemoglobini % 1 düşürmek gibi) oluştururum.	2.54±1.30
40. Diyabet gereçlerimi (kan testi stripleri/çubukları ve ölçüm cihazı, enjektör gibi) her zaman bulabileceğim belirli bir yere koyarım.	1.12±0.40
41. Hedeflerime ulaşamadığımda nedenlerini bilirim.	1.58±0.86
42. Programımda diyabet kontrolümü etkileyebilecek beklenmedik değişiklikler olduğunda, diyabet tedavimi değiştirme konusunda hızlı karar (insülin dozunu veya yiyecek miktarını ayarlamak gibi) verebilirim.	1.62±1.01
43. Bir görevi/işi tamamladığımda kendimi iyi hissederim.	1.22±0.63
44. İnsanları kırmaktan, onlara hayır demekten hoşlanmadığım için, sıklıkla kendimi diyabet bakım planımı aksatacak şeyleri yaparken bulurum*.	2.97±1.33
45. Güne başlamadan önce günümü planlarım.	2.78±1.36
46. Yapacak bir şey olmadan kendimi öylesine beklerken bulurum*.	2.30±1.19
47. Kendimi işleri son anda bitirmek için koştururken bulurum*.	3.22±1.27
48. Kan şekeri değerlerimin kaydını tutarım.	2.58±1.37
49. Zamanımı kullanmayı/ hayatımı yönetmeyi geliştirmem gerekiyor*.	4.00±1.23
Toplam	118.98±17.63

* Ters puanlanan maddeler

6.4.1.3. Adolesanların anketlere göre diyabette zaman yönetimi ve diyabete uyum özellikleri

Adolesanların anketlerden aldıkları ortalama puan üzerinden % 56.5 (n=39)'inin diyabette zaman yönetiminin ve % 50.7 (n=35)'sinin diyabete uyumunun iyi/orta düzeyde olduğu, adolesanların % 43.5 (n=30)'inin diyabette zaman yönetiminin ve % 49.3 (n=34)'ünün diyabete uyumunun kötü /eksik olduğu saptanmıştır (Tablo 38).

Tablo 38. Adolesanların Anketlere Göre Diyabette Zaman Yönetimi ve Diyabete Uyum Özelliklerinin Dağılımı

Anket	Zaman Yönetimi/ Diyabete Uyum İyi/Orta		Zaman Yönetimi/ Diyabete Uyum Kötü/Eksik	
	n	%	n	%
DZYA	39	56.5	30	43.5
DUADBA	35	50.7	34	49.3

6.4.2. Adolesanların anket puan ortalamalarının adolesan ve ailesi ile ilgili sosyodemografik özellikler, diyabet yaşı-sağlık sorunu/diyabete uyumu/komplikasyonlar/metabolik kontrol sonuçları ile ilgili özellikler ve zaman yönetimi özellikleri ile karşılaştırılması

Bu bölüm DZYA, DUADBA'nin adolesan ve zaman yönetimi özellikleri ile karşılaştırılması adolesan ve ailesi ile ilgili sosyodemografik özellikler, diyabet yaşı-sağlık sorunu/diyabete uyumu/komplikasyonlar/metabolik kontrol sonuçları ile ilgili özellikler ile karşılaştırılması ve zaman yönetimi özellikleri ile karşılaştırılması olarak iki bölümde sunulmuştur.

6.4.2.1. Adolesanların anket puan ortalamalarının adolesan ve ailesi ile ilgili sosyodemografik özellikler, diyabet yaşı-sağlık sorunu / diyabete uyumu/ komplikasyonlar / metabolik kontrol sonuçları ile ilgili özellikler ile karşılaştırılması

Bu bölümde DZYA, DUADBA'nin adolesan ve ailesi ile ilgili sosyodemografik özellikler, diyabet yaşı-sağlık sorunu / diyabete uyumu/ komplikasyonlar / metabolik kontrol sonuçları ile ilgili özellikler ile karşılaştırılması verilmektedir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının adolesanın yaşı, cinsiyeti ve eğitim durumu ile karşılaştırılması

Adolesanların yaşına göre anket puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Adolesanların DUADBA zaman yönetimi puanı adolesanın cinsiyetine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0.05$), erkeklerin DUADBA zaman yönetimi puanları kızlara göre anlamlı düzeyde düşüktür. Diğer anket puanları ile adolesanın cinsiyeti arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Anket puanları adolesanın eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 39).

Adolesanların anket puan ortalamalarının anne ve baba eğitim durumu ile karşılaştırılması

Anket puanları anne eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Baba eğitim durumuna göre ise DUADBA toplam puanı ile baba eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Babaları lise mezunu olan adolesanların DUADBA toplam puanı daha yüksektir. Diğer anket puanları ile baba eğitim durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$) (Tablo 40).

Tablo 39. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Adolesanın Yaşı, Cinsiyeti ve Eğitim Durumu ile Karşılaştırılması

Anket	Yaş		F	p	Cinsiyet				Adolesan Eğitim Durumu							
	13-14 (n=21) Ort ±SS	15-17 (n=37) Ort ±SS			18-19 (n=11) Ort ±SS	Erkek (n=35) Ort ±SS	Kız (n=34) Ort ±SS	F	p	İlköğretim (n=14) Ort ±SS	Lise (n=41) Ort ±SS	Üniversite (n=6) Ort ±SS	Üniversiteye hazırlanma (n=6) Ort ±SS	Okula gitmiyor (n=2) Ort ±SS	KW	p
DZYA toplam puan	117.85±18.15	119.10±17.93	120.72±17.06	0.458	0.836	119.80±18.39	118.14±17.05	0.150	0.700	111.14±16.48	121.17±17.41	126.83±16.16	114.66±22.66	118.98±17.63	5.834	0.212
DUADBA toplam puan	73.09±6.93	69.05±7.21	67.09±5.30	1.750	0.125	70.40±7.57	69.53±6.69	0.256	0.615	73.57±7.61	69.04±7.21	67.83±4.62	70.33±6.31	69.00±7.07	4.588	0.332
DUADBA uyum puanı	24.85±2.79	23.75±3.70	22.54±3.64	0.905	0.497	24.31±3.34	23.47±3.61	1.013	0.318	25.35±2.76	23.73±3.52	23.00±2.09	22.33±5.13	24.50±4.94	3.655	0.455
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	48.23±5.42	45.29±5.41	44.54±4.82	1.389	0.233	46.08±5.97	46.05±4.94	0.000	0.984	48.21±6.25	45.31±5.55	44.83±4.79	48.00±2.61	44.50±2.12	3.862	0.425
DUADBA zaman yönetimi puanı	8.76±1.44	8.89±1.19	8.36±2.20	1.188	0.325	8.34±1.43	9.20±1.36	6.548	0.013 *	8.92±1.49	8.73±1.34	8.16±1.47	9.66±2.06	7.50±0.71	4.572	0.334

* p< 0.05

Tablo 40. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Anne ve Baba Eğitim Durumu ile Karşılaştırılması

Anket	Anne Eğitim Durumu							Baba Eğitim Durumu					
	Okur-yazar değil (n=3)	Okur-yazar (n=2)	İlkokul (n=34)	Lise (n=18)	Üniversite (n=12)	KW	p	Okur-yazar (n=1)	İlkokul (n=19)	Lise (n=26)	Üniversite (n=23)	KW	p
	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS			Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS		
DZYA toplam puan	109.66±21.38	104.00±1.41	118.55±15.47	120.50±17.84	122.75±23.33	3.497	0.478	105.00±0.00	118.68±15.48	118.00±18.59	120.95±18.92	1.297	0.730
DUADBA toplam puan	72.66±4.62	70.50±14.84	71.00±7.36	68.88±6.49	67.91±7.02	3.332	0.504	70.00±0.00	71.00±6.97	72.03±7.65	66.78±5.78	8.390	0.039 *
DUADBA uyum puanı	25.33±1.15	26.50±3.53	24.11±3.47	24.11±3.70	22.16±3.29	4.946	0.293	24.00±0.00	24.36±3.63	24.42±3.30	22.91±3.56	2.994	0.393
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	47.33±4.16	44.00±11.31	46.88±5.39	44.77±5.33	45.75±5.61	1.791	0.774	46.00±0.00	46.63±4.90	47.61±6.03	43.86±4.75	6.002	0.112
DUADBA zaman yönetimi puanı	8.66±0.57	8.50±0.70	8.70±1.56	8.72±1.63	9.08±1.16	1.192	0.879	9.00±0.00	8.36±1.42	9.00±1.62	8.82±1.30	1.823	0.610

* p< 0.05

Adolesanların anket puan ortalamalarının ailede tip 1 diyabetli birey varlığı ile karşılaştırılması

Adolesanların anket puanları ailede tip 1 diyabetli birey varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 41).

Tablo 41. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Ailede Tip 1 Diyabetli Birey Varlığı ile Karşılaştırılması

Anket	Ailede Tip 1 Diyabetli Birey		F	p
	Evet (n=15) Ort $\pm$ SS	Hayır (n=54) Ort $\pm$ SS		
DZYA toplam puan	113.93 $\pm$ 14.32	120.38 $\pm$ 18.32	1.586	0.212
DUADBA toplam puan	69.73 $\pm$ 6.72	70.03 $\pm$ 7.27	0.021	0.885
DUADBA uyum puanı	24.00 $\pm$ 3.85	23.87 $\pm$ 3.41	0.016	0.900
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	45.73 $\pm$ 4.757	46.16 $\pm$ 5.66	0.073	0.788
DUADBA zaman yönetimi puanı	8.66 $\pm$ 1.17	8.79 $\pm$ 1.53	0.092	0.763

Adolesanların anket puan ortalamalarının adolesanın diyabet yaşı ile karşılaştırılması

Anket puanları ile adolesanın diyabet yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 42).

Tablo 42. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Adolesanın Diyabet Yaşı ile Karşılaştırılması

Anket	Diyabet Yaşı						F	p
	0-1 yıl (n=6) Ort $\pm$ SS	2-3 yıl (n=12) Ort $\pm$ SS	4-5 yıl (n=12) Ort $\pm$ SS	6-8 yıl (n=16) Ort $\pm$ SS	9-11 yıl (n=16) Ort $\pm$ SS	12-15 yıl (n=7) Ort $\pm$ SS		
DZYA toplam puan	109.83 $\pm$ 13.96	120.33 $\pm$ 15.95	119.25 $\pm$ 17.67	118.81 $\pm$ 18.76	126.75 $\pm$ 18.66	106.71 $\pm$ 12.20	1.403	0.177
DUADBA toplam puan	74.00 $\pm$ 7.77	69.75 $\pm$ 7.58	68.33 $\pm$ 4.41	70.56 $\pm$ 7.58	69.62 $\pm$ 7.93	69.14 $\pm$ 7.55	1.031	0.442
DUADBA uyum puanı	26.83 $\pm$ 2.04	23.75 $\pm$ 4.51	23.25 $\pm$ 2.83	24.12 $\pm$ 3.05	23.93 $\pm$ 2.84	22.14 $\pm$ 5.01	1.692	0.078
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	47.16 $\pm$ 6.33	46.00 $\pm$ 4.84	45.08 $\pm$ 4.01	46.43 $\pm$ 5.68	45.68 $\pm$ 6.87	47.00 $\pm$ 5.16	0.809	0.670
DUADBA zaman yönetimi puanı	8.50 $\pm$ 0.83	8.91 $\pm$ 1.31	9.08 $\pm$ 2.11	8.93 $\pm$ 1.57	8.37 $\pm$ 1.14	8.71 $\pm$ 1.38	0.591	0.876

Adolesanların anket puan ortalamalarının diyabetle birlikte diğer sağlık sorunlarının varlığı ile karşılaştırılması

Adolesanların anket puanları ile diyabetle birlikte diğer sağlık sorunları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$) (Tablo 43).

Tablo 43. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Diyabetle Birlikte Diğer Sağlık Sorunlarının Varlığı ile Karşılaştırılması

Anket	Diyabetle Birlikte Diğer Sağlık Sorunları		F	p
	Var (n=27) Ort $\pm$ SS	Yok (n=42) Ort $\pm$ SS		
DZYA toplam puan	121.66 $\pm$ 18.76	117.26 $\pm$ 16.87	1.026	0.315
DUADBA toplam puan	69.14 $\pm$ 7.89	70.50 $\pm$ 6.60	0.590	0.445
DUADBA uyum puanı	23.70 $\pm$ 3.61	24.02 $\pm$ 3.43	0.137	0.712
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	45.44 $\pm$ 6.17	46.47 $\pm$ 4.96	0.586	0.447
DUADBA zaman yönetimi puanı	8.70 $\pm$ 1.75	8.81 $\pm$ 1.25	0.086	0.771

Adolesanların anket puan ortalamalarının insülin tedavisi ve son üç ayda insülin tedavisinde hekimin değişim yapma durumu ile karşılaştırılması

İnsülin tedavisine ve son üç ayda insülin tedavisinde hekimin değişim yapma durumuna göre adolesanların anket puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 44).

Tablo 44. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının İnsülin Tedavisi ve Son Üç Ayda İnsülin Tedavisinde Hekimin Değişim Yapma Durumu ile Karşılaştırılması

Anket	İnsülin Tedavisi						Son Üç Ayda İnsülin Tedavisinde Hekimin Değişim Yapma Durumu			
	Hızlı etkili+ orta etkili (n=7)	Hızlı etkili+ uzun etkili (n=55)	Kısa etkili+ orta etkili (n=6)	Kısa etkili+ uzun etkili (n=1)	KW	p	Yapıldı (n=16)	Yapılmadı (n=53)	F	p
	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS			Ort ±SS	Ort ±SS		
DZYA toplam puan	116.42±18.27	120.23± 18.22	112.40± 6.76	126.00±0.00	8.513	0.203	111.50±13.59	121.24± 18.19	3.913	0.052
DUADBA toplam puan	67.28±8.17	69.94± 6.89	74.20± 5.16	59.00±0.00	7.065	0.315	71.12±7.99	69.62± 6.86	0.545	0.463
DUADBA uyum puanı	22.43± 2.63	24.03± 3.47	26.00± 1.87	15.00±0.00	7.900	0.246	24.25±3.15	23.79± 3.59	0.210	0.648
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	44.85±6.59	45.91±5.33	48.20±5.02	55.00±0.00	4.885	0.559	46.87±6.98	45.83±4.94	0.448	0.505
DUADBA zaman yönetimi puanı	9.14± 1.34	8.80± 1.51	7.80± 0.83	8.00±0.00	5.444	0.488	8.62±1.36	8.81± 1.49	0.199	0.657

Adolesanların anket puan ortalamalarının son bir haftada hekim/hemşireye danışmadan insülin dozunda değişim yapma durumu ile karşılaştırılması

Anket puanları ile son bir haftada adolesanın hekim/hemşireye danışmadan insülin dozunda değişim yapması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 45).

Tablo 45. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Son Bir Haftada Hekim/Hemşireye Danışmadan İnsülin Dozunda Değişim Yapma Durumu ile Karşılaştırılması

Anket	Son Bir Haftada Hekim/Hemşireye Danışmadan İnsülin Dozunda Değişim Yapma Durumu		F	p
	Yaptı (n=39) Ort $\pm$ SS	Yapmadı (n=30) Ort $\pm$ SS		
DZYA toplam puan	118.51 $\pm$ 17.81	119.60 $\pm$ 17.69	0.064	0.802
DUADBA toplam puan	70.61 $\pm$ 7.18	69.13 $\pm$ 7.04	0.733	0.395
DUADBA uyum puanı	23.94 $\pm$ 4.09	23.83 $\pm$ 2.53	0.018	0.893
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	46.66 $\pm$ 4.69	45.30 $\pm$ 6.29	1.068	0.305
DUADBA zaman yönetimi puanı	8.79 $\pm$ 1.62	8.73 $\pm$ 1.22	0.030	0.863

Adolesanların anket puan ortalamalarının kan glukozu ölçüm sıklığı ve ölçüm sonuçlarını kaydetme durumu ile karşılaştırılması

Kan glukozu ölçüm sıklığına göre adolesanların anket puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Adolesanların DUADBA uyum ve zaman yönetimi puanı ile kan glukozu ölçüm sonuçlarını kaydetme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$) ve ölçüm sonuçlarını kaydeden olguların DUADBA uyum puanı anlamlı düzeyde yüksek, DUADBA zaman yönetimi puanı ise anlamlı düzeyde düşüktür. Diğer anket puanları ise ölçüm sonuçlarını kaydetme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (Tablo 46).

Tablo 46. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Kan Glukozu Ölçüm Sıklığı ve Ölçüm Sonuçlarını Kaydetme Durumu ile Karşılaştırılması

Anket	Kan Glukozu Ölçüm Sıklığı						KW	p	Kan Glukozu Ölçüm Sonuçlarını Kaydetme			
	1 kez veya gerektiğinde daha sık /gün (n=5)	2 kez veya gerektiğinde daha sık /gün (n=18)	3 kez veya gerektiğinde daha sık /gün (n=15)	4 kez veya gerektiğinde daha sık /gün (n=13)	5 kez veya gerektiğinde daha sık /gün (n=7)	1, 4 kez veya gerektiğinde daha sık /hafta (n=11)			Kaydetmiyor (n=23)	Kaydediyor (n=46)	F	p
	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS			Ort ±SS	Ort ±SS		
DZYA toplam puan	120.60±22.12	118.16±19.21	119.73±15.24	116.00±18.59	110.57±15.92	127.45±15.98	12.324	0.501	123.08±18.69	116.93±16.91	1.890	0.174
DUADBA toplam puan	67.60±6.38	68.77±8.29	70.20±4.52	69.46±7.77	72.00±6.55	72.00±8.40	5.008	0.975	69.47±6.66	70.21±7.38	0.164	0.687
DUADBA uyum puanı	23.40±2.79	23.66±4.33	23.66±2.69	24.23±2.83	24.71±4.92	23.91±3.47	9.534	0.732	22.39±3.61	24.65±3.19	7.040	0.010 *
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	44.20±3.89	45.11±6.11	46.53±3.66	45.23±6.49	47.28±3.91	48.09±6.59	5.079	0.973	47.08±4.49	45.56±5.84	1.200	0.277
DUADBA zaman yönetimi puanı	8.20±2.16	8.61±1.24	8.93±1.33	8.92±1.38	8.28±0.95	9.18±1.99	8.280	0.825	9.34±1.58	8.47±1.31	5.854	0.018 *

* p<0.05

Adolesanların anket puan ortalamalarının son bir haftada kan glukozunu ölçme durumu ile karşılaştırılması

Adolesanların DZYA toplam puanı son bir haftada kan glukozunu ölçme durumuna göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.01$). Son bir haftada kan glukozunu ölçen adolesanların DZYA toplam puanı anlamlı düzeyde düşüktür. Diğer anket puanları ile son bir haftada kan glukozunu ölçme durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 47).

Tablo 47. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Son Bir Haftada Kan Glukozunu Ölçme Durumu ile Karşılaştırılması

Anket	Son Bir Haftada Kan Glukozunu Ölçme		F	p
	Ölçmedi (n=18)	Ölçtü (n=51)		
	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS		
DZYA toplam puan	130.11 $\pm$ 16.01	115.05 $\pm$ 16.60	11.136	0.001 **
DUADBA toplam puan	69.11 $\pm$ 6.96	70.27 $\pm$ 7.20	0.353	0.555
DUADBA uyum puanı	23.44 $\pm$ 3.46	24.06 $\pm$ 3.51	0.411	0.524
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	45.66 $\pm$ 5.85	46.1 $\pm$ 5.35	0.133	0.716
DUADBA zaman yönetimi puanı	8.88 $\pm$ 1.77	8.72 $\pm$ 1.34	0.165	0.686

** $p<0.01$

Adolesanların anket puan ortalamalarının ölçüm çubuklarının ücretle alınması durumunda sorun oluşturma durumu ile karşılaştırılması

Anket puanları ile ölçüm çubuklarının ücretle alınması durumunda sorun oluşturma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$) (Tablo 48).

Tablo 48. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Ölçüm Çubuklarının Ücretle Alınması Durumunda Sorun Oluşturma Durumu ile Karşılaştırılması

Anket	Ölçüm Çubuklarının Ücretle Alınması Durumunda Sorun Oluşturma		F	p
	Oluşturuyor (n=22) Ort ±SS	Oluşturmuyor (n=39) Ort ±SS		
DZYA toplam puan	117.41±14.77	119.28±18.53	0.196	0.822
DUADBA toplam puan	72.68±7.06	68.64±6.73	2.455	0.094
DUADBA uyum puanı	25.22±3.26	23.31±3.59	2.463	0.093
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	47.45±5.91	45.33±5.02	1.74	0.470
DUADBA zaman yönetimi puanı	8.36±1.43	8.92±1.49	1.321	0.274

Adolesanların anket puan ortalamalarının idrarda keton ölçümü yapma, ölçüm sonuçlarını kaydetme ve son bir haftada idrarda keton ölçümü sıklığı ile karşılaştırılması

İdrarda keton ölçümü yapma, idrar ketonu ölçüm sonuçlarını kaydetme ve son bir haftada idrarda keton ölçümü sıklığına göre adolesanların anket puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 49).

Adolesanların anket puan ortalamalarının son bir haftada sabah, öğle, akşam yemeklerini, gece yatmadan önce ara öğünleri ve beslenme planına uygun olmayan besinleri yeme durumu ile karşılaştırılması

Adolesanların anket puanları son bir haftada sabah, öğle, akşam yemeklerini, gece yatmadan önce ara öğünleri ve beslenme planına uygun olmayan besinleri yeme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 50).

Tablo 49. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının İdrarda Keton Ölçümü Yapma, Ölçüm Sonuçlarını Kaydetme ve Son Bir Haftada İdrarda Keton Ölçümü Sıklığı ile Karşılaştırılması

Anket	İdrarda Keton Ölçümü				İdrar Ketonu Ölçüm Sonuçlarını Kaydetme Durumu				Keton Sıklığı/Son Bir Haftada						KW	p
	Yapıyor (n=7)	Kan Glukozu Yüksek Çıktığında Yapıyor (n=32)	Yapmıyor (n=30)	KW	p	Kaydetmiyor (n=23)	Kaydediyor (n=16)	F	p	1-3 kez (n=3)	4-6 kez (n=1)	Hiç saptamadı (n=18)	Bilmiyor (n=6)	İdrarında keton bakmadı (n=41)		
										Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS		
DZYA toplam puan	129±22.07	116.97±12.16	118.80±20.89	1.355	0.508	119.69±13.13	117.25±16.61	0.100	0.905	117.66±11.84	112.00±0.00	120.22±13.67	129.50±25.61	117.17±18.39	2.065	0.724
DUADBA toplam puan	70.86±5.08	70.78±7.71	68.90±6.89	0.879	0.644	71.95±7.11	69.12±7.46	1.364	0.263	69.66±7.76	64.00±0.00	72.33±6.95	68.66±4.67	69.29±7.45	4.338	0.362
DUADBA uyum puanı	24.71±3.14	24.65±2.47	22.90±4.24	3.048	0.218	24.31±2.49	25.12±3.01	2.396	0.099	25.33±1.15	21.00±0.00	25.38±2.89	21.16±2.22	23.61±3.71	9.274	0.055
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	46.14±4.41	46.12±6.31	46.00±4.79	0.125	0.939	47.65±6.44	44.00±5.21	2.205	0.118	44.33±6.65	43.00±0.00	46.94±5.47	47.50±3.67	45.68±5.71	3.030	0.700
DUADBA zaman yönetimi puanı	9.14±1.21	8.56±1.47	8.90±1.49	0.880	0.644	8.82±1.69	8.68±1.44	0.042	0.959	8.66±0.57	8.00±0.00	8.22±1.69	9.33±2.25	8.95±1.22	2.192	0.553

Tablo 50. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Son Bir Haftada Sabah, Öğle, Akşam Yemeklerini, Gece Yatmadan Önce Ara Öğünleri ve Beslenme Planına Uygun Olmayan Besinleri Yeme Durumu ile Karşılaştırılması

Anket	Son Bir Haftada Sabah, Öğle, Akşam Yemeklerini Yeme				Son Bir Haftada Gece Yatmadan Önce Ara Öğünleri Yeme				Son Bir Haftada Beslenme Planına Uygun Olmayan Besinleri Yeme			
	Yemedi (n=14)	Yedi (n=55)	F	P	Yedi (n=43)	Yemedi (n=26)	F	P	Yemedi (n=25)	Yedi (n=44)	F	p
	Ort ±SS	Ort ±SS			Ort ±SS	Ort ±SS			Ort ±SS	Ort ±SS		
DZYA toplam puan	122.42±17.59	118.11±17.69	0.666	0.417	118.48±16.43	119.81±19.78	0.089	0.766	114.08±17.62	121.77±17.22	3.128	0.082
DUADBA toplam puan	67.71±5.91	70.54±7.32	1.789	0.186	70.67±7.43	68.81±6.52	1.118	0.294	69.84±6.18	70.04±7.65	0.013	0.909
DUADBA uyum puanı	22.71±3.71	24.20±3.39	2.064	0.155	24.21±3.18	23.38±3.94	0.908	0.344	24.28±3.58	23.68±3.44	0.467	0.497
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	45.00±4.67	46.34±5.63	0.677	0.413	46.46±5.77	45.42±4.90	0.589	0.445	45.56±4.82	46.36±5.81	0.343	0.560
DUADBA zaman yönetimi puanı	9.00±1.24	8.71±1.51	0.441	0.509	8.72±1.46	8.84±1.46	0.118	0.732	8.32±1.14	9.02±1.56	3.867	0.053

Adolesanların anket puan ortalamalarının son bir haftada egzersiz yapma durumu ile karşılaştırılması

Adolesanların DUADBA uyum puanı son bir haftada egzersiz yapma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Son bir haftada egzersiz yapan olguların DUADBA uyum puanı anlamlı düzeyde yüksektir. Diğer anket puanları ile son bir haftada egzersiz yapma durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 51).

Tablo 51. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Son Bir Haftada Egzersiz Yapma Durumu ile Karşılaştırılması

Anket	Son Bir Haftada Egzersiz		F	p
	Yapıyor (n=46) Ort $\pm$ SS	Yapmıyor (n=23) Ort $\pm$ SS		
DZYA toplam puan	116.76 $\pm$ 16.87	123.43 $\pm$ 18.64	2.236	0.140
DUADBA toplam puan	70.45 $\pm$ 7.15	69.00 $\pm$ 7.07	0.640	0.427
DUADBA uyum puanı	24.56 $\pm$ 3.08	22.56 $\pm$ 3.91	5.386	0.023 *
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	45.89 $\pm$ 5.88	46.43 $\pm$ 4.54	0.151	0.699
DUADBA zaman yönetimi puanı	8.63 $\pm$ 1.43	9.04 $\pm$ 1.49	1.237	0.270

* $p<0.05$

Adolesanların anket puan ortalamalarının banyo yapma, diş fırçalama ve ayak bakımı ile karşılaştırılması

Banyo yapma, diş fırçalama ve ayak bakımı ile adolesanların anket puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 52).

Tablo 52. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Banyo Yapma, Diş Fırçalama ve Ayak Bakımı ile Karşılaştırılması

Anket	Banyo Yapma				Diş Fırçalama				Ayak Bakımı				
	Gün (n=16)	Hafta (n=53)	F	p	Düzenli (n=62)	Düzensiz (n=7)	KW	p	Gün (n=30)	Hafta (n=19)	Bazen/Hiç (n=19)	F	p
	Ort ±SS	Ort ±SS			Ort ±SS	Ort ±SS			Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS		
DZYA toplam puan	116.81±15.98	119.64±18.19	0.313	0.578	118.48±17.81	123.42±16.62	0.718	0.982	120.50±15.31	114.73±20.82	120.15±18.16	1.207	0.317
DUADBA toplam puan	68.93±7.11	70.28±7.15	0.436	0.511	69.69±7.05	72.42±7.74	5.703	0.336	69.36±7.15	70.47±6.24	70.52±8.26	0.669	0.616
DUADBA uyum puanı	24.18±2.97	23.81±3.64	0.142	0.708	23.81±3.51	24.71±3.40	5.630	0.334	24.33±3.13	24.21±3.44	23.11±4.02	2.188	0.080
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	44.75±6.01	46.47±5.26	1.231	0.271	45.88±5.55	47.71±4.38	5.890	0.317	45.03±5.69	46.26±4.74	47.42±5.78	0.658	0.624
DUADBA zaman yönetimi puanı	8.31±1.44	8.91±1.44	2.070	0.155	8.79±1.45	8.57±1.61	3.998	0.550	8.63±1.62	8.63±1.21	9.05±1.43	1.059	0.384

Adolesanların anket puan ortalamalarının arkadaş çevresi ve öğretmen tarafından diyabetin bilinme durumu ile karşılaştırılması

Arkadaş çevresi tarafından adolesanın diyabetinin bilinme durumuna göre DUADBA toplam puanı anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$) ve diyabetini arkadaş çevresinin hepsi bilen adolesanların arkadaşlarının çoğunluğu bilen adolesanlara göre DUADBA toplam puanı daha yüksektir. Diğer anket puanları arkadaş çevresi tarafından adolesanın diyabetinin bilinme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Öğretmen tarafından diyabetin bilinme durumu ile anket puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 53).

Adolesanların anket puan ortalamalarının insülin tedavisinde, kendi kendine izlemde, beslenmede, egzersizde ve özel durumlarda sosyal destek alma durumu ile karşılaştırılması

Adolesanların anket puanları ile insülin tedavisinde sosyal destek alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0.05$, $p<0.01$, $p<0.001$). Sosyal destek alan olgularda DZYA toplam puanı ve DUADBA zaman yönetimi puanı anlamlı düzeyde düşük, DUADBA toplam puanı, uyum puanı ve diyabet uyumu göstergesi puanı anlamlı düzeyde yüksektir. Adolesanların DUADBA toplam puanı, DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı kendi kendine izlemde sosyal destek alma durumuna göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.01$) ve kendi kendine izlemde sosyal destek alan olgularda DUADBA toplam puanı ve DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı anlamlı düzeyde yüksektir. Diğer anket puanları ile kendi kendine izlemde sosyal destek alma durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Anket puanları beslenmede ve egzersizde sosyal destek alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Özel durumlarda sosyal destek alma durumuna göre adolesanların DUADBA uyum puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$) ve sosyal destek alan olgularda DUADBA uyum puanı anlamlı düzeyde yüksektir. Diğer anket puanları ile özel durumlarda sosyal destek alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$) (Tablo 54).

Tablo 53. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Arkadaş Çevresi ve Öğretmen Tarafından Diyabetin Bilinme Durumu ile Karşılaştırılması

Anket	Arkadaş Çevresi Tarafından Diyabetin Bilinme Durumu						Öğretmen Tarafından Diyabetin Bilinme Durumu					
	Hiç biri bilmiyor (n=4)	Bir kısmı biliyor (n=7)	Çoğunluğu biliyor (n=26)	Hepsi biliyor (n=32)	KW	p	Hiçbiri bilmiyor (n=8)	Bir kısmı biliyor (n=22)	Çoğunluğu biliyor (n=16)	Hepsi biliyor (n=18)	F	p
	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS			Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS		
DZYA toplam puan	112.75±24.39	119.28±16.07	123.73±18.96	115.84±15.82	3.530	0.317	121.25±22.05	123.18±18.81	112.25±15.01	115.83±14.66	1.321	0.272
DUADBA toplam puan	64.25±1.89	73.57±6.92	67.76±7.00	71.68±6.89	9.202	0.027 *	66.00±5.31	70.81± 6.75	70.81± 8.32	71.05± 6.99	1.002	0.413
DUADBA uyum puanı	20.75±4.19	24.57±2.76	23.34±3.53	24.59±3.34	5.064	0.167	21.62±3.15	23.95± 3.65	24.81± 3.60	24.27± 3.17	1.222	0.311
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	43.50±3.11	49.00±6.21	44.42±5.65	47.09±4.97	7.294	0.063	44.37±5.18	46.86±4.99	46.00± 6.66	46.77± 5.31	0.773	0.547
DUADBA zaman yönetimi puanı	9.25±1.50	8.28±0.75	8.61±1.62	8.93±1.43	2.467	0.481	9.00±1.31	8.72± 1.48	8.81± 1.04	8.72± 1.90	0.121	0.975

* p<0.05

Tablo 54. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının İnsülin Tedavisinde, Kendi Kendine İzlemde, Beslenmede, Egzersizde ve Özel Durumlarda Sosyal Destek Alma Durumu ile Karşılaştırılması

Anket	İnsülin Tedavisinde Sosyal Destek Alma		F	p	Kendi Kendine İzlemde Sosyal Destek Alma		F	p
	Alıyor (n=43) Ort ±SS	Almıyor (n=26) Ort ±SS			Alıyor (n=39) Ort ±SS	Almıyor (n=30) Ort ±SS		
DZYA toplam puan	114.39±14.65	126.57±19.72	8.593	0.005**	116.82±14.82	121.80±20.65	1.359	0.248
DUADBA toplam puan	72.53±6.76	65.73±5.53	18.685	0.000***	72.17±7.37	67.10±5.68	9.763	0.003**
DUADBA uyum puanı	24.62±3.55	22.69±3.05	5.326	0.024*	24.33±3.88	23.33±2.83	1.407	0.240
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	47.91±5.09	43.03±4.66	15.742	0.000***	47.84±5.32	43.76±4.76	10.888	0.002**
DUADBA zaman yönetimi puanı	8.48±1.24	9.23±1.68	4.420	0.039*	8.61±1.34	8.96±1.58	0.986	0.324

*p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

Tablo 54. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının İnsülin Tedavisinde, Kendi Kendine İzlemde, Beslenmede, Egzersizde ve Özel Durumlarda Sosyal Destek Alma Durumu ile Karşılaştırılması (Devam)

Anket	Beslenmede Sosyal Destek Alma				Egzersizde Sosyal Destek Alma				Özel Durumlarda Sosyal Destek Alma			
	Alıyor (n=59)	Almıyor (n=10)	F	p	Alıyor (n=30)	Almıyor (n=39)	F	p	Alıyor (n=22)	Almıyor (n=47)	F	p
	Ort ±SS	Ort ±SS			Ort ±SS	Ort ±SS			Ort ±SS	Ort ±SS		
DZYA toplam puan	117.98±17.76	124.90±16.48	1.321	0.254	118.46±16.84	119.38±18.43	0.045	0.832	115.22±14.88	120.74±18.67	1.477	0.229
DUADBA toplam puan	70.49±7.23	66.90±5.70	2.219	0.141	70.60±6.96	69.48±7.27	0.412	0.523	72.18±7.38	68.93±6.81	3.223	0.077
DUADBA uyum puanı	24.05±3.44	23.00±3.77	0.776	0.381	23.76±2.86	24.00±3.92	0.075	0.785	25.45±3.23	23.17±3.38	7.022	0.010*
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	46.44±5.43	43.90±5.25	1.883	0.175	46.83±5.25	45.48±5.58	1.036	0.313	46.72±5.86	45.76±5.28	0.463	0.499
DUADBA zaman yönetimi puanı	8.81±1.45	8.50±1.51	0.393	0.533	8.66±1.60	8.84±1.34	0.255	0.615	8.41±1.09	8.93±1.57	1.991	0.163

* p<0.05

Adolesanların anket puan ortalamalarının diyabet yönetiminde sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumu ile karşılaştırılması

Adolesanların anket puanları ile adolesanın diyabet yönetiminde sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$) (Tablo 55).

Tablo 55. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Diyabet Yönetiminde Sağlık Ekibi Üyelerinden Yardım Alma Durumu ile Karşılaştırılması

Anket	Sağlık Ekibi Üyelerinden Yardım Alma		F	p
	Alıyor (n=59) Ort $\pm$ SS	Almıyor (n=10) Ort $\pm$ SS		
DZYA toplam puan	118.20 $\pm$ 17.22	123.60 $\pm$ 20.26	0.798	0.375
DUADBA toplam puan	70.44 $\pm$ 6.88	67.20 $\pm$ 8.16	1.796	0.185
DUADBA uyum puanı	24.11 $\pm$ 3.51	22.60 $\pm$ 3.13	1.642	0.204
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	46.32 $\pm$ 5.22	44.60 $\pm$ 6.76	0.852	0.359
DUADBA zaman yönetimi puanı	8.64 $\pm$ 1.44	9.50 $\pm$ 1.35	3.041	0.086

Adolesanların anket puan ortalamalarının diyabet yönetiminde hekim, hemşire, diyetisyen ve psikologdan yardım alma durumu ile karşılaştırılması

Adolesanların anket puanları diyabet yönetiminde hekimden, hemşireden, diyetisyenden ve psikologdan yardım alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 56).

Tablo 56. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Diyabet Yönetiminde Hekim, Hemşire, Diyetisyen ve Psikologdan Yardım Alma Durumu ile Karşılaştırılması

Anket	Hekimden Yardım		F	p	Hemşireden Yardım		F	p	Diyetisyenden Yardım		F	p	Psikologdan Yardım		F	p
	Alıyor (n=48)	Almıyor (n=11)			Alıyor (n=48)	Almıyor (n=10)			Alıyor (n=31)	Almıyor (n=27)			Alıyor (n=22)	Almıyor (n=36)		
	Ort ±SS	Ort ±SS			Ort ±SS	Ort ±SS			Ort ±SS	Ort ±SS			Ort ±SS	Ort ±SS		
DZYA toplam puan	116.85±15.88	124.09±22.07	1.596	0.212	117.45±17.50	124.20±14.28	1.298	0.260	118.03±15.14	119.29±19.32	0.078	0.781	122.13±13.04	116.47±18.97	1.517	0.223
DUADBA toplam puan	71.06±7.23	67.72±4.38	2.140	0.149	70.62±6.91	68.60±6.44	0.724	0.398	70.96±7.53	69.48±5.95	0.680	0.413	71.77±6.49	69.36±6.95	1.725	0.194
DUADBA uyum puanı	24.18±3.69	23.81±2.67	0.097	0.756	24.37±3.61	22.80±3.01	1.655	0.204	24.32±3.59	23.85±3.52	0.251	0.618	25.22±2.86	23.41±3.77	3.738	0.058
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	46.87±5.41	43.91±3.56	2.987	0.089	46.25±5.11	45.80±5.49	0.062	0.804	46.64±5.77	45.62±4.34	0.560	0.458	46.54±5.22	45.94±5.14	0.184	0.669
DUADBA zaman yönetimi puanı	8.72±1.39	8.27±1.67	0.888	0.350	8.54±1.39	9.20±1.68	1.709	0.196	8.87±1.52	8.41±1.36	1.472	0.230	8.86±1.69	8.52±1.29	0.721	0.399

Adolesanların anket puan ortalamalarının insülin tedavisinde, kendi kendine izlemde, beslenmede, egzersizde, özel durumlarda ve kronik komplikasyonlarda sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumu ile karşılaştırılması

Adolesanların DUADBA zaman yönetimi puanı insülin tedavisinde sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$) ve insülin tedavisinde sağlık ekibi üyelerinden yardım alan olgularda DUADBA zaman yönetimi puanı daha düşüktür. Diğer anket puanları ile insülin tedavisinde yardım alma durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$). Kendi kendine izlemde, beslenmede, egzersizde, özel durumlarda ve kronik komplikasyonlarda sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumuna göre adolesanların anket puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 57).

Adolesanların anket puan ortalamalarının son bir yılda kontrole gelme, diyabet nedeniyle hastaneye yatma ve okula devamsızlık durumu ile karşılaştırılması

Adolesanların DZYA toplam puanı ile adolesanların son bir yılda kontrole gelme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0.05$) ve son bir yılda kontrole gelen olguların DZYA toplam puanları anlamlı düzeyde düşüktür. Diğer anket puanları ile adolesanların son bir yılda kontrole gelme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Diyabet nedeniyle hastaneye yatma ve okula devamsızlık durumuna göre adolesanların anket puanları ise anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 58).

Tablo 57. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının İnsülin Tedavisinde, Kendi Kendine İzlemde, Beslenmede, Egzersizde, Özel Durumlarda ve Kronik Komplikasyonlarda Sağlık Ekibi Üyelerinden Yardım Alma Durumu ile Karşılaştırılması

Anket	İnsülin Tedavisinde Sağlık Ekibi Üyelerinden Yardım Alma		F	p	Kendi Kendine İzlemde Sağlık Ekibi Üyelerinden Yardım Alma		F	p	Beslenmede Sağlık Ekibi Üyelerinden Yardım Alma		F	p
	Alıyor (n=54) Ort ±SS	Almıyor (n=6) Ort ±SS			Alıyor (n=17) Ort ±SS	Almıyor (n=43) Ort ±SS			Alıyor (n=44) Ort ±SS	Almıyor (n=15) Ort ±SS		
DZYA toplam puan	117.25±16.81	125.16±19.94	1.155	0.287	124.35±18.21	115.55±16.21	3.344	0.073	117.81±16.75	119.13±19.19	0.064	0.801
DUADBA toplam puan	70.48±7.08	70.00±4.14	0.026	0.871	70.71±7.25	70.32±6.73	0.037	0.848	70.81±7.28	68.80±5.11	0.981	0.326
DUADBA uyum puanı	24.07±3.43	24.00±4.47	0.002	0.961	23.58±4.15	24.25±3.25	0.437	0.511	23.77±3.53	24.53±3.22	0.540	0.466
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	46.41±5.38	46.00±3.22	0.033	0.857	47.11±5.17	46.06±5.22	0.493	0.485	47.04±5.22	44.26±4.83	3.285	0.075
DUADBA zaman yönetimi puanı	8.51±1.32	9.83±1.94	4.821	0.032*	8.52±1.28	8.69±1.50	0.165	0.686	8.77±1.46	8.33±1.39	1.034	0.314

* p<0.05

Tablo 57. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının İnsülin Tedavisinde, Kendi Kendine İzlemde, Beslenmede, Egzersizde, Özel Durumlarda ve Kronik Komplikasyonlarda Sağlık Ekibi Üyelerinden Yardım Alma Durumu ile Karşılaştırılması (Devam)

Anket	Egzersizde Sağlık Ekibi Üyelerinden Yardım				Özel Durumlarda Sağlık Ekibi Üyelerinden Yardım Alma				Kronik Komplikasyonlarda Sağlık Ekibi Üyelerinden Yardım Alma			
	Alma		F	p	Yardım Alma		F	p	Yardım Alma		F	p
	Alıyor (n=16) Ort ±SS	Almıyor (n=43) Ort ±SS			Alıyor (n=8) Ort ±SS	Almıyor (n=50) Ort ±SS			Alıyor (n=5) Ort ±SS	Almıyor (n=53) Ort ±SS		
DZYA toplam puan	118.00±14.34	118.21±18.36	0.002	0.967	124.75±11.57	117.16±18.01	1.321	0.255	117.00±10.31	118.32±17.97	0.026	0.873
DUADBA toplam puan	72.06±7.47	69.65±6.52	1.472	0.230	70.12±8.37	70.28±6.69	0.003	0.953	69.20±7.88	70.35±6.83	0.128	0.722
DUADBA uyum puanı	24.31±2.49	23.83±3.76	0.218	0.642	25.50±3.11	23.68±3.48	1.930	0.170	25.60±2.07	23.77±3.54	1.273	0.264
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	47.75±6.19	45.81±4.79	1.616	0.209	44.62±6.45	46.60±5.08	0.967	0.330	43.60±7.76	46.58±5.01	1.476	0.229
DUADBA zaman yönetimi puanı	8.56±1.36	8.69±1.48	0.100	0.753	8.12±1.55	8.74±1.44	1.233	0.272	8.20±1.92	8.69±1.42	0.529	0.470

Tablo 58. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Son Bir Yılda Kontrole Gelme, Diyabet Nedeniyle Hastaneye Yatma ve Okula Devamsızlık Durumu ile Karşılaştırılması

Anket	Kontrole Gelme				Hastaneye Yatma				Okula Devamsızlık Yapma			
	Geldi (n=60)	Gelmedi (n=9)	F	p	Yattı (n=7)	Yatmadı (n=62)	F	p	Yaptı (n=31)	Yapmadı (n=37)	F	p
	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS			Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS			Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS		
DZYA toplam puan	117.31 $\pm$ 17.32	130.11 $\pm$ 16.46	4.320	0.042 *	111.00 $\pm$ 15.02	119.88 $\pm$ 17.78	1.611	0.209	120.45 $\pm$ 18.75	117.89 $\pm$ 17.04	0.347	0.558
DUADBA toplam puan	69.85 $\pm$ 7.32	70.77 $\pm$ 5.82	0.131	0.718	69.42 $\pm$ 6.32	70.03 $\pm$ 7.24	0.045	0.833	69.45 $\pm$ 6.17	70.43 $\pm$ 7.95	0.313	0.578
DUADBA uyum puanı	23.88 $\pm$ 3.61	24.00 $\pm$ 2.59	0.009	0.926	24.00 $\pm$ 2.94	23.88 $\pm$ 3.55	0.007	0.936	24.35 $\pm$ 3.16	23.48 $\pm$ 3.76	1.036	0.312
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	45.96 $\pm$ 5.61	46.77 $\pm$ 4.43	0.171	0.680	45.42 $\pm$ 5.47	46.14 $\pm$ 5.48	0.107	0.744	45.09 $\pm$ 4.96	46.94 $\pm$ 5.81	1.946	0.168
DUADBA zaman yönetimi puanı	8.78 $\pm$ 1.46	8.66 $\pm$ 1.50	0.049	0.825	9.57 $\pm$ 1.90	8.67 $\pm$ 1.38	2.419	0.125	8.83 $\pm$ 1.48	8.72 $\pm$ 1.46	0.092	0.762

* p<0.05

Adolesanların anket puan ortalamalarının son bir haftada ailesiyle/ arkadaşlarıyla ilişkileri bozan sorunlar ile karşılaştırılması

Adolesanların anket puanları ile son bir haftada ailesiyle/ arkadaşlarıyla ilişkileri bozan sorunlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 59).

Tablo 59. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Son Bir Haftada Ailesiyle/Arkadaşlarıyla İlişkileri Bozan Sorunlar ile Karşılaştırılması

Anket	Sorun		F	p
	Yaşadı (n=14) Ort $\pm$ SS	Yaşamadı (n=55) Ort $\pm$ SS		
DZYA toplam puan	125.57 $\pm$ 18.81	117.31 $\pm$ 17.09	2.503	0.118
DUADBA toplam puan	70.21 $\pm$ 6.53	69.91 $\pm$ 7.31	0.020	0.887
DUADBA uyum puanı	23.21 $\pm$ 4.49	24.07 $\pm$ 3.20	0.675	0.414
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	47.00 $\pm$ 3.67	45.83 $\pm$ 5.81	0.505	0.480
DUADBA zaman yönetimi puanı	9.42 $\pm$ 1.50	8.60 $\pm$ 1.41	3.757	0.057

Adolesanların anket puan ortalamalarının adolesanın diyabeti algılaması ile karşılaştırılması

Adolesanın diyabeti algılaması ile adolesanların anket puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 60).

Tablo 60. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Adolesanın Diyabeti Algılaması ile Karşılaştırılması

Anket	Algılama		F	p
	Olumlu (n=12) Ort $\pm$ SS	Olumsuz (n=16) Ort $\pm$ SS		
DZYA toplam puan	116.33 $\pm$ 16.78	125.75 $\pm$ 15.95	1.567	0.216
DUADBA toplam puan	72.66 $\pm$ 6.01	70.31 $\pm$ 7.12	1.233	0.298
DUADBA uyum puanı	25.25 $\pm$ 2.66	23.31 $\pm$ 2.75	1.184	0.312
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	47.41 $\pm$ 4.91	47.00 $\pm$ 6.11	0.201	0.818
DUADBA zaman yönetimi puanı	8.58 $\pm$ 1.78	8.93 $\pm$ 1.38	0.991	0.377

Adolesanların anket puan ortalamalarının son bir haftada hipoglisemi ve hiperglisemi sıklığı ile karşılaştırılması

Son bir haftada hipoglisemi ve hiperglisemi sıklığına göre adolesanların anket puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 61).

Adolesanların anket puan ortalamalarının açlık ve tokluk kan glukozu ile karşılaştırılması

Adolesanların anket puanları açlık ve tokluk kan glukozu değerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 62).

Adolesanların anket puan ortalamalarının HbA_{1c} değeri ve en son HbA_{1c} değerini bilme durumu ile karşılaştırılması

Adolesanların HbA_{1c} değeri ve en son HbA_{1c} değerini bilme durumuna göre adolesanların anket puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 63).

Tablo 61. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Son Bir Haftadaki Hipoglisemi ve Hiperglisemi Sıklığı ile Karşılaştırılması

Anket	Hipoglisemi / Son Bir Hafta						KW	p	Hiperglisemi / Son Bir Hafta						KW	p
	1-3 kez (n=27)	4-6 kez (n=11)	7-9 kez (n=4)	10 kez ve üzeri (n=2)	Hiç yaşamadı (n=20)	Bilmiyorum (n=5)			1-3 kez (n=32)	4-6 kez (n=15)	7-9 kez (n=5)	10 kez ve üzeri (n=3)	Hiç yaşamadı (n=12)	Bilmiyorum (n=2)		
	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS			Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS		
DZYA toplam puan	117.07±17.01	130.45±19.51	109.50±13.02	112.00±9.89	118.95±18.82	114.60±9.83	5.178	0.395	117.25±13.33	126.60±23.73	130.60±11.86	122.00±25.94	107.25±11.95	126.50±28.99	9.835	0.080
DUADBA toplam puan	68.88±7.83	66.81±5.65	77.00±5.59	78.00±4.24	70.65±6.07	71.20±7.56	9.893	0.078	70.09±7.76	70.53±7.36	71.80±9.03	66.66±0.57	69.00±5.39	70.00±9.89	0.906	0.970
DUADBA uyum puanı	23.59±3.59	23.45±2.87	27.00±4.24	28.00±1.41	23.90±3.02	22.40±4.67	6.556	0.256	23.62±3.11	23.60±4.53	25.80±2.28	24.00±1.73	24.08±3.96	24.50±3.53	2.671	0.751
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	45.29±6.51	43.36±3.91	50.00±3.16	50.00±2.82	46.75±4.63	48.80±4.54	9.267	0.099	46.46±5.94	46.93±4.55	46.00±8.74	42.66±2.08	44.91±4.35	45.50±6.36	2.925	0.712
DUADBA zaman yönetimi puanı	8.92±1.23	9.00±1.48	9.00±1.82	8.50±0.71	8.55±1.82	8.20±1.09	2.564	0.767	8.53±1.26	9.46±1.24	8.40±1.94	9.66±2.31	8.41±1.67	9.01±1.41	7.455	0.189

Tablo 62. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Açlık ve Tokluk Kan Glukozu ile Karşılaştırılması

Anket	Açlık Kan Glukozu			KW	p	Tokluk Kan Glukozu			KW	p
	79 mg/dl ve altı (n=6)	80-110 mg/dl (n=12)	111 mg/dl ve üzeri (n=38)			89 mg/dl ve altı (n=2)	90-140 mg/dl (n=13)	141 mg/dl ve üzeri (n=32)		
	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS			Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS		
DZYA toplam puan	116.83± 16.98	113.25±18.98	119.26±16.91	46.161	0.589	112.00±2.82	112.92±17.02	119.43±17.23	41.227	0.505
DUADBA toplam puan	67.50± 8.09	71.16±6.23	69.81±7.19	47.696	0.526	77.00±5.65	71.15±4.96	68.43±7.65	36.115	0.726
DUADBA uyum puanı	22.66± 4.41	23.83±2.12	24.11±3.84	55.720	0.237	27.50±0.71	24.84±3.11	23.34±3.29	39.354	0.588
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	44.83± 5.23	47.33±5.59	45.71±5.25	44.592	0.652	49.50± 4.94	46.31±4.15	45.09±6.29	41.046	0.513
DUADBA zaman yönetimi puanı	8.33± 1.36	8.91±1.31	8.68±1.27	42.230	0.742	9.00±1.41	8.23±1.01	8.78±1.58	44.283	0.376

Tablo 63. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının HbA_{1c} Değeri ve En Son HbA_{1c} Değerini Bilme Durumu ile Karşılaştırılması

Anket	HbA _{1c} Değeri (%)				KW	p	HbA _{1c} Değeri		F	p
	6.5-7.1 (n=3)	7.2-8.4 (n=22)	8.5-9.4 (n=18)	9.5 ve üzeri (n=23)			Doğru biliyor (n=50)	Yanlış biliyor (n=7)		
	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS			Ort ±SS	Ort ±SS		
DZYA toplam puan	137.33±19.75	107.81±12.03	122.22±18.39	125.26±16.91	9.919	0.193	119.70±18.67	116.14±12.08	0.238	0.628
DUADBA toplam puan	69.00±2.64	69.63±7.18	70.38±7.09	70.69±6.94	9.022	0.251	69.36±7.31	70.71±7.11	0.211	0.647
DUADBA uyum puanı	23.00±2.64	23.63±4.53	24.27±2.96	24.17±3.02	3.760	0.807	23.52±3.78	25.00±2.71	0.991	0.324
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	46.00±5.19	46.00±4.63	46.11±5.62	46.52±5.71	10.740	0.150	45.84±5.42	45.71±5.12	0.003	0.954
DUADBA zaman yönetimi puanı	8.00±2.00	8.63±1.39	8.77±1.51	8.82±1.46	4.906	0.671	8.92±1.42	8.14±1.77	1.721	0.195

6.4.2.2. Adölesanların anket puan ortalamalarının zaman yönetimi özellikleri ile karşılaştırılması

Bu bölümde DZYA, DUADBA'nın zaman yönetimi özellikleri ile karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 64. Adölesanların Anket Puan Ortalamalarının Diyabet Kontrolüne Gelirken Diyabet Hemşiresine Soru Listesi Hazırlama Durumu ile Karşılaştırılması

Anket	Soru Listesi Hazırlama					F	p
	Hayır yapmam (n=25)	Hemen hemen hiç yapmam (n=9)	Bazen yaparım (n=20)	Çoğu zaman yaparım (n=6)	Her zaman yaparım (n=9)		
	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS		
DZYA toplam puan	123.92±20.09	116.88±13.36	117.50±17.31	123.50±17.52	107.66±10.17	1.641	0.175
DUADBA toplam puan	67.84±6.98	69.66±8.24	69.10±6.19	75.50±5.82	74.44±6.46	2.677	0.040 *
DUADBA uyum puanı	22.88±3.73	25.44±3.21	23.25±3.69	25.66±2.06	25.44±1.94	2.112	0.090
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	44.96±5.13	44.22±7.01	45.85±4.51	49.83±4.95	49.00±5.67	2.004	0.104
DUADBA zaman yönetimi puanı	9.08±1.68	8.55±1.51	8.85±1.18	7.83±0.75	8.55±1.58	1.017	0.405

* p<0.05

Adölesanların DUADBA toplam puanı diyabet hemşiresine soru listesi hazırlama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0.05) ve çoğu zaman yaparım yanıtını veren olguların DUADBA toplam puanları diğerlerine göre daha yüksektir. Diğer anket puanları ile diyabet hemşiresine soru listesi hazırlama durumu arasında ise anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 64).

Adolesanların anket puan ortalamalarının diyabet kontrolüne gelindiğinde hekimin, diyabet hemşiresinin, diyetisyenin ve psikoloğun yeterli zaman ayırma durumu ile karşılaştırılması

Adolesanların DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı diyabet kontrolüne gelindiğinde hekimin yeterli zaman ayırma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.01$) ve her zaman ayırdığını düşünüyorum yanıtını veren olgulara göre çoğu kez zaman ayırdığını düşünüyorum yanıtını veren olguların DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı daha yüksektir ve hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum yanıtını veren olgularda ise DUADBA diyabet uyumu göstergesi en düşük puanı almıştır. Diğer anket puanları ile diyabet kontrolüne gelindiğinde hekimin yeterli zaman ayırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Adolesanların DZYA toplam puan, DUADBA uyum puanı ve DUADBA zaman yönetimi puanı ile diyabet hemşiresinin yeterli zaman ayırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$, $p<0.05$, $p<0.01$). DZYA toplam puanı ve DUADBA zaman yönetimi puanı her zaman ayırdığını düşünüyorum yanıtını veren olgularda en düşük puanı, DUADBA uyum puanı ise her zaman ayırdığını düşünüyorum yanıtını veren olgularda en yüksek puanı almıştır. Diğer anket puanları ise diyabet hemşiresinin yeterli zaman ayırma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Adolesanların DZYA toplam puanı ile diyabet kontrolüne gelindiğinde diyetisyenin yeterli zaman ayırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$) ve her zaman ayırdığını düşünüyorum yanıtını veren olgularda çoğu kez zaman ayırdığını düşünüyorum yanıtını veren olgulara göre DZYA toplam puanı daha düşüktür. Hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum olgularda ise DZYA toplam puanı en yüksek değeri almıştır. Diğer anket puanları ise diyetisyenin yeterli zaman ayırma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Adolesanların DZYA toplam puanı psikoloğun yeterli zaman ayırma durumuna göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.01$). Bazen zaman ayırdığını düşünüyorum, çoğu kez zaman ayırdığını düşünüyorum yanıtını veren olgulara göre her zaman ayırdığını düşünüyorum yanıtını veren olguların DZYA toplam puanları daha

düşüktür. Diğer anket puanları ise piskoloğun yeterli zaman ayırma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 65).

Adolesanların anket puan ortalamalarının diyabet kontrolüne gelindiğinde zaman yönetimiyle ilgili bilgi alma ve zaman yönetimiyle ilgili bilgi almayı isteme durumu ile karşılaştırılması

Diyabet kontrolüne gelindiğinde zaman yönetimiyle ilgili bilgi alma ve zaman yönetimiyle ilgili bilgi almayı isteme durumu ile adolesanların anket puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$) (Tablo 66).

Tablo 65. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Diyabet Kontrolüne Gelindiğinde Hekimin, Diyabet Hemşiresinin, Diyetisyenin ve Psikoloğun Yeterli Zaman Ayırma Durumu ile Karşılaştırılması

Anket	Hekimin Yeterli Zaman Ayırma Durumu							Diyabet Hemşiresinin Yeterli Zaman Ayırma Durumu					
	Hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum (n=3)	Hemen hemen hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum (n=2)	Bazen zaman ayırdığını düşünüyorum (n=9)	Çoğu kez zaman ayırdığını düşünüyorum (n=24)	Her zaman ayırdığını düşünüyorum (n=31)	KW	p	Hemen hemen hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum (n=3)	Bazen zaman ayırdığını düşünüyorum (n=10)	Çoğu kez zaman ayırdığını düşünüyorum (n=19)	Her zaman ayırdığını düşünüyorum (n=37)	KW	p
	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS			Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS		
DZYA toplam puan	125.33±30.01	143.00±11.31	129.11±20.61	119.71±17.93	113.32±13.19	8.966	0.062	118.00±19.97	136.30±16.13	121.73±19.98	112.97±13.26	11.836	0.008**
DUADBA toplam puan	64.66±5.13	75.50±12.02	68.44±6.82	70.08±8.32	70.48±6.06	3.416	0.491	65.00±4.00	67.70±6.32	70.84±7.71	70.54±7.12	2.971	0.396
DUADBA uyum puanı	19.66±4.04	24.00±2.82	22.33±3.12	23.75±3.79	24.87±2.99	7.972	0.930	24.00±2.64	22.00±1.49	23.21±3.91	24.75±3.51	10.145	0.017*
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	45.00±1.73	51.50±9.19	46.11±5.39	46.33±6.19	45.61±4.97	1.379	0.004**	41.00±6.55	45.70±6.11	47.63±5.02	45.78±5.31	3.024	0.388
DUADBA zaman yönetimi puanı	9.33±2.08	11.00±0.00	10.00±1.50	8.79±1.38	8.19±1.13	15.493	0.848	8.33±1.15	9.70±1.15	9.47±1.46	8.18±1.28	14.330	0.002**

* <0.05 ** p<0.01

Tablo 65. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Diyabet Kontrolüne Gelindiğinde Hekimin, Diyabet Hemşiresinin, Diyetisyenin ve Psikoloğun Yeterli Zaman Ayırma Durumu ile Karşılaştırılması (Devam)

Anket	Diyetisyenin Yeterli Zaman Ayırma Durumu					KW	p	Psikoloğun Yeterli Zaman Ayırma Durumu					KW	p
	Hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum (n=8)	Hemen hemen hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum (n=8)	Bazen zaman ayırdığını düşünüyorum (n=8)	Çoğu kez zaman ayırdığını düşünüyorum (n=16)	Her zaman ayırdığını düşünüyorum (n=26)			Hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum (n=7)	Hemen hemen hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum (n=4)	Bazen zaman ayırdığını düşünüyorum (n=13)	Çoğu kez zaman ayırdığını düşünüyorum (n=11)	Her zaman ayırdığını düşünüyorum (n=29)		
	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS			Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS		
DZYA toplam puan	133.87±21.60	112.12±10.91	110.37±19.66	123.12±15.49	116.38±15.85	9.875	0.043*	144.14±15.10	111.25±16.02	118.07±13.77	124.27±22.57	113.62±11.29	14.729	0.005**
DUADBA toplam puan	69.87±8.65	68.12±6.93	73.12±7.35	69.93±7.37	69.84±6.57	2.033	0.730	67.57±6.70	71.00±9.48	72.31±7.75	67.45±5.92	70.37±6.74	4.438	0.350
DUADBA uyum puanı	21.75±4.02	23.62±3.70	23.37±3.15	24.62±3.01	24.42±3.57	3.467	0.483	21.14±3.80	24.75±1.50	24.38±3.86	22.91±2.94	24.79±2.88	8.502	0.075
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	48.12±5.27	44.50±6.18	49.75±4.97	45.31±5.82	45.42±4.64	5.621	0.305	46.42±3.31	46.25±8.26	47.92±6.07	44.54±5.53	45.58±5.11	3.872	0.226
DUADBA zaman yönetimi puanı	9.75±1.48	8.75±1.75	8.75±1.58	8.56±1.36	8.65±1.38	4.828	0.229	9.71±1.25	8.50±2.51	8.61±1.26	9.18±1.16	8.55±1.54	5.656	0.424

* <0.05 ** p<0.01

Tablo 66. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Diyabet Kontrolüne Gelindiğinde Zaman Yönetimiyle İlgili Bilgi Alma ve Zaman Yönetimiyle İlgili Bilgi Almayı İsteme Durumu ile Karşılaştırılması

Anket	Zaman Yönetimi ile İlgili Bilgi Alma				Zaman Yönetimi ile İlgili Bilgi Almayı İsteme			
	Aldı (n=20) Ort ±SS	Almadı (n=46) Ort ±SS	F	p	İstiyor (n=46) Ort ±SS	İstemiyor (n=21) Ort ±SS	F	p
DZYA toplam puan	118.05±15.64	118.95±18.61	1.267	0.289	117.52±16.30	122.33±20.85	0.536	0.587
DUADBA toplam puan	69.15±7.47	70.43±7.14	0.458	0.635	71.00±6.63	68.09±7.77	1.548	0.220
DUADBA uyum puanı	23.95±3.85	23.82±3.40	0.145	0.866	24.19±3.21	23.42±3.50	0.649	0.526
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	45.20±4.85	46.61±5.81	0.613	0.545	46.80±5.26	44.66±5.90	1.269	0.288
DUADBA zaman yönetimi puanı	9.05±1.76	8.65±1.35	0.511	0.602	8.73±1.51	8.81±1.40	0.042	0.959

Adolesanların anket puan ortalamalarının diyabet yönetiminde telefonla yardım alma durumu ile karşılaştırılması

Adolesanların DUADBA uyum puanı ile diyabetin yönetiminde telefonla yardım alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Telefonla yardım alan olguların DUADBA uyum puanı daha yüksektir. Diğer anket puanları ile adolesanların diyabetin yönetiminde telefonla yardım alma durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$) (Tablo 67).

Tablo 67. Adolesanların Anket Puan Ortalamalarının Diyabet Yönetiminde Telefonla Yardım Alma Durumu ile Karşılaştırılması

Anket	Telefonla Yardım Alma		F	p
	Alıyor (n=22) Ort $\pm$ SS	Almıyor (n=46) Ort $\pm$ SS		
DZYA toplam puan	120.00 $\pm$ 14.46	117.89 $\pm$ 18.79	1.403	0.253
DUADBA toplam puan	72.72 $\pm$ 6.49	68.76 $\pm$ 7.14	2.689	0.075
DUADBA uyum puanı	25.45 $\pm$ 3.15	23.19 $\pm$ 3.44	3.527	0.035 *
DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanı	47.27 $\pm$ 5.08	45.56 $\pm$ 5.62	0.889	0.416
DUADBA zaman yönetimi puanı	8.41 $\pm$ 1.36	8.93 $\pm$ 1.49	0.981	0.380

* $p<0.05$

6.5. 5.Bölüm: Tip 1 Diyabetli Adolesanlarda Zaman Yönetiminin Günlük Kayıt Formu ile Değerlendirilmesi ile İlgili Özellikler

Bu bölüm; genel zaman yönetiminin ve diyabetle ilgili zaman yönetiminin değerlendirilmesi olarak iki bölümde sunulmuştur.

6.5.1. Genel zaman yönetiminin değerlendirilmesi

Genel zaman yönetiminin günlük kayıt formu ile değerlendirilmesi ile ilgili özelliklerin dağılımı incelendiğinde, adolesanların % 2.8 (n=2)'inde üç gün de sağlık sorunun olduğu görülmektedir. Olguların % 21.7 (n=15)'si 1. gün, % 20.3 (n=14)'ü 2. gün, % 17.3 (n=12)'ü 3. gün kilosunu; % 49.3 (n=34)'ü 1. gün, % 42.0 (n=29)'si

2. gün, % 36.3 (n=25)'ü 3. gün tansiyonunu ölçmemiştir. Olguların % 17.4 (n=12)'ünün 1. gün, % 11.6 (n=8)'sının 2. gün, % 14.5 (n=10)'inin 3. gün duygusal sorunlarının olduğu görülmektedir. Olguların % 8.7 (n=6)'si 1. gün, % 5.8 (n=4)'i 2. gün, % 8.7 (n=6)'sı 3. gün korku, stres nedeniyle duygusal sorun yaşamıştır. Adolesanların uyanma ve uyku saatlerinin medyan değerlerine bakıldığında, uyanma saati medyan değeri ve standart sapması 1. gün 07.00 ± 1.03 , 2. gün 07.00 ± 1.01 , 3. gün 07.00 ± 1.02 olduğu, uyku saati medyan değeri ve standart sapması 1. gün 22.30 ± 9.03 , 2. gün 22.30 ± 9.26 , 3. gün 22.45 ± 9.27 olduğu görülmektedir. Okula gidiş-dönüş saatlerinin ortalamaları incelendiğinde, okula gidiş saati medyan değeri ve standart sapması 1. gün 08.00 ± 1.47 , 2. gün 07.30 ± 1.24 , 3. gün 07.30 ± 1.27 olduğu, okuldan dönüş saati medyan değeri ve standart sapması 1. gün 15.30 ± 2.12 , 2. gün 15.30 ± 2.12 , 3. gün 15.30 ± 2.12 olduğu saptanmıştır. Olguların % 20.3 (n=14)'ünün bilgisayarı bulunmamaktadır. Bilgisayar başında geçen zamanın ortalamaları incelendiğinde, 1. gün 86.25 ± 68.13 , 2. gün 82.67 ± 62.47 , 3. gün 112.50 ± 92.14 dakika olduğu gözlenmektedir. Televizyon izleyerek geçirilen zamanın ortalamalarına bakıldığında, 1. gün 104.58 ± 81.34 , 2. gün 102.97 ± 80.75 , 3. gün 115.34 ± 88.55 dakika olduğu görülmektedir. Ders çalışarak geçirilen zamanın ortalamaları değerlendirildiğinde, 1. gün 144.13 ± 98.66 , 2. gün 156.71 ± 98.63 , 3. gün 145.33 ± 99.02 dakika olduğu saptanmıştır (Tablo 68).

6.5.2. Diyabetle ilgili zaman yönetiminin değerlendirilmesi

Bu bölümde diyabetle ilgili zaman yönetimi; açlık ve tokluk kan glukozu, kan glukozu ölçümü, insülin tedavisi, beslenme ve egzersiz ile ilgili özellikler ile kan glukozu ölçümü, insülin tedavisi, beslenme ve egzersiz/aktiviteye yönelik uygulamaların bakıldığı/yapıldığı yer ve sıklığı ile ilgili özellikler olarak değerlendirilmiştir.

6.5.2.1. Açlık ve tokluk kan glukozu ile ilgili özellikler

Açlık kan glukozu sonuçları ile ilgili özelliklerin dağılımı incelendiğinde; 1. gün adolesanların % 58.0 (n=40)'inin bir kez, % 43.5 (n=30)'inin iki kez, % 21.7 (n=15)'sinin üç kez, 2. gün % 55.1 (n=38)'inin bir kez, % 39.1 (n=27)'sinin iki kez, % 24.6 (n=17)'sının üç kez, 3. gün % 58.0 (n=40)'inin bir kez, % 43.5 (n=30)'inin

iki kez, % 26.1 (n=18)'inin üç kez ölçüm yaptığı saptanmıştır. Kan glukozu ölçüm sonuçlarının ortalamalarına ve medyan değerlerine bakıldığında; 1. günün 1. ölçüm ortalamasının 153.50 ± 72.03 , medyan değerinin 140.00, 2. ölçüm ortalamasının 149.83 ± 57.26 , medyan değerinin 150.00, 3. ölçüm ortalamasının 165.00 ± 53.91 , medyan değerinin 172.00, 2. günün 1. ölçüm ortalamasının 155.42 ± 59.71 , medyan değerinin 146.50, 2. ölçüm ortalamasının 151.00 ± 73.19 , medyan değerinin 137.00, 3. ölçüm ortalamasının 154.12 ± 49.51 , medyan değerinin 153.00 olduğu, 3. günün 1. ölçüm ortalamasının 156.68 ± 48.22 , medyan değerinin 156.50, 2. ölçüm ortalamasının 158.10 ± 53.13 , medyan değerinin 155.00, 3. ölçüm ortalamasının 129.00 ± 56.34 , medyan değerinin 115.50 olduğu görülmektedir (Tablo 69).

Tokluk kan glukozu sonuçları ile ilgili özelliklerin dağılımı incelendiğinde; 1. gün adolesanların % 42.0 (n=29)'sinin bir kez, % 24.6 (n=17)'sının iki kez, % 5.8 (n=4)'inin üç kez, 2. gün % 37.7 (n=26)'sinin bir kez, % 24.6 (n=17)'sının iki kez, % 10.1 (n=7)'inin üç kez, 3. gün % 36.2 (n=25)'sinin bir kez, % 18.8 (n=13)'inin iki kez, % 4.3 (n=3)'inin üç kez ölçüm yaptığı görülmektedir. Kan glukozu ölçüm sonuçlarının ortalamaları ve medyan değerlerine bakıldığında, 1. gün 1. ölçüm ortalaması 159.72 ± 65.23 , medyan değeri 168.00, 2. ölçüm ortalaması 179.35 ± 114.11 , medyan değeri 134.00, 3. ölçüm ortalaması 193.25 ± 106.41 , medyan değeri 154.50, 2. gün 1. ölçüm ortalaması 159.92 ± 80.23 , medyan değeri 143.00, 2. ölçüm ortalaması 180.18 ± 74.01 , medyan değeri 147.00, 3. ölçüm ortalaması 146.43 ± 85.07 , medyan değeri 126.00, 3. gün 1. ölçüm ortalaması 156.24 ± 72.33 , medyan değeri 135.00, 2. ölçüm ortalaması 188.62 ± 57.86 , medyan değeri 190.00, 3. ölçüm ortalaması 196.00 ± 133.38 , medyan değeri 121.00'dir (Tablo 70).

Tablo olarak gösterilmemekle birlikte 3 günlük izlem sonuçları değerlendirildiğinde; 4 olgunun keton ölçümü, 1 olgunun kolesterol ve trigliserid ölçümü ve bir olgunun 1 kez tansiyon ölçümü yaptığı belirlenmiştir.

6.5.2.2. Adolesanlarda kan glukozu ölçümü, insülin tedavisi, beslenme ve egzersiz ile ilgili özellikler

Adolesanların 1., 2. ve 3. gün ve toplam olarak kan glukozu ölçümü, insülin tedavisi, beslenme, egzersiz ve aktivite ortalamaları incelendiğinde, en yüksek puanı

insülin tedavisinden aldıkları, bunu sırası ile kan glukozu, beslenme, egzersiz ve aktivite puanlarının izlediği görülmektedir. İnsülin tedavisinin 1. gün ortalaması 2.52 ± 0.63 , medyan değeri 3.00, 2. gün ortalaması 2.57 ± 0.54 , medyan değeri 3.00, 3. gün ortalaması 2.69 ± 0.51 , medyan değeri 3.00, toplam üç günlük değerlendirme ortalaması 7.83 ± 1.44 , medyan değeri 8.5; kan glukozu ölçümünün 1. gün ortalaması 2.36 ± 0.87 , medyan değeri 3.00, 2. gün ortalaması 2.50 ± 0.77 , medyan değeri 3.00, 3. gün ortalaması 2.40 ± 0.91 , medyan değeri 3.00, toplam üç günlük değerlendirme ortalaması 7.26 ± 2.34 , medyan değeri 8.00'dir (Tablo 71).

6.5.2.3. Adolesanlarda kan glukozu ölçümü, insülin tedavisi, beslenme ve egzersiz/aktiviteye yönelik uygulamaların bakıldığı/yapıldığı yer ve sıklığı ile ilgili özellikler

Kan glukozu ölçümü, insülin tedavisi, beslenme ve egzersiz/aktiviteye yönelik uygulamaların bakıldığı/yapıldığı yer ve sıklığı ile ilgili özelliklerinin dağılımı toplam olarak incelendiğinde; kan glukozu ölçümünün % 84.5 (n=386)'inin evde, % 13.0 (n=59)'ünün okulda yapıldığı, insülin tedavisinin % 85.7 (n=383)'sinin evde, 10.5 (n=47)'inin okulda, beslenmenin % 79.3 (n=429)'ünün evde, % 14.4 (n=78)'ünün okulda, egzersizin 34.0 (n=35)'ünün okulda, % 22.3 (n=23)'ünün parkta yapıldığı, aktivitenin % 68.2 (n=30)'sinin diğer (sokak, çarşı gibi) yerlerde yapıldığı saptanmıştır (Tablo 72).

Tablo 68. Genel Zaman Yönetiminin Günlük Kayıt Formu ile Değerlendirilmesi ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Günlük Kayıt		1. Gün		2. Gün		3. Gün			
Sağlık Sorunu		n	%		n	%		n	%
	Var	2	2.8	Var	2	2.8	Var	2	2.8
	Sorunun nedeni			Sorunun nedeni			Sorunun nedeni		
	Solunum yolu enfeksiyonu	1	1.4	Solunum yolu enfeksiyonu	1	1.4	Solunum yolu enfeksiyonu	1	1.4
	Ağrı (Baş-ayaklarda)	1	1.4	Ağrı (Baş-ayaklarda)	1	1.4	Ağrı (Baş-ayaklarda)	1	1.4
	Yok	48	69.6	Yok	47	68.1	Yok	48	69.6
	Yanıtsız	19	27.5	Yanıtsız	20	29.0	Yanıtsız	19	27.5
Kilo	Ölçmedi	15	21.7	Ölçmedi	14	20.3	Ölçmedi	12	17.3
	Ölçtü	30	43.5	Ölçtü	23	33.3	Ölçtü	26	37.7
	Yanıtsız	24	34.8	Yanıtsız	32	46.4	Yanıtsız	31	45.0
Tansiyon	Ölçmedi	34	49.3	Ölçmedi	29	42.0	Ölçmedi	25	36.3
	Ölçtü	3	4.3	Ölçtü	1	1.4	Ölçtü	2	2.9
	Yanıtsız	32	46.4	Yanıtsız	39	56.5	Yanıtsız	42	60.9
Duygusal Sorun (üzüntü, korku gibi)	Var	12	17.4	Var	8	11.6	Var	10	14.5
	Sorunun nedeni			Sorunun nedeni			Sorunun nedeni		
	Üzüntü	5	7.2	Üzüntü	2	2.9	Üzüntü	2	2.9
	Korku, stres	6	8.7	Korku, stres	4	5.8	Korku, stres	6	8.7
	Tartışma ve sinirlenme	1	1.4	Tartışma ve sinirlenme	2	2.9	Tartışma ve sinirlenme	2	2.9
	Yok	32	46.4	Yok	32	46.4	Yok	30	43.5
	Yanıtsız	25	36.3	Yanıtsız	29	42.0	Yanıtsız	29	42.0

Tablo 68. Genel Zaman Yönetiminin Günlük Kayıt Formu ile Değerlendirilmesi ile İlgili Özelliklerin Dağılımı (Devam)

Günlük Kayıt		1. Gün		2. Gün		3. Gün	
Uyanma ve Uyku Saatleri		Uyanma saati (n=47) Med ±SS 07.00±1.03	Uyku saati (n=46) Med±SS 22.30±9.03	Uyanma saati (n=40) Med ±SS 07.00±1.01	Uyku saati (n=39) Med±SS 22.30±9.26	Uyanma saati (n=39) Med±SS 07.00±1.02	Uyku saati (n=36) Med ±SS 22.45±9.27
Okula Gidiş - Dönüş Saatleri		Okula gidiş saati (n=40) Med±SS 08.00±1:47	Okuldan dönüş saati (n=40) Med ±SS 15.30±2.12	Okula gidiş saati (n=32) Med ±SS 07.30±1.24	Okuldan dönüş saati (n=31) Med ±SS 15.30±2.12	Okula gidiş saati (n=30) Med ±SS 07.30±1.27	Okuldan dönüş saati (n=29) Med ±SS 15.30±2.12
Bilgisayar Başında Geçirilen Zaman		n	%		n	%	n
	Bilgisayar başında zaman geçirmedi	11	16.0	Bilgisayar başında zaman geçirmedi	11	16.0	7
	Bilgisayar başında geçirilen zaman	18	26.1	Bilgisayar başında geçirilen zaman	12	17.4	16
		Ort ±SS 86.25±68.13			Ort ±SS 82.67±62.47		Ort ±SS 112.50±92.14
Televizyon İzleyerek Geçirilen Zaman	Yanıtızsız	40	58.0	Yanıtızsız	46	66.7	46
	Televizyon izlemedi	9	13.0	Televizyon izlemedi	5	7.2	6
	Televizyon izleyerek geçirilen zaman	37	53.6	Televizyon izleyerek geçirilen zaman	36	52.2	30
		Ort ±SS 104.58±81.34			Ort ±SS 102.97±80.75		Ort ±SS 115.34±88.55
Ders Çalışılarak Geçirilen Zaman	Yanıtızsız	23	33.3	Yanıtızsız	28	40.6	33
	Ders çalışmadı	6	8.7	Ders çalışmadı	5	7.2	3
	Ders çalışılarak geçirilen zaman	41	59.4	Ders çalışılarak geçirilen zaman	35	50.7	35
		Ort ±SS 144.13±98.66			Ort ±SS 156.71±98.63		Ort ±SS 145.33±99.02
	Yanıtızsız	22	31.9	Yanıtızsız	29	42.0	31

Tablo 69. Günlük İzlemde Açlık Kan Glukozu Sonuçları ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Açlık Kan Glukozu	1. Gün (n=42)				2. Gün (n=42)				3. Gün (n=42)			
	n	%	Ort±SS	Med (Min-Max)	n	%	Ort±SS	Med (Min-Max)	n	%	Ort±SS	Med (Min-Max)
1. Ölçüm	40	58.0	153.50±72.03	140.00 (51–361)	38	55.1	155.42±59.71	146.50 (45–327)	40	58.0	156.68±48.22	156.50 (67–242)
2. Ölçüm	30	43.5	149.83±57.26	150.00 (39–324)	27	39.1	151.00±73.19	137.00 (64–400)	30	43.5	158.10± 53.13	155.00 (55–287)
3. Ölçüm	15	21.7	65.00±53.91	172.00 (65–252)	17	24.6	154.12±49.51	153.00 (67–230)	18	26.1	129.00± 56.34	115.50 (50–263)
4. Ölçüm	2	2.9	209.00±131.52	209.00 (116–302)	8	11.6	167.25±46.13	177.50 (88–210)	6	8.7	175.67± 114.67	113.50 (96–374)
5. Ölçüm	-	-	-	-	1	1.4	145.00±0.00	145.00 (145–145)	1	1.4	255.00± 0.00	255.00 (255–255)

Tablo 70. Günlük İzlemde Tokluk Kan Glukozu Sonuçları ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Tokluk Kan Glukozu	1. Gün (n=42)				2. Gün (n=42)				3. Gün (n=42)			
	n	%	Ort±SS	Med (Min-Max)	n	%	Ort±SS	Med (Min-Max)	n	%	Ort±SS	Med (Min-Max)
1. Ölçüm	29	42.0	159.72±65.23	168.00 (50–315)	26	37.7	159.92± 80.23	143.00 (52–380)	25	36.2	156.24±72.33	135.00 (75–328)
2. Ölçüm	17	24.6	179.35±114.11	134.00 (81–503)	17	24.6	180.18±74.01	147.00 (109–381)	13	18.8	188.62±57.86	190.00 (104–294)
3. Ölçüm	4	5.8	193.25±106.41	154.50 (114–350)	7	10.1	146.43±85.07	126.00 (52–323)	3	4.3	196.00±133.38	121.00 (117–350)
4. Ölçüm	2	2.9	104.00±5.65	104.00 (100–108)	1	1.4	87.00±0.00	87.00 (87–87)	1	1.4	135.00±0.00	135.00 (135–135)
5. Ölçüm	2	2.9	119.00±7.07	119.00 (114–124)	1	1.4	201.00±0.00	201.00 (201–201)	-	-	-	-

Tablo 71. Kan Glukozu Ölçümü, İnsülin Tedavisi, Beslenme ve Egzersiz/Aktivite ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Günlük Kayıt	1. Gün (n=42)		2. Gün (n=42)		3. Gün (n=42)		Toplam (n=42)	
	Ort±SS	Med (Min-Max)	Ort±SS	Med (Min-Max)	Ort±SS	Med (Min-Max)	Ort±SS	Med (Min-Max)
Kan Glukozu Ölçümü	2.36±0.87	3.00 (0-3)	2.50±0.77	3.00 (0-3)	2.40±0.91	3.00 (0-3)	7.26±2.34	8.00 (0-9)
İnsülin Tedavisi	2.52±0.63	3.00 (1-3)	2.57±0.54	3.00 (1-3)	2.69±0.51	3.00 (1-3)	7.83±1.44	8.50 (3-9)
Beslenme	1.71±0.50	2.00 (1-3)	1.71±0.50	2.00 (1-3)	1.69±0.56	2.00 (1-3)	5.12±1.17	5.00 (3-7)
Egzersiz	1.38±1.26	2.00 (0-3)	1.52±1.29	2.00 (0-3)	1.14±1.28	0.50 (0-3)	4.05±3.06	5.00 (0-9)
Aktivite	0.67±1.22	0.00 (0-3)	0.57±1.12	0.00 (0-3)	0.74±1.19	0.00 (0-3)	1.98±2.95	0.00 (0-9)

Tablo 72. Kan Glukozu Ölçümü, İnsülin Tedavisi, Beslenme ve Egzersiz/Aktiviteye Yönelik Uygulamaların Bakıldığı/Yapıldığı Yer ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Uygulama	1. Gün									2. Gün									3. Gün									Toplam								
	Yapılma/Bakılma yeri ve sıklığı (.../kez)									Yapılma/Bakılma yeri ve sıklığı (.../kez)									Yapılma/Bakılma yeri ve sıklığı (.../kez)									Yapılma/Bakılma yeri ve sıklığı (.../kez)								
	E	O	İ	L	C	P	S	A	D	E	O	İ	L	C	P	S	A	D	E	O	İ	L	C	P	S	A	D	E	O	İ	L	C	P	S	A	D
Kan Glukozu Ölçümü	128	16	-	1	-	-	-	-	3	130	23	-	-	-	-	-	1	3	128	20	-	-	1	-	2	1	-	386	59	-	1	1	-	2	2	6
İnsülin Tedavisi	135	16	-	2	1	-	-	-	-	127	16	-	1	-	-	-	1	3	121	15	-	2	2	-	1	-	4	383	47	-	5	3	-	1	1	7
Beslenme	145	24	-	3	4	-	1	-	4	146	30	-	1	1	-	1	3	3	138	24	-	2	3	-	2	1	5	429	78	-	6	8	-	4	4	12
Egzersiz	3	14	-	-	-	6	5	-	6	3	11	-	-	-	7	8	-	9	2	10	-	-	-	10	4	-	5	8	35	-	-	-	23	17	-	20
Aktivite	6	-	-	-	-	1	-	-	9	4	-	-	-	-	-	-	-	8	3	-	-	-	-	-	-	-	13	13	-	-	-	-	1	-	-	30
E:Ev O:Okul İ:İş yeri L:Lokanta C:Kafe P:Park S:Spor salonu A:Arkadaşımın yanı D:Diğer																																				

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırma, literatür bilgisi doğrultusunda bulguların sunum sırasına göre tartışılmıştır.

7.1. Diyabet Zaman Yönetim Anketi (DZYA) ve Diyabete Uyumda Alışkanlıklar, Davranışlar ve Bilgi Anketi (DUADBA) ile Tip 1 Diyabetli Adolesanlarda Zaman Yönetiminin ve Diyabete Uyumun Değerlendirilmesi ile İlgili Özellikler ve Adolesan, Zaman Yönetimi Özellikleri ile Karşılaştırılmasının Tartışılması

Bu bölümde anketler ile tip 1 diyabetli adolesanlarda zaman yönetimi ve diyabete uyumun değerlendirilmesi ile ilgili özellikler ve adolesan, zaman yönetimi özellikleri ile karşılaştırılmasının tartışılması yer almaktadır.

7.1.1. Diyabet Zaman Yönetim Anketi (DZYA) ve Diyabete Uyumda Alışkanlıklar, Davranışlar ve Bilgi Anketi (DUADBA) ile Tip 1 Diyabetli Adolesanlarda Zaman Yönetiminin ve Diyabete Uyumun Değerlendirilmesi ile İlgili Özelliklerin Tartışılması

Bu bölümde adolesanların anketler ve anket alt bölümünden aldıkları puan ortalamalarının tartışılması yer almıştır.

7.1.1.1. Adolesanların anket puan ortalamalarının tartışılması

Adolesanların anket puan ortalamaları Tablo 36’da verilmiştir.

Gafarian ve ark. na göre (1999), diyabetli bireylerin DZYA’nden aldıkları ortalama puan 120.56 ± 21.15 , DUADBA’nden aldıkları puan uyum alt bölümünde 22.18 ± 4.27 , uyum maddelerinden ise sırası ile 3.40 ± 0.93 , 3.32 ± 1.16 , 1.46 ± 0.72 , 2.08 ± 0.75 , 1.87 ± 1.23 , 3.93 ± 1.34 , 2.38 ± 0.24 , 2.32 ± 0.46 ’dır (141).

Heiby, Gafarian, Harada, Taniguchi ve Fitz-Patrick’e göre (1991), DUADBA’nin geçerlilik ve güvenirliliğinin incelendiği çalışmada diyabetli

bireylerin uyum alt bölümünde 20.21 ± 3.36 , uyum maddelerinde sırası ile 3.48 ± 0.90 , 3.71 ± 1.17 , 1.19 ± 0.40 , 4.39 ± 0.88 , 2.07 ± 1.15 , 4.73 ± 1.51 , 4.54 ± 0.92 , 4.61 ± 0.88 ; zaman yönetimi alt bölümünde ise sırası ile 2.20 ± 1.03 , 2.06 ± 0.93 , 3.04 ± 1.01 puan aldığı saptanmıştır (181).

Çalışma sonucu, adolesanların zaman yönetimlerinin ve diyabete uyumlarının iyi/orta düzeyde olduğunu göstermektedir; Gafarian ve ark.nın (141), Heiby ve ark.nın (181) çalışmasıyla DZYA ve DUADBA uyum alt bölümünden aldıkları ortalama puan yönünden benzerlik göstermektedir. Çalışma sonuçları DUADBA uyum maddelerinden alınan puan yönünden karşılaştırıldığında; Gafarian ve ark.na göre (141), 1, 2, 3, 5, 6 ve 7 ; Heiby ve ark.na göre (181), 3. ve 5. maddelerden alınan puanların adolesanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Adolesanların DUADBA zaman yönetimi maddelerinden alınan puan yönünden karşılaştırıldığında, 3. maddeden aldıkları puanın Heiby ve ark.na göre (181) daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçları Gafarian ve ark.nın (141) ve Heiby ve ark.nın (181) çalışmasıyla karşılaştırıldığında her iki çalışmada da 3. ve 5. madde puanlarının adolesanlarda yüksek çıkması beklenen bir durumdur ve diğer çalışmaların daha çok tip 2 diyabetlileri kapsamaması ve tip 1 diyabette insülin tedavisi ve kan glukozu izleminin daha önemli olması buna neden olarak gösterilebilir. Adolesanlarda DUADBA zaman yönetimi 3. maddesinin daha düşük çıkması boş zamanda aktif olma yönünden adolesanların daha iyi zaman yönetimi davranışı sergilediğini gösterebilir.

Aşağıda adolesanların anket puanlarının zaman yönetimi ve uyum konusunda yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırılması tartışılmıştır.

Adolesanların anket puan ortalamalarının zaman yönetimi ile ilgili yapılan çalışmalarla karşılaştırılmasının tartışılması

Wells (1993), üniversite öğrencilerinde zaman yönetimi ile akademik başarı arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında yüksek puanın olumlu zaman yönetimi olarak değerlendirildiği Zaman Yönetimi Anketi (Time Management

Questionnaire)’nden öğrencilerin 185 puan üzerinden 73-150 arasında ve ortalama olarak 112.90 ± 14.0 puan aldığını belirlemiştir (413).

Lahmers ve Zulauf (2000), üniversite öğrencilerinde akademik performans ve akademik zaman kullanımı ile ilişkili faktörleri inceledikleri çalışmada puanların artmasıyla zaman yönetiminin olumlu olarak değerlendirildiği Zaman Yönetimi Davranışları Ölçeği (Time Management Behaviors Scale)’nden öğrencilerin ($n=79$) 5 puan üzerinden 2.03-4.65 arasında, ortalama olarak 3.16 ± 0.52 puan aldığını saptamıştır (235).

Alay ve Koçak (2002), üniversite öğrencileri için Zaman Yönetimi Anketi (Time Management Questionnaire)’nin geçerlik ve güvenirliğini yaptıkları çalışmada, en yüksek puanın 185 olduğu ve yüksek puanların alınması durumunda zaman yönetiminin iyi olarak değerlendirildiği Zaman Yönetimi Anketi (Time Management Questionnaire)’nden öğrencilerin ($n=361$) ortalama olarak 86.68 ± 13.21 (47-123 arası) puan aldığını belirlemiştir (14).

Kelly (2003), üniversite öğrencilerinde kaygı, zaman yapısı ve zaman yönetimi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında yüksek puanların zaman yönetimi davranışlarını iyi olarak değerlendirdiği, ölçekten alınan puanların 34-170 olduğu Zaman Yönetimi Davranışları Ölçeği (Time Management Behaviors Scale)’nden öğrencilerin ($n=130$) 109.5 puan aldığını saptamıştır (212).

Covic, Adamson, Lincoln ve Kench’e göre (2003), sağlık bilimleri öğrencilerinde zaman organizasyonu ve yönetimi becerilerinin incelendiği çalışmada öğrencilerin ($n=154$) 1-6 arasında puanlanan ve yüksek puanın alınmasıyla (6 üzerinden 4 ve üzeri puanlar iyi) zaman yönetimi becerilerinin iyi olarak değerlendirildiği Avustralya Zaman Organizasyonu ve Yönetimi Ölçeği (Australian Time Organisation and Management Scale)’nin amaç duygusu (amaç belirleme kapasitesi ve amaca odaklanma düzeyi) boyutundan öğrencilerin ortalama olarak 4.27 ± 4.08 (2.75-5.58 arasında), son teslim tarihlerine uyma (erteleme ve zamanı kontrol etme duygusunda olmanın derecesi, hedeflerin tamamlanmasında gerekli süreyi gerçekçi olarak değerlendirme yeteneği) boyutundan ortalama olarak

3.88±3.55 (1.75-5.08 arasında), etkili organizasyon (bireylerin çalışma ortamını düzenleme derecesi) boyutundan ortalama olarak 3.74±3.69 (1.38-5.63 arasında), zaman yönetimi mekanikleri (yapılacak işler listesi, günlük tutma, listeye bağlı kalma gibi davranışların ve eylemlerin kullanılması) boyutundan ortalama olarak 2.99±2.92 (1.00-5.20 arasında) puan aldığı saptanmıştır (84).

Latif, Fidan ve Uçkan'a göre (2005), üniversite gençliğinin belirli zaman dilimlerinde hangi etkinlikleri nasıl bir bilinç düzeyinde yaptığını tespit etmek amacıyla yapılan çalışmada öğrencilerde (n=799) zaman değerlendirme yerine zaman geçirme anlayışının hakim olduğu; öğrencilerden saat dilimlerine göre gerçekleştirilen etkinlikleri (okul ve okul dışında yapılan etkinlikler) yazması istenildiğinde kısa sürede ve kesin bir biçimde ifade etmekte zorlandığı, öğrencilerin zaman kullanımında farklılıklarının olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır (240).

Erdem, Pirinçci ve Dikmetaş'a göre (2005), puanlar arttıkça zaman yönetiminin iyi olarak değerlendirildiği zaman yönetimi ile ilgili anketten üniversite öğrencileri (n=273) 5 puan üzerinden ortalama olarak 3.07±0.43 puan aldıkları ve zaman yönetiminde orta düzeyde oldukları belirlenmiştir (124).

Modi ve Quittner (2006), 6-13 yaş arasındaki kistik fibrozlu ve astımlı çocuklarda tedaviye uyumdaki engelleri tanımlama amacıyla yaptıkları çalışmada her iki hastalıkta da benzer tedavinin uygulanmasında kistik fibrozlu çocuklarda % 25.0, astımlı çocuklarda ise % 22.0 oranında, hastalığa özel tedavinin uygulanmasında ise kistik fibrozda % 33.0 ve % 50.0 oranında zaman yönetimi sorununun olduğu saptanmıştır (262).

Sansgiry, Bhosle ve Sail'e göre (2006), üniversite öğrencilerinde akademik performansı etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada puanların artmasıyla zaman yönetiminin olumlu olarak değerlendirildiği anketten 5 puan üzerinden 1. sınıf öğrencilerinin 2.9±0.7, 2. sınıf öğrencilerinin 2.5±0.7, 3. sınıf öğrencilerinin 2.9±0.8 ve 4. sınıf öğrencilerinin 3.1±0.8 puan aldığı belirlenmiştir (330).

Uğur ve Kutlu (2007), Milli Prodüktivite Merkezi tarafından ilköğretim 4, 5 ve 6. sınıflarda araştırma projesi kapsamında pilot çalışma olarak ve her gün 3 saat süreyle 7 haftada gerçekleştirilmiş olan “Zaman Yönetimi Programı”nın etkililiğini değerlendirdikleri çalışmada, “Zaman Yönetimi Programı” öncesi ve sonrası tüm öğrencilere zaman yönetimini değerlendirmek amacıyla uygulanan ve puanların artmasının olumlu olarak değerlendirildiği ders çalışma ve öğrenme etkinliklerini değerlendirme formundan öğrencilerin (n=96) toplam 210 puan üzerinden ön test uygulamasından önce 159.99 ± 21.26 , son test uygulamasından ise 165.33 ± 16.72 puan aldıklarını saptamışlardır (391, 392).

T.C. Sorgun Kaymakamlığı Sorgun Rehberlik ve Araştırma Merkezi Rehberlik ve Psikolojik Danışma Hizmetleri Bölümü verisine göre, 2006 yılında yayınlanan ilköğretim - ortaöğretim öğrencilerine, öğretmen, idareci ve velilere yapılan başarısızlık nedenlerinin değerlendirildiği çalışmada; ortaöğretim öğrencilerinin başarısızlık nedenleri arasında benlik saygısı- yaşam becerileri ile ilgili nedenler içinde “zamanı planlı kullanma alışkanlığım yok” yanıtını veren öğrencilerin oranı % 54.0 (n=385) olarak belirlenmiştir (www.sorgunram.com, Erişim tarihi: 15 Mart 2008).

Elde edilen sonuçlar ve yapılmış çalışmalar zaman yönetiminin genel olarak iyi/orta düzeyde olduğunu göstermiştir. Zaman yönetimi ile ilgili; Uzunçarşılı ve Uzunçarşılı'nın (1994), yöneticilerde (401), Özgüney'in (1996), yönetici hemşirelerde (288), Ançel'in (1996), hemşirelerde (23), Paşa'nın (2001), işletme yöneticilerinde (394), Bowers, Luring ve Jacobson'un (2001), hemşirelerde (64), Saygısever'in (2002), işletme yöneticilerinde (337), Kocabaş ve Erdem'in (2003), öğretmenlerde (220), Akatay'ın (2003), bankada çalışan üst düzey yöneticilerde (6), Bahçecik ve ark.nın (2004), yönetici hemşirelerde (45), Sayan'ın (2004), yönetici hemşirelerde (336), Silahtaroglu'nun (2004), akademisyenlerde (350) yaptıkları çalışmalarda da zaman yönetiminin iyi/orta düzeyde olduğu gözlenmektedir. Bu durum zaman yönetimi sorununu çoğu bireyin yaşadığını ve bu konuda bireylerin kendilerini geliştirmeleri gerektiğini göstermektedir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının adolesanlarda uyum ile ilgili yapılan çalışmalarla karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanlarda yapılan; Hentinen ve Kyngas'ın (1992) (186), Hanna ve Guthrie'nin (1999) (167), Kyngas'ın (2000a) (228), Kyngas'ın (2000b) (229), Logan, Zelikovsky, Labay ve Spergel'in (2003) (245), Stewart ve ark.nın (2003) (360), Wysocki, Xing, Scharer ve Doyle'nin (2005) (419), Patino, Sanchez, Eidson ve Delamater'in (2005) (295), Iannotti ve ark.nın (2006) (193), Dashiff, McCaleb ve Cull'un (2006) (104), Naar-King ve ark.nın (2006) (266), Miller ve Drotar'ın (2007) (260) çalışmaları kendi içinde değerlendirildiğinde; iyi düzeyde olan adolesanlar olmakla birlikte, genellikle adolesanların uyumunun orta düzeyde olduğu gözlenmektedir ve çalışma sonuçlarının diğer uyum çalışmalarıyla aynı doğrultuda ve diyabete uyumun iyi/orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

7.1.1.2. Adolesanların DZYA maddelerinin puan ortalamalarının tartışılması

Adolesanların DZYA maddelerinin puan ortalamaları Tablo 37'de sunulmuştur. Bu bölümde zaman yönetiminin iyi ve kötü/eksik olduğu maddeler olarak tartışılmıştır.

Adolesanların DZYA'nde iyi olduğu maddelerin tartışılması

Adolesanların DZYA'nde iyi olduğu maddeler sırasıyla; 40 (1.12 ± 0.40), 43 (1.22 ± 0.63), 14 (1.51 ± 0.91), 5 (1.51 ± 0.99), 41 (1.58 ± 0.86), 42 (1.62 ± 1.01), 6 (1.64 ± 1.03), 7 (1.65 ± 0.95), 16 (1.71 ± 1.00), 11 (1.78 ± 1.15), 8 (1.88 ± 1.18), 4 (2.00 ± 1.27), 2 (2.00 ± 1.07), 38 (2.03 ± 1.28), 9 (2.03 ± 1.15), 12 (2.04 ± 1.23) ve 26 (2.07 ± 1.12). maddedir.

Adolesanların DZYA'nin 40. maddesinden en düşük puan aldığı belirlenmiştir.

Akatay (2003), yöneticilerin 1-5 arasında puanlanan ve olumsuzdan olumluya doğru giden yönetsel zamanın etkin kullanılması ile ilgili anket formunun “her şeyi yerli yerinde bulundurmak ve kolay bulabileceğimiz bir düzen geliştirmek” maddesinden 4.42 ± 0.81 puan aldığını belirlemiştir (6).

Silahtaroglu (2004), akademisyenlerin zaman yönetimi ile ilgili uygulanan anketin “her şeyi yerine koyar, aradığımı zamanında bulurum” maddesinden 5 üzerinden 3.86 ± 1.11 puan aldığını ve bunun katılıyorum ifadesine denk geldiğini ve akademisyenlerin tertipli ve düzenli çalıştıklarını, bu konuda kişisel zaman tuzaklarına düşmediğini saptamıştır (350).

Diyabet gereçlerinin (ölçüm çubukları ve ölçüm cihazı, enjektör gibi) her zaman bulunabileceği belirli bir yere koyulması önemli bir zaman yönetimi uygulamasıdır ve literatürde (5, 294, 324, 391) de belirtildiği gibi doğrudan organize olmayla ilgilidir ve adolesan diyabet gereçlerini belirli bir yere koyarak zamanın boşa harcanmasına neden olmaz. Yapılan çalışmalar diyabetle ilgili olmamakla birlikte genel olarak organize/düzenli olmayı içerdiği için verilmiştir ve Akatay (6) ve Silahtaroglu’nun (350) çalışmasında yüksek ve iyi düzeylerde olduğu saptanmıştır.

Adolesanların DZYA’nin 43. maddesini oluşturan bir görevi/işi tamamladığında kendisini iyi hissetmesi maddesinden düşük bir puan aldığı saptanmıştır.

Bir bireyin görevi/işi tamamladığında kendisini iyi hissetmesi beklenen bir durumdur; zamanında tamamlanan bir iş/görev bireyin kendisini iyi hissetmesine yol açar ve başarıyı beraberinde getirir.

Adolesanların DZYA’nde 14. maddeyi oluşturan insülinini kendisine önerilen (reçete edilen) zaman içinde uygulaması ve

5. maddeyi oluşturan insülinin her gün yaklaşık olarak aynı saatte yapılması maddesinden oldukça düşük puan aldığı gözlenmiştir.

Diyabet tedavisinde insülinin zamanında uygulanması diyabet tedavisinin ve diyabette zaman yönetiminin temelini oluşturmaktadır. İnsülinin zamanında yapılmaması adolesanın günlük yaşam düzenini de bozacağından genel zaman yönetimini de olumsuz yönde etkileyecektir. Adolesanların insülinini zamanında uygulama yönünden düşük puan almalarına rağmen insülin tedavisi boyutunda

hemen hemen toplam puanın alınması beklenen bir sonuçtur. Bu yönden bakıldığında zaman yönetiminde eksikliklerin olduğu düşünülmektedir.

Adolesanlar DZYA’nde 41. maddeyi içeren hedeflere ulaşamadığında nedenlerini bilme maddesinden düşük bir puan almıştır.

Hedefler zamanın doğru kullanımı ile eşdeğerdir (390) ve birey nereye ulaşmak istediğini bilmezse, bireysel hedefleri belirsizse zamanını kontrol edemez (324, 350, 373, 381). Başarılı, belirgin ve gerçekleştirilebilir hedefler belirleyebilmede bir hedefte bulunması gereken özellikler; belirli, ölçülebilir, ulaşılabilir, sonuca yönelik ve zamanlı olmasıdır (390). Bu durumda gerçekleştirilmek istenen ve gerçekleşmemiş bütün hedeflerin bu özellikler yönünden gözden geçirilmesi gerekir. Hedeflere ulaşamadığında nedenleri bilme de hedeflerin bu özellikleri gerektirmesiyle doğrudan ilgilidir.

Adolesanların DZYA’nde 42. maddeyi oluşturan programında diyabet kontrolünü etkileyebilecek beklenmedik değişiklikler olduğunda, diyabet tedavisini değiştirme konusunda hızlı karar verebilmesi yönünden düşük bir puan aldığı saptanmıştır.

Adolesanların diyabetinin yönetiminde insülin tedavisi, beslenme ve egzersiz arasında bir dengeyi oluşturabilmesi için hızlı karar verme özelliğine sahip olması gerekir. Zamanında verilen doğru kararlar zaman yönetimini olumlu yönde etkiler ve adolesanın günlük yaşamının diyabeti nedeniyle kesintiye uğramasını engeller.

Adolesanların DZYA’nde 6. maddeyi oluşturan tüm işlerimi (ödevleri zamanında verme, randevulara zamanında gitme gibi) zamanında yaparım maddesinden düşük puan aldığı belirlenmiştir.

Erdem ve ark.na göre (2005), üniversite öğrencilerinin puanlar arttıkça zaman yönetiminin iyi olarak değerlendirildiği zaman yönetimi ile ilgili anketin “belirlediğiniz randevu ve görüşme saatlerine uyuyor musunuz ” sorusundan 5 üzerinden 4.30 ± 0.97 puan aldığı saptanmıştır (124).

Zaman yönetiminde tüm işlerin zamanında yapılması zamanın iyi ve etkili kullanıldığının en önemli göstergesidir. Adolesanların tüm işlerini zamanında yapma yönünden düşük puan alması zaman yönetimini olumlu yönde etkilemektedir. Elde edilen sonuç, Erdem ve ark.na göre (124) de benzer bulunmuştur.

Adolesanların DZYA’nde 7. maddeyi oluşturan her gün yemeklerini yaklaşık olarak aynı saatte yemesi maddesinde düşük puan aldığı belirlenmiştir.

Yemekleri zamanında yeme diyabetin yönetiminde ve diyabette zamanın yönetilmesinde temel, günlük yaşamda ise zamanın yönetilmesinde yer alan etkili uygulamalar içinde yer almaktadır. Yemeklerin zamanında yenilmemesi diyabet yönünden değerlendirildiğinde doğrudan metabolik kontrolü etkileyeceğinden günlük yaşamda kesintilere yol açar, genel zaman yönetimi yönünden değerlendirildiğinde ise bir bireyin zamanında yememesi doğrudan üretkenliğini etkileyeceği için çok önemlidir. Bu maddeden alınan puanlar düşük olmasına rağmen Adolesanların diyabette beslenme çok önemli olduğu için alınan puanların toplam puana tam olarak yaklaşamaması bu konuda gerek zaman yönetimi gerekse diyabet yönetimiyle ilgili eksikliklerin olduğunu göstermektedir.

Adolesanlar DZYA’nde 16. madde olan yapması gereken her şeyi erteleme boyutundan düşük bir puan aldığı saptanmıştır.

Balıkçı (1991), zaman yönetiminin yöneticiler tarafından nasıl algılandığını, zamanın daha verimli ve etkili kullanılıp kullanılmadığını incelediği çalışmasında olumsuzdan olumluya doğru giderek değerlendirme yapılan anketin “işlerinizi bir yana bırakıp çeşitli şeylerle oyalanma ve işlerinizi erteleme alışkanlığınız var mı ?” sorusundan yöneticilerin 5 puan üzerinden 1.73 puan aldığını belirlemiştir (46).

Kocabaş ve Erdem’e göre (2003), öğretmenlerin olumsuzdan olumluya doğru giderek değerlendirilen anketin ”işleri önemli olmayan nedenlerle erteleme” maddesinden 5 puan üzerinden 4.280 ± 0.602 puan aldığı saptanmıştır (220).

Silahtaroğlu (2004), akademisyenlerin yüksek puanların olumlu olarak değerlendirildiği zaman yönetimi ile ilgili uygulanan anketin “genellikle önemli işlerimi ertelemem gerekir” maddesinden 5 puan üzerinden 3.52 ± 1.13 puan aldığını ve bunun ne katılıyorum ne katılmıyorum ifadesine denk geldiğini saptamıştır (350).

Sayan (2004), yönetici hemşirelerin 1-3 arasında puanlanan ve puanların yükselmesinin zaman yönetiminin iyi olduğunu gösteren zaman yönetimi anketinin “işlerimi ertelemem yapılması gerekeni zamanında yaparım” maddesinden ortalama 2.31 ± 0.86 puan aldığını belirlemiştir (336).

Gayef ve ark.na göre (2004), hastane yöneticilerinin iş erteleme oranı % 19.2 olarak saptanmıştır (145).

Erdem ve ark.na göre (2005), üniversite öğrencilerinin puanlar arttıkça zaman yönetiminin iyi olarak değerlendirildiği zaman yönetimi ile ilgili anketin “yapmanız gereken işleri önemli olmayan nedenlerle erteler misiniz ?” sorusundan 5 puan üzerinden 3.51 ± 1.26 puan aldığı saptanmıştır (124).

Erteleme alışkanlığı önemli zaman yönetimi tuzaklarından (123, 220, 324, 373). Önemli ve yaşamsal işlerden alıkoyan erteleme, bireyin kariyerini yıkabilecek, mutluluğunu bozacak, her alanda başarıyı önleyen, gizli gizli zarar veren bir alışkanlıktır (220). Elde edilen sonuç adolesanların erteleme davranışının çok fazla olmadığını göstermesi yönünden olumludur. Erteleme davranışı Balıkçı'nın (46), Kocabaş ve Erdem'in (220) çalışmasında düşük, Silahtaroğlu'nun (350) çalışmasında orta düzeyde, Sayan'ın (336), Gayef ve ark.nın (145) ile Erdem ve ark.nın (124) çalışmasında düşük bulunmuştur.

Adolesanların DZYA'nde 11. maddeyi içeren gün içinde çok fazla işi olduğunda önemli işlerini öncelik sırasına koyması yönünden düşük bir puan aldığı gözlenmiştir.

Balıkçı (1991), yöneticilerin 5 üzerinden olumsuzdan olumluya doğru giderek değerlendirme yapılan anketin “çalışma yaşamınızda işleri önem ve öncelik sırasına

göre yapmaya ne ölçüde önem verirsiniz ?” sorusundan ortalama 4.26 puan aldığını belirlemiştir (46).

Özgüney (1996), yönetici hemşirelerin zamanla ilgili varsayımlar ölçeğinin “yaptığınız iş insanlarla ilgilidir ve insanların tümü önemli olduğu için öncelik oluşturmanız mümkün değildir” varsayımına yöneticilerin % 69.0 (n=74)’unun doğru, % 31.0 (n=34)’inin yanlış yanıtı verdiğini belirlemiştir (). Ayrıca yöneticilerin öncelik esasına göre çalışmak her zaman olası değildir” varsayımına yöneticilerin % 69.0 (n=75)’unun doğru, % 31.0 (n=32)’inin hayır yanıtını verdiğini saptanmıştır (288).

Uluşahin (1999), çeşitli kuruluşlarda farklı düzeylerde bulunan yöneticiler üzerinde yönetsel işlevlerde zaman yönetiminin kullanımını incelediği çalışmada yöneticilerin zaman yönetimi analizinde “öncelikler saptamam” maddesinden % 90.6 (n=101)’sının öncelikler saptadığını, % 9.4 (n=15)’inin bazen öncelikler saptadığını belirlemiştir (395).

Kocabaş ve Erdem (2003), olumsuzdan olumluya doğru giderek değerlendirilen anketin “işleri öncelik ve önem sırasına göre dizme” maddesinden öğretmenlerin 5 puan üzerinden 4.008 ± 1.115 puan aldığını saptamıştır (220).

Bahçecik ve ark.na göre (2004), yönetici hemşirelerin zaman yönetimi ölçeğinin “işleri önem sırasına göre düzenler ve öncelik sırasına göre yaparım” maddesine % 56.2’sinin her zaman katıldıkları saptanmıştır (45).

Silahtaroğlu (2004), akademisyenlerin zaman yönetimi ile ilgili uygulanan anketin “mesaide yapılacak işlerin önceliklerini belirlerim” maddesinden 5 üzerinden 4.11 ± 0.88 puan aldığını ve bunun katılıyorum ifadesine denk geldiği saptamıştır (350).

Sayan (2004), yönetici hemşirelerin 1-3 arasında puanlanan ve puanların yükselmesinin zaman yönetiminin iyi olduğunu gösteren zaman yönetimi anketinin

“çalışma planında önemli işlere öncelik veririm” maddesinden ortalama 2.48 ± 0.88 puan aldığını belirlemiştir (336).

Erdem ve ark.na göre (2005), üniversite öğrencilerinin puanlar arttıkça zaman yönetiminin iyi olarak değerlendirildiği zaman yönetimi ile ilgili anketin “yapılacak işleri öncelik ve önem sırasına göre dizer misiniz ?” sorusundan 5 puan üzerinden 3.69 ± 1.20 puan aldığı saptanmıştır (124).

Akatay (2003), yöneticilerin 1-5 arasında puanlanan ve olumsuzdan olumluya doğru giden yönetsel zamanın etkin kullanılması ile ilgili anket formunun “işleri önem ve aciliyetine göre sıralamak ve sırasıyla yapmak” maddesinden 4.50 ± 0.66 puan aldığını belirlemiştir (6).

Önceliklerin belirlenmesi en önemli zaman yönetimi tekniklerindendir (311, 373, 391, 392). Bireyler farklı işlere önceliklerine göre yaklaşmaması durumunda zaman üzerinde kontrol kuramaz. İşlerin tümü, eşit derecede öneme sahip olmadığından, harcanacak zaman miktarı da farklı olacaktır (288). Önceliklerin belirlenmesi bireyin amaç ve hedeflerine uygun olmalıdır ve önemlilik tespiti yapılan konu öncelik sırasına konulmalıdır (390). Önceliklerini doğru belirleyen birey, faaliyetlerini bunları elde etme yönünde sürdürür ve gereksiz işlere zaman harcamaz, önceliği ve önemi olan işlere daha fazla zaman ayırır (373). Elde edilen sonuç adolesanların önemli işleri öncelik sırasına koymasının oldukça düşük olduğunu göstermiştir. Yapılan çalışmalar öncelikleri belirlemenin Balıkcı’nın (46) çalışmasında yüksek, Özgüney’in (288) çalışmasında düşük, Uluşahin’in (395) ve Kocabaş ve Erdem’in (220) çalışmasında yüksek, Bahçecik ve ark.nın (45) çalışmasında orta, Silahtaroglu’nun (350), Sayan’ın (336) çalışmasında yüksek, Erdem ve ark.nın (124) çalışmasında orta, Akatay’ın (6) çalışmasında yüksek düzeyde olduğunu saptamıştır.

Adolesanların DZYA’nın 8. maddesini oluşturan egzersizleri hafta en az üç kez yarım saat (30 dk) düzenli olarak yapma maddesinden düşük puan aldıkları belirlenmiştir.

Egzersiz diyabet tedavisinin ve diyabette zaman yönetiminin en önemli bölümlerinden birisini oluşturmaktadır. Ayrıca günlük yaşamda egzersizi tüm bireylerin yapması gerekir ve önemli zaman yönetimi uygulamalarından birisidir. Adolesanlar egzersiz yapma ile ilgili maddeden düşük puan almalarına rağmen adolesanların gerek zaman yönetimi gerekse diyabet tedavisi yönünden değerlendirildiğinde daha düşük puan almaları beklenmelidir. Bu yönden değerlendirildiğinde diyabetin yönetimiyle ve zaman yönetimiyle ilgili sorunların olduğu düşünülmektedir.

Adolesanların DZYA'nin 4. maddesinde yer alan her gün sabah ve akşam yaklaşık olarak aynı saatte kalkıp yatması yönünden düşük puan aldıkları gözlenmiştir.

Önemli zaman yönetimi uygulamalarından birisini yeterli bir şekilde uyğunun alınması oluşturmaktadır. Doğru ve yeterli bir şekilde uyumak her zaman zinde olmayı ve bir günden daha çok faydalanmayı sağlar (203). Her gün sabah ve akşam yaklaşık olarak aynı saatte yatmak ise bireyin tutarlı rutin kazanmasına, biyolojik ritmini ayarlamasına yardım ederek zaman yönetimini olumlu yönde etkileyebilir. Adolesanların yaklaşık olarak aynı saatte kalkıp yatması yönünden daha düşük puan almaları beklenmelidir, bu nedenle zaman yönetiminde sorunların yaşandığı düşünülebilir.

Adolesanların DZYA'nin 2. maddesini oluşturan zamanını etkin ve verimli kullanma yönünden düşük puan aldıkları belirlenmiştir.

Zamanın etkin ve verimli kullanılması zaman yönetiminin en önemli uygulamalarından birisidir ve zaman yönetiminin temelini oluşturmaktadır. Zaman yönetimi, amaçlara ve hedeflere ulaşmada önemli bir kaynak olan zamanı verimli kullanma çabasıdır (382, 390). Adolesanların zamanını etkin ve verimli kullanmalarında düşük puan almalarına rağmen bu konuda daha düşük puan almaları beklenmelidir. Bu durum adolesanların zaman yönetimi konusunda gerçekten sorun yaşadıklarını göstermektedir.

Adolesanların DZYA'nın 38. maddesini oluşturan zamanını nasıl kullandığının farkında olması yönünden düşük puan aldıkları gözlenmiştir.

Özgüney (1996), yönetici hemşirelerin zamanla ilgili varsayımlar ölçeğinin “pek çok kişi zamanını nasıl harcadığını bilir ve en çok zaman harcadığı hususların neler olduğunu kolaylıkla tanımlayabilir” varsayımına % 43.0 (n=47)'ünün doğru, % 56.0 (n=60)'sının yanlış yanıtı verdiğini belirlemiştir (288).

Uluşahin (1999), yöneticilerin zaman yönetimi analizinde “zamanımı, altı ay öncesine göre daha iyi kullanıp kullanmadığımı bilmiyorum” maddesinden % 56.3 (n=90)'ünün zamanını altı ay öncesine kadar daha iyi kullanıp kullanmadığını bildiğini, % 28.1 (n=45)'inin bazen bildiğini, % 15.6 (n=25)'sının zamanını altı ay öncesine kadar daha iyi kullanıp kullanmadığını bilmediğini saptamıştır (395).

Kocabaş ve Erdem (2003), öğretmenlerin olumsuzdan olumluya doğru giden değerlendirmede anketin “zaman analizi yapma” maddesinden 5 puan üzerinden 3.129 ± 1.261 puan aldığını saptamıştır. Anketin “yapılan programları değerlendirme” maddesinden ise öğretmenlerin 3.577 ± 1.188 puan aldığını belirlemiştir (220).

Bahçecik ve ark.na göre (2004), yönetici hemşirelerin zaman yönetimi ölçeğinin “zaman çizelgesi yapar ve değerlendiririm” maddesine % 19.3'ünün hiçbir zaman katılmadığı belirlenmiştir (45).

Sayan (2004), yönetici hemşirelerin 1-3 arasında puanlanan ve puanların yükselmesinin zaman yönetiminin iyi olduğunu gösteren zaman yönetimi anketinin “çalışma programını uyguladıktan sonra amaçlara ve sonuçlara göre değerlendirme yaparım” maddesinden ortalama 2.28 ± 0.84 puan aldığını belirlemiştir (336).

Zaman yönetimi sürecinin ilk aşamasını zamanın nereye harcandığının belirlenmesi oluşturmaktadır (6, 121, 336). Kişisel zamanın nasıl harcandığını bilmeden planlamanın yapılması, işlerin etkili bir biçimde izlenmesi ve sonuçların değerlendirilmesi mümkün değildir (387). Birey zamanının nasıl kullandığının farkında olursa zamanının boşa harcanıp harcanmadığını kontrol etme imkanı bulur.

Bu nedenle zamanın nasıl kullanıldığının farkında olunması çok önemlidir. Elde edilen sonuç adolesanların düşük puan aldığını göstermekle birlikte çok düşük bir puan olmadığından bu konuda sorun yaşandığını da göstermektedir. Yapılan çalışmalar zamanın nasıl kullanıldığının farkında olunması yönünden Özgüney'in (288), Uluşahin'in (395) ve Kocabaş ve Erdem'in (220) orta, Sayan'ın (336) yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Bahçecik ve ark.nın (45) çalışması diğer veri olmadığı için yorumlanamamıştır.

Adolesanların DZYA'nin 9. maddesini içeren yapmak istediği işler için yeterli zamanı olsa bile bu işleri erteleme yönünden düşük puan aldıkları saptanmıştır.

Adolesanların DZYA'nin 16 maddesinde olduğu gibi burada da adolesanlarda erteleme davranışının düşük olduğu gözlenmektedir. Alınan puanlar çok düşük olmadığından bu konuda adolesanların kendisini geliştirmeye ihtiyacı bulunmaktadır.

Adolesanların DZYA'nde 12. maddeyi içeren diyabet bakım planını düzenli bir programa göre yürütme maddesinden düşük puan aldıkları gözlenmiştir.

Elde edilen sonuç adolesanların bu konuda düşük puan aldığını göstermekle birlikte özellikle diyabetin yönetiminde çok önemli olduğu için diyabet bakım planını düzenli bir programa göre yürütme konusunda eksikliklerin olduğunu göstermektedir. Diyabette zaman yönetiminde diyabet bakım planının düzenli bir programa göre yürütülmesi en önemli zaman yönetimi uygulamalarından birisidir. Bu konuda adolesanlardan beklenen alınan puanların daha düşük olması ve toplam puana yaklaşmasıdır. Alınan puanların çok düşük olmaması nedeniyle adolesanların bu konuda gelişmeye gereksinimleri bulunmaktadır.

Adolesanların DZYA'nde 26. maddede yer alan günlük olarak planladığı işleri bitirme yönünden düşük puan aldığı gözlenmiştir.

Latif, Fidan ve Uçkun'a göre (2004), bir üniversitede çalışan idari personelde zaman kaybettiren faktörlerin incelendiği çalışmada idari personelin uygulanan anketin "hemen hemen her gün yarım kalan işim oluyor" maddesine personelin %

19.1 (n=59)'inin tamamen katıldığı, % 11.5 (n=36)'inin ise katıldığı saptanmıştır (239).

Sayan (2004), yönetici hemşirelerin 1-3 arasında puanlanan ve puanların yükselmesinin zaman yönetiminin iyi olduğunu gösteren zaman yönetimi anketinin “yapılacak işler listesindeki işleri zamanında bitiririm” maddesinden ortalama 2.32 ± 0.87 puan aldığını belirlemiştir (336).

Silahtaroglu (2004), zaman yönetimi ile ilgili uygulanan anketin “planlanan işleri zamanında bitiririm” maddesinden 5 puan üzerinden 3.56 ± 1.00 puan aldığını ve bunun katılıyorum ifadesine denk geldiğini saptamıştır (350).

Günlük olarak planlanan işlerin bitirilmesi zamanın etkili ve verimli kullanıldığının en önemli göstergelerinden birisidir. Çalışma sonucu adolesanlardan günlük olarak planlanan işlerin bitirilmesi konusunda düşük puan almalarına rağmen çok düşük puan alınmaması nedeniyle gelişmeleri gerektiğini göstermektedir. Yapılan çalışmalar planlanan işleri bitirme yönünden Latif ve ark.nın (239) ve Sayan'ın (336) çalışmasında yüksek, Silahtaroglu'nun (350) çalışmasında iyi düzeyde bulunmuştur.

Adolesanların DZYA'nde kötü/eksik olduğu maddelerin tartışılması

Adolesanların DZYA'nde kötü/eksik olduğu maddeler sırasıyla; 49 (4.00 ± 1.23), 19 (3.93 ± 1.22), 33 (3.64 ± 1.37), 22 (3.58 ± 1.33), 24 (3.58 ± 1.29), 20 (3.39 ± 1.50), 47 (3.22 ± 1.27), 28 (3.20 ± 1.51), 37 (3.06 ± 1.34), 29 (3.03 ± 1.30) ve 25 (3.00 ± 1.46). maddedir.

Adolesanların DZYA'nde 49. maddede yer alan zamanı kullanmayı/hayatımı yönetmeyi geliştirmem gerekiyor maddesinden en yüksek puanı aldıkları saptanmıştır.

Sayan (2004), yönetici hemşirelerin 1-3 arasında puanlanan ve puanların yükselmesinin zaman yönetiminin iyi olduğunu gösteren zaman yönetimi anketinin “zamanımı daha etkin kullanmak için yöntemler geliştiririm” maddesinden ortalama

2.23±0.81 puan aldığını belirlemiştir. Ayrıca yönetici hemşirelerin % 85.0 (n=85)'inin zamanını iyi değerlendirebilmek için fikir geliştirdiğini saptamıştır (336).

Çalışma sonucu adolesanların özellikle zaman yönetimini öğrenmek ve yaşamında uygulamak isteyenler için en önemli maddeden çok yüksek puan aldıklarını göstermiştir. Bu durum adolesanlarda zaman yönetiminin yetersiz olduğunu en iyi şekilde göstermektedir ancak asıl önemli olan zaman yönetiminin kavramsal boyutta adolesanların farkında olmayışıdır ve bu konuda adolesanların kendilerini geliştirmeleri gerektiğini göstermektedir. Sayan'ın (336) çalışma sonucu değerlendirildiğinde ise yönetici hemşirelerin zaman yönetimlerini geliştirmek için çaba harcadığını göstermesi yönünden iyi bir sonuçtur.

Adolesanların DZYA'nde 19. maddesini oluşturan her gün yapması gereken işlerin listesini çıkarma yönünden oldukça yüksek puan alındığı belirlenmiştir.

Akatay (2003), yöneticilerin 1-5 arasında puanlanan ve olumsuzdan olumluya doğru giden yönetsel zamanın etkin kullanılması ile ilgili anket formunun “herhangi bir zaman dilimi içinde veya bir gün sonrası için yapılacaklar listesi hazırlamak” maddesinden 4.28±1.00 puan aldığını belirlemiştir (6).

Kocabaş ve Erdem (2003), öğretmenlerin olumsuzdan olumluya doğru değerlendirilen anketin “yapılacak işler listesi hazırlama” maddesinden 5 puan üzerinden 3.208±1.294 puan aldığını saptamıştır (220).

Latif ve ark.na göre (2004), idari personelin uygulanan anketin “işyerinde yapacağım işlerin listesini önceden hazırlarım” maddesine % 21.3 (n=66)'ünün tamamen katıldığı, % 50.0 (n=155)'sinin ise katıldığı saptanmıştır (239).

Sayan (2004), yönetici hemşirelerin 1-3 arasında puanlanan ve puanların yükselmesinin zaman yönetiminin iyi olduğunu gösteren zaman yönetimi anketinin “her gün yapılacak işlerin bir listesini yaparım” maddesinden ortalama 2.34±0.72 puan aldığını belirlemiştir (336).

Erdem ve ark.na göre (2005), üniversite öğrencilerinin puanlar arttıkça zaman yönetiminin iyi olarak değerlendirildiği zaman yönetimi ile ilgili anketin “bir gün sonrası veya herhangi bir zaman dilimi için yapılacaklar listesi hazırlar mısınız” sorusundan 5 üzerinden 2.52 ± 1.24 puan aldığı saptanmıştır (124).

Zaman yönetiminde önceliklerin belirlenmesinde hedefleri başarmaya yönelik yapılacak işlerin listelenmesi önemli bir tekniktir (6, 178, 391, 392). Bu durumda en önemli zaman yönetimi uygulamalarından birisini oluşturmaktadır. Elde edilen sonuç adolesanların bu konuda gelişmeleri gerektiğini göstermektedir. Diğer çalışma sonuçlarında ise yapılacak işler listesi yönünden Akatay’ın (6) yüksek, Kocabaş ve Erdem’in (220), orta, Latif ve ark.nın (239) iyi, Sayan’ın (336) yüksek, Erdem ve ark.nın (124) çalışmasında düşük düzeyde olduğu saptanmıştır.

Adolesanların DZYA’nde 33. maddeyi oluşturan görevi/işi bitiremediği zaman kendisini suçlu hissetmesi yönünden yüksek puan aldığı belirlenmiştir ve adolesanların zaman yönetimi konusunda gelişmeleri gerektiğini göstermektedir.

Zaman yönetiminde görevi/işi bitiremediği zaman bireyin kendisini suçlu hissetmesi bireyin zamanını iyi yönetemediğinin bir göstergesidir, ancak bireyin zamanını iyi yönetemediğini fark edebilmesi yönünden de zaman yönetiminde ilerleme yönünde bir aşamadır.

Adolesanların DZYA’nde 22. maddede yer alan gün içinde yapmak istediği işleri yapamadığında üzülmeye yönünden yüksek puan aldığı belirlenmiştir.

Kısa (2005), yöneticilerin zaman yönetimi ile ilgili uygulanan anketin “işlerinizi zamanınızda yapamadığınızda stres veya anksiyete hisseder misiniz ?” sorusuna yöneticilerin % 47.8 (n=32)’inin evet, % 38.8 (n=26)’inin bazen % 13.4 (n=9)’ünün hayır yanıtı verdiğini belirlemiştir (218).

Zaman yönetiminde gün içinde yapmak istediği işleri yapamadığında üzülmeye zamanın iyi bir şekilde yönetilemediğini göstermektedir, suçlu hissetme gibi üzülmeye de bireyin zamanını iyi yönetemediğini fark ettiğini göstermesi açısından zaman

yönetiminde ilerleme yolunda bir aşamadır. Çalışma sonucu ve Kısa'nın (218) çalışması zaman yönetimi ile ilgili sorunlar yaşandığını göstermektedir.

Adolesanların DZYA'nde 24. maddeyi oluşturan eğer işleri kendisi yapmazsa hatalar olabileceği yönünden yüksek puan aldığı saptanmıştır.

Balıkçı (1991), yöneticilerin olumsuzdan olumluya doğru giden değerlendirmede uygulanan anketin “ben kendim daha iyi yaparım düşüncesinde olan kişilerden misiniz” sorusundan 5 puan üzerinden 2.81 puan aldığını belirlemiştir (46).

Özgüney (1996), yönetici hemşirelerin zamanla ilgili varsayımlar ölçeğinin “bir şeyi kendinizin yapması onu daha az zamanda ve daha iyi sonuçlandırmanızı sağlar. Başka bir deyişle, doğru yapmak istiyorsan kendin yapmalısın özdeyişi hala en geçerli özdeyiştir ” varsayımına yöneticilerin % 56.0 (n=61)'sinin doğru, % 42.0 (n=45)'sinin yanlış yanıtı verdiğini belirlemiştir (288).

Latif ve ark.na göre (2004), idari personelin uygulanan anketin “başkalarına sorumluluk vermekten hoşlanmam” maddesine % 14.9 (n=46)'unun tamamen katıldığı, % 33.8 (n=104)'inin ise katıldığı saptanmıştır (239).

Silahtaroğlu (2004), akademisyenlerin zaman yönetimi ile ilgili uygulanan anketin “çalışmalarımda yetki devrinde bulunurum” maddesinden 5 üzerinden 3.13 ± 1.15 puan aldığını ve bunun ne katılıyorum ne katılmıyorum ifadesine denk geldiğini saptamıştır (350).

Sayan (2004), yönetici hemşirelerin 1-3 arasında puanlanan ve puanların yükselmesinin zaman yönetiminin iyi olduğunu gösteren zaman yönetimi anketinin “işlerimi ben kendim yaparım düşüncesindeyim” maddesinden ortalama 1.69 ± 0.74 puan aldığını belirlemiştir (336).

Bireyin eğer işlerini kendisini yapmazsa hataların olabileceği düşüncesi zaman yönetimine uygun olmayan bir yaklaşımdır. Zaman yönetimi uygulamalarından birini

bireyin gerektiğinde yetki devri yapması oluşturmaktadır (6, 324, 427). Bireyin sorumluluklarının altından kalkabilmesi ve önemli işlere daha fazla zaman ayırmaları için işlerinin bir kısmını başkasına devretmesi gerekir (6, 427). Birey işleri kısa sürede kendisinin daha iyi ve çabuk yapacağına inanırsa, uzun sürede sadece kendisinin doğru yapacağını düşündüğünden, yetki devrine yanaşmaz, bu durumda rutin işlerle uğraşmaya başlar, önemsiz işlere fazla zaman harcarken önemli işlere zaman bulamaz (288). Çalışma sonuçları adolesanların yetkiyi devretmeyi uygulamadıklarını ve bu konuda gelişmeleri gerektiğini göstermektedir. Yapılan çalışmalarda yetki devrinin Balıkçı'nın (46) sonuçlarında düşük, Özgüney'in (288), Latif ve ark.nın (239) sonuçlarında orta, Silahtaroglu'nun (350) sonuçlarında orta, Sayan'ın (336) sonuçlarında ise düşük düzeyde bulunmuştur.

Adolesanların DZYA'nde 20. maddesinde yer alan yapması gereken zorunlu işlerin listesini çıkarma yönünden yönünden yüksek puan aldığı saptanmıştır.

Adolesanların DZYA'nin 19. maddesinde yer alan yapması gereken işlerin listesini çıkarmada olduğu gibi benzer puanların alındığını göstermektedir ve bu konuda adolesanların gelişmesi gerektiğini göstermektedir.

Adolesanların DZYA'nde 47. maddede yer alan kendisini işleri son anda bitirmek için koştururken bulması yönünden yönünden yüksek puan aldığı belirlenmiştir.

Kocabaş ve Erdem (2003), öğretmenlerin olumsuzdan olumluya doğru değerlendirilen anketin "işleri son anda yetiştirme duygusu yaşama" maddesinden 5 puan üzerinden 3.860 ± 0.736 puan aldığını saptamıştır (220).

Erdem ve ark.na göre (2005), üniversite öğrencilerinin puanlar arttıkça zaman yönetiminin iyi olarak değerlendirildiği zaman yönetimi ile ilgili anketin "işlerinizi son dakikada yetiştirme durumunu yaşıyor musunuz ?" sorusundan 5 üzerinden 2.69 ± 1.25 puan aldığı saptanmıştır (124).

Aceleci davranış zaman yönetimine ters düşen bir davranıştır (123). Acelecilik, zamanı iyi yönetememe davranışının hem nedenini, hem de sonucunu oluşturmaktadır. İşlerini sürekli erteleyen bireyler son teslim/bitim tarihine doğru yaklaştıklarında telaşlanarak işleri birbirine karıştırırlar. Sürekli olarak işleri son anda yetiştirme durumu yaşayan bireylerin zaman yönetimi konusunda eksikliği olduğu söylenebilir (220). Çalışma sonucu adolesanların kendisini işleri son anda bitirmek için koştururken bulma davranışını sergilediğini ve bu konuda gelişmeleri gerektiğini göstermektedir. Yapılan diğer çalışmalarda ise işleri son anda bitirmek için koşturmanın Kocabaş ve Erdem'in (220) çalışmasında düşük düzeyde, Erdem ve ark.nın (124) çalışmasında ise yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur.

Adolesanların DZYA'nde 28. maddeyi oluşturan yapması gereken pek çok iş olduğu zaman, önce en kolaydan başlamayı tercih etme yönünden yüksek puan aldığı saptanmıştır.

Zaman yönetiminde işler yerine getirilirken zor işlerin en önce yapılması kolay işlerin sona bırakılması daha doğru olmaktadır. Zor işler daha fazla dikkat gerektirir, birey yorulduğu zaman dikkati dağıldığından zor işler sona kaldığında daha çok hata yapılır (383). Bu nedenle güne en zor iş yaparak başlanmalıdır (125, 368, 383). Adolesanların ise öncelikle daha çok kolay işleri yerine getirdiği söylenebilir ve bu konuda eğitime ihtiyacı bulunmaktadır.

Adolesanların DZYA'nde 37. maddeyi içeren gün içerisinde zamanını kontrol edemediğini hissetmesi yönünden orta düzeyde puan aldığı belirlenmiştir.

Erdem ve ark.na göre (2005), üniversite öğrencileri puanlar arttıkça zaman yönetiminin iyi olarak değerlendirildiği zaman yönetimi ile ilgili anketin “zamanınızın çok hızlı bir biçimde akıp gittiği duygusuna kapılır mısınız ? ” sorusundan 5 üzerinden 1.96 ± 1.15 puan aldığı saptanmıştır (124).

Gün içerisinde zamanını kontrol edememe duygusunu hissetmek zamanın etkili ve verimli bir şekilde yönetilmediğini, bireyin üzerinde zaman baskısını hissettiğini göstermektedir. Çalışma sonucu adolesanların da zamanını iyi yönetememe

nedeniyle yüksek puan aldığını belirlemiştir ve adolesanların gelişmeleri gerektiğini göstermektedir. Erdem ve ark.nın (124) çalışması da öğrencilerin bu duyguyu yoğun bir şekilde yaşadıklarını göstermektedir.

Adolesanların DZYA’nde 29. maddeyi oluşturan genel hedefler yerine daha belirgin hedefler belirleme yönünden orta düzeyde puan aldığı belirlenmiştir.

Akatay (2003), bankada çalışan üst düzey yöneticilere uygulanan 1-5 arasında puanlanan ve olumsuzdan olumluya doğru giden yönetsel zamanın etkin kullanılması ile ilgili anket formunun “mümkün olduğu kadar kısa süreli (aylık, haftalık, günlük, hafta saatlik) hedefler belirlemek” maddesinden 3.80 ± 0.81 puan alındığını belirlemiştir (6).

Erdem ve ark.na göre (2005), üniversite öğrencileri puanlar arttıkça zaman yönetiminin iyi olarak değerlendirildiği zaman yönetimi ile ilgili anketin “işlerinizle ilgili kısa süreli amaçlar belirler misiniz ” sorusundan 5 üzerinden 3.56 ± 1.15 puan aldığı saptanmıştır (124).

Zaman yönetiminde en önemli uygulamalardan birisini bireyin kendisine hedefler oluşturmaktır. Hedefler günlük, aylık, yıllık olabilir (368, 391). Ancak zaman yönetiminde hedefler belirlenirken mümkün olduğu kadar kısa süreli (aylık, haftalık, günlük, hatta saatlik) hedeflerin belirlenmesi gerekir (125, 368). Hedeflerin kısa dönemli olması onlara çabuk ulaşılmasını sağladığı için önemlidir. Elde edilen sonuç adolesanların kısa süreli hedef belirleme konusunda orta düzeyde olduklarını göstermektedir ve adolesanların kısa dönemli hedef belirleme konusunda eksikliklerinin olduğunu göstermektedir. Yapılan diğer çalışmalarda Akatay’ın (6) çalışması iyi ve Erdem ve ark.nın (124) çalışması orta düzeyde kısa süreli hedef belirlendiğini saptamıştır.

Adolesanların DZYA’nde 25. maddeyi içeren programını bir plana/zaman çizelgesine/takvime göre düzenleme yönünden orta düzeyde puan aldığı belirlenmiştir.

Balıkçı (1991), yöneticilerin olumludan olumsuz doğru giden zaman yönetimi ile ilgili uygulanan anketten yöneticilerin “zaman çizelgesi yapıp, zamanınızı programlar mısınız “ sorusundan 2 puan üzerinden 1.64 puan aldığını belirlemiştir (46).

Uluşahin (1999), yöneticilerin zaman yönetimi analizinde “günlük çalışma planım yoktur” maddesinden % 63.1 (n=101)’inin günlük çalışma planının olduğunu, % 12.5 (n=20)’inin bazen olduğunu, % 24.4 (n=39)’ünün günlük çalışma planının olmadığını saptamıştır (395).

Akatay (2003), yöneticilerin 1-5 arasında puanlanan ve olumsuzdan olumluya doğru değerlendirilen yönetsel zamanın etkin kullanılması ile ilgili anket formunun “planlı çalışmak, gelecek haftaya bir önceki haftadan planlı girmek, her gün ertesi gün zamanın nasıl harcanacağını programlamak” maddesinden 3.83 ± 0.85 puan aldığını belirlemiştir (6).

Kocabaş ve Erdem (2003), öğretmenlerin olumsuzdan olumluya doğru değerlendirilen anketin “günlük işleri belirli bir programa göre yapma” maddesinden 5 puan üzerinden 3.422 ± 1.112 puan aldığını saptanmıştır (220).

Sayan (2004), yönetici hemşirelerin 1-3 arasında puanlanan ve puanların yükselmesinin zaman yönetiminin iyi olduğunu gösteren zaman yönetimi anketinin “haftalık çalışma planı hazırlarım” maddesinden ortalama 2.03 ± 0.86 puan aldığını belirlemiştir (336).

Erdem ve ark.na göre (2005), üniversite öğrencilerinin puanlar arttıkça zaman yönetiminin iyi olarak değerlendirildiği zaman yönetimi ile ilgili anketin “günlük işleri belirli bir programa göre yapar mısınız” sorusundan 5 üzerinden 3.02 ± 1.22 puan aldığı saptanmıştır (124).

Planlama etkili zaman yönetiminin en önemli bölümlerinden birisidir (350, 373, 391, 390) ve hedeflere ulaşmak için yapılması gereken en önemli şeydir (391). Bilinçli bir planlamanın yapılmaması işlerin zamanında bitirilmesini engeller (373)

ve plansız, programsız çalışmalar bireyleri hedeflerine ulaştıramaz. Planlamada günlük zaman çizelgeleri, planlar, takvim, elektronik düzenleyiciler gibi planlama araçlarından yararlanılması ise organize olmaya, yapılacak işlerin kaydedilmesine ve planlanmasına yardımcı olmaktadır (6, 178, 390, 395). Elde edilen sonuç adolesanların programını bir plana, zaman çizelgesine, takvime göre düzenleme yönünden orta düzeyde olduklarını göstermektedir. Yapılan çalışmalar plan, program yapmanın Balıkçı'nın (46) çalışmasında düşük, Uluşahin'in (395), Akatay'ın (6), Kocabaş ve Erdem'in (220) ve Erdem ve ark.nın (124) çalışmasında orta, Sayan'ın (336) iyi düzeyde olduğunu göstermiştir.

7.1.1.3. Adolesanların anketlere göre diyabette zaman yönetimi ve diyabete uyum özelliklerinin tartışılması

Adolesanların anketlere göre diyabette zaman yönetimi ve diyabete uyum özellikleri Tablo 38'de verilmiştir.

Adolesanlarda anketlerden alınan ortalama puanların sonuçlarına göre diyabette zaman yönetiminin ve uyumun iyi/orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Diyabetli adolesanlarda zaman yönetiminin ve uyumun orta düzeyde çıkmasının nedenleri şunlara bağlanabilir:

Zamanın verimli kullanılması, bilgili, bilinçli ve istekli olmayı gerektiren bir beceridir. Bu bilgi ve bilinç zaman yönetimi eğitimiyle çocuk ve adolesanlara verilerek zamanı yönetme konusunda yeni davranışlar kazandırılabilir. Zaman yönetimi davranış değişikliği gerektirdiğinden ve toplumda yaygınlaştırılmak istendiğinden küçük yaşlardan itibaren verilerek çocuğun zamanını verimli kullanmasını gerektirir (392). Bu yönden değerlendirildiğinde diyabetli adolesanların küçük yaşlardan itibaren zaman yönetimi konusunda eğitilmemesi ve bu konuda bilgi eksikliği olmasının adolesanın zamanını iyi yönetememesine neden olduğu düşünülebilir.

Zaman yönetimi kavramının anlaşılabilmesi belirli bir soyut düşünce aşamasına gelmeyi gerektirir (392). Bu nedenle yetişkin bireylere göre karşılaştırıldığında

zaman yönetimi uygulamaları adolesan dönemde daha düşük düzeylerde olabilir ve bu dönemde bazı adolesanlar bilişsel olgunlaşmayı tamamlayamayadığından zaman yönetimini tam olarak beceremeyebilir.

Zaman yönetimi olumlu bir bakış açısını, değişimi ve istekli olmayı gerektiren bir beceridir (31, 285). Zaman yönetiminde en etkili araç ise kişinin kendisidir (31). Çocukluk yıllarından itibaren yaşananlar, görülenler ve öğretilenler bireye genel bir yaşam şekli sunar. Bu yaşam şeklinin en önemli parçasını ise alışkanlıklar oluşturur. Alışkanlıkların bazıları yaşamı kolaylaştırırken bazıları da bireye büyük bir engel oluşturur. Her alışkanlığı bırakma durumu, onun yerini alacak yeni bir alışkanlığın kazanımını, yeni bir alışkanlık kazanmak da değişimi gerektirir. (285). Zaman yönetimi bir bireyin sahip olduğu iyi bir alışkanlıktır ve bu alışkanlık değişim sürecinden geçerek kazanılır (285, 364). Zaman yönetimi alışkanlığını kazanmak için birey değişime hazır olmadıkça, zaman yönetimi ilkelerini başarılı bir şekilde uygulamak için çaba göstermedikçe bu konuda başarıya ulaşmak mümkün değildir. Bu yönden adolesan zaman yönetimi konusunda olumlu bir bakışı açısı geliştirmemişse, değişime hazır değilse, daha önceden zamanını yönetme alışkanlığını kazanmamışsa ve zamanını yönetme konusunda isteksizlik yaşıyorsa zaman yönetiminde sorunlar yaşayabilir.

Zaman yönetiminin başarılı bir şekilde uygulanması için pek çok becerinin de (hedef belirleyebilme, planlama alışkanlığı, öncelikleri belirleyebilme gibi) kazanılmasını gerektirir. Bir çok becerinin kazanılmasını gerektirdiği için zaman yönetimi adolesan dönemdeki bir çocuğa karmaşık gelebilir ve bu becerilerin hepsini bir anda kazanamayabilir. Adolesan zaman yönetiminin bir çok beceriyi gerektirmesi nedeniyle bu konuda sorun yaşayor olabilir.

Zaman yönetimi toplumsal bilinçle de ilgili ve kültürden kültüre değişen bir olgudur (392). Bu anlamda çocuğun öncelikle aile içinde zaman yönetimi davranışının yönetilmesi, daha sonra toplum içinde bu alışkanlığını geliştirmesi gerekir. Özellikle çocuğun eğitim aldığı okul önemli bir etkidir. Bu alışkanlığın çocuğa kazandırılmasında aileyle birlikte okulun çok önemli bir rolü vardır. Ayrıca ülkemizde zaman yönetimine yönelik girişimlerin desteklenmediği ve örnek olması

gereken birey ve kurumların da üzerine düşeni yapmadığı gözlenmektedir. Bu yönden adolesanların aile, okul ve toplumsal nedenlere bağlı olarak zaman yönetiminde sorun yaşadığı düşünülebilir.

Zaman yönetiminde adolesanın kendisinden kaynaklanan pek çok neden (kişiliği, yaşama bakış şekli, beklentileri, becerileri gibi) zamanını iyi yönetememesine neden olabilir (421).

Diyabette zaman yönetimi yönünden bakıldığında diyabet tedavisinin çok yönlü/boyutlu (insülin tedavisi, beslenme, egzersiz, kendi kendine izlem, eğitim) ve karmaşık olduğu bilinen bir gerçektir. Bu nedenle bütün tedavinin boyutlarının aynı anda uygulanmaya çalışılması adolesanın diyabetiyle ilgili zaman yönetiminin günlük yaşamındaki zaman yönetimiyle birleştirilmesini engelleyebilir. Bu nedenle adolesan zaman yönetiminde güçlük yaşayabilir.

Diyabette kendi kendine bakım veya kendi kendine yönetim iyi bir bakımın temelidir (323). Diyabette bakım uygulamaları zaman tüketici bir bakımdır (323, 326). İşbirliğine dayalı, hasta merkezli bakımın en önemli aşamasını diyabette kendi kendine yönetimin diyabetli bireyler için zaman tüketici olduğunun kabul edilmesidir (326). Diyabette kendi kendine bakım için her bir tedavi boyutunun ayrı bir hazırlığı, kendi kendine bakım işlerinin listesi diyabetli adolesanı yıldıracak ve cesaretini kırıcı olabilir. Bu nedenle adolesan zaman yönetiminde sorunlar yaşayabilir.

Adolesan dönemde diyabette metabolik kontrolün genellikle bozulduğu bir dönemdir (101, 199, 351). Bu dönemde metabolik kontrolün bozulması hem zaman yönetimini hem de diyabete uyumu olumsuz yönde etkiler. Özellikle zaman yönetimi yönünden değerlendirildiğinde metabolik kontrolde bozulmaların olması durumunda adolesanın tüm yaşam şekli değişecek ve gerek diyabetiyle gerekse günlük yaşamıyla ilgili zaman yönetimi olumsuz yönde etkilenecektir. Adolesan dönemde metabolik kontrolün bozulmasının en önemli nedenlerinden birisi adolesan dönemdeki çocukların daha fazla bağımsız olmak istemeleri, akranlarından farklı olmayı istememeleri oluşturmaktadır. Adolesan dönemde diyabetin varlığı ve yönetimi adolesan tarafından bağımsızlığını engelleyen bir durum olarak

algılanabilmekte ve bu nedenle zaman yönetimi ve diyabete uyum olumsuz etkilenebilmektedir. Bunun yanısıra adolesan dönemdeki çocuklar diğer çocukluk dönemlerine göre daha fazla bağımsızdır, kendi bakımını üstlenebilir ancak yetişkin düzeyindeki olgunluğa erişemediğinden kendi bakımını yerine getirmede eksiklikler yaşayabilir, bu nedenle hala yetişkin desteğine ihtiyacı bulunmaktadır. Bu dönemde yetişkin bir bireyin (özellikle anne/baba) denetiminin/desteğinin olmayışı adolesan gerek zaman yönetiminde gerekse diyabete uyumunda eksiklikler yaşanmasına neden olur. Ancak bu dönemde ebeveynin aşırı koruyucu tutumunun da bakımın yerine getirilmesinde sorun çıkarabilir. Ayrıca adolesan dönemde adolesanın akranlarından farklı olmayı istemeyişi de onların önünde bakım uygulamalarını yapmalarını ihmal etmelerine yol açarak zaman yönetiminde ve diyabete uyumda güçlük yaşamalarına neden olabileceği göz ardı edilmemelidir.

Uzun süren hastalıklarda uzun dönemdeki tedavi uyumunu değerlendiren çalışmaların çoğunda 6 aydan sonra tedaviye uyum başarısının % 50.0'yi geçmediği görülmüştür (4). Bu yönden değerlendirildiğinde adolesanların diyabete uyum yönünden literatür bilgisiyle aynı doğrultuda olduğu saptanmıştır. Özellikle de adolesan diyabetlilerde uyum sorunuyla çok sık karşılaşılmaktadır (186, 343, 410, 412). Adolesan döneminde diyabetle ilişkili güçlükler orta adolesan döneminde başlamaktadır ve uyumsuzluğun başlama yaşı ortalama olarak 14.8 olarak bildirilmiştir (363, 377, 410). Çalışma sonuçlarında adolesanlarda diyabete uyumun orta düzeyde bulunması; hastalığın kendisi ve doğası, diyabetin kronik bir hastalık olması nedeniyle yaşam şeklinde değişim yapılması ve sürekli olarak buna uyum yapmaya çalışılması, diyabet tedavisinin çok yönlü olması, tedavinin monotonlaşması, adolesan dönemde metabolik kontrolün bozulması (fiziksel, psikososyal sorunlar nedeniyle), bilişsel-emosyonel ve motivasyonla ilgili nedenler (uyumu etkileyen en önemli nedenlerdir; bilgi eksikliği, hastalığın ve tedavinin anlamı, olumlu tutumlar, terapötik motivasyon, emosyonel bozukluklar, benlik saygısı, otonomi gibi), ailesel nedenler (olumlu aile ortamı, aile ilişkileri, olumlu başa çıkma becerileri, ebeveyn desteği gibi), akran ilişkileri, diyabet ekibiyle ilişkilerin düzeyi, sağlık inançları, kontrol odağı, diyabet konusunda alınan eğitim gibi çok sayıda değişkenden etkilenebilmektedir (179, 231, 363, 415).

7.1.2. Adolesanların anket puan ortalamalarının adolesan ve ailesi ile ilgili sosyodemografik özellikler, diyabet yaşı-sağlık sorunu/diyabete uyumu/komplikasyonlar/metabolik kontrol sonuçları ile ilgili özellikler ve zaman yönetimi özellikleri ile karşılaştırılmasının tartışılması

Bu bölümde anketlerin adolesan ve zaman yönetimi özellikleri ile karşılaştırılmasının tartışılması; adolesan ve ailesi ile ilgili sosyodemografik özellikler, diyabet yaşı-sağlık sorunu / diyabete uyumu/ komplikasyonlar / metabolik kontrol sonuçları ile ilgili özellikler ile karşılaştırılmasının tartışılması ve zaman yönetimi özellikleri ile karşılaştırılmasının tartışılması olarak iki bölümde verilmiştir.

7.1.2.1. Adolesanların anket puan ortalamalarının adolesan ve ailesi ile ilgili sosyodemografik özellikler, diyabet yaşı-sağlık sorunu / diyabete uyumu/ komplikasyonlar / metabolik kontrol sonuçları ile ilgili özellikler ile karşılaştırılmasının tartışılması

Bu bölümde anketlerin; adolesan ve ailesi ile ilgili sosyodemografik özellikler, diyabet-sağlık sorunu / diyabete uyumu/ komplikasyonlar / metabolik kontrol sonuçları ile ilgili özellikler ile karşılaştırılması tartışılmıştır.

Adolesanların anket puan ortalamalarının adolesanın yaşı ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 53.7 (n=37)'sini 15-17 yaş grubu adolesanlar oluşturmaktadır ve ortalama yaş 15.52 ± 1.81 'dir (Tablo 15).

Grey, Boland, Yu, Sullivan-Bolyai ve Tamborline'a göre 1998), 13-20 yaş arası tip 1 diyabetli adolesanlarda yaşam kalitesi ile ilişkili kişisel ve ailesel faktörlerin incelendiği çalışmada tip 1 diyabetli adolesanlarda ortalama yaş 16.1 ± 1.9 (12-19 arasında) olarak saptanmıştır (154).

Faulkner (2003), tip 1 diyabetli adolesanlarda ortalama yaşı 15.6 ± 1.6 olarak saptamıştır (134).

Pınar, Arslanoğlu, İşgüven, Çizmeci ve Günöz'e göre (2003), 11-18 yaş arası tip 1 diyabetli adolesanlarda kendi kendine etkililik ve kendi kendine etkililiğin aile

evresi ve metabolik kontrolle ilişkisi incelenilen çalışmada adolesanların ortalama yaşı 13.90 ± 2.42 olarak saptanmıştır (310).

övener (2005), 13-17 yaş arası tip 1 diyabetli adolesanlarda sorun çözme becerisini incelediği çalışmasında adolesanların yaş ortalamasını 14.82 ± 1.42 olarak saptamıştır (98).

Iannotti ve ark.na göre (2006), 11-18 yaş arası tip 1 diyabetli adolesanlarda tedaviye uyumun değerlendirildiği çalışmada adolesanların yaş ortalaması 14.8 ± 2.0 olarak saptanmıştır (193).

Graue, Wintzel-Larsen, Bru, Hanestad ve Sovik'e göre (2004), 13-18 yaş arası tip 1 diyabetli adolesanlarda başa çıkma becerilerinin metabolik kontrolün derecesi ile ilişkisinin incelendiği çalışmada adolesanların yaş ortalaması 14.9 ± 1.6 olarak saptanmıştır (153).

Çalışma sonuçları; Grey ve ark.na göre (154) düşük, Faulkner' e göre (134) benzer, Pınar ve ark.na göre (310), Çövener'e göre (98), Iannotti ve ark.na göre (193), Graue ve ark.na göre (153) yüksek bulunmuştur.

Adolesanların DZYA toplam puanı adolesanın yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$) (Tablo 39).

Covic ve ark.na göre (2003), üniversite öğrencilerinde zaman yönetimi yaşa göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p > 0.05$) (84).

Erdem ve ark.na göre (2005), üniversite öğrencilerinin yaşa göre zaman yönetimi davranışlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p > 0.05$) (124).

Çalışma sonucu diğer çalışmalara benzerdir. Adolesan dönemde yaş arttıkça metabolik kontrol ve uyumun bozulması nedeniyle zaman yönetiminin de kötü olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmada DUADBA toplam ve alt bölüm puanları adolesanın yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$), puan ortalamaları zaman yönetimi alt bölümü dışında diğer alt bölümlerde azalmaktadır (Tablo 39).

Kyngas (2000b), tip 1 diyabetli adolesanlarda uyumun yaşa göre anlamlı farklılık göstermediğini saptamıştır ($p>0.05$) (229).

Stewart ve ark.na göre (2003), tip 1 diyabetli adolesanlarda uyum ile adolesanın yaşı arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.01$) ve yaşı küçük olan adolesanlara göre yaşı büyük olan adolesanların daha az diyabete uyum gösterdiği belirlenmiştir (360).

Çalışma bulgusu, Kyngas (229) ile benzerlik gösterirken, Stewart ve ark.na göre (360) benzerlik göstermemektedir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamasına rağmen diyabete uyum adolesan dönemde bozulduğu için (167, 363, 377, 410) yaş büyüdükçe uyum puanlarının azalması beklenen bir sonuçtur.

Adolesanların anket puan ortalamalarının adolesanın cinsiyeti ile karşılaştırılmasının tartışılması

Olguların % 50.7 (n=35)'si erkek, % 49.3 (n=34)'ü kızdır (Tablo 15).

Yorulmaz (1997), insüline bağımlı diabetes mellituslu 11-19 yaş grubu çocuklarda öz-bakımlarının değerlendirilmesini incelediği çalışmasında adolesanların % 71.0 (n=9)'inin erkek, % 29.0 (n=22)'unun kız oluşturduğunu belirlemiştir (435).

Grey ve ark.na göre (1998), tip 1 diyabetli erkek adolesanların oranı % 51.0, kız adolesanların oranı % 49.0 olarak belirlenmiştir (154).

Bayat (1999), insüline bağımlı diabetes mellitusu olan adolesanlara öz bakımlarının öğretilmesi ve değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmasında adolesanların % 45.0 (n=18)'ini erkeklerin, % 55.0 (n=22)'sini ise kızların oluşturduğunu belirlemiştir (54).

Özçelik (2001), tip 1 diyabetes mellitusu olan adolesanlara verilen eğitimin metabolik kontrolleri ve öz bakımları üzerine etkisini incelediği çalışmasında adolesanların % 45.9 (n=17)'unu erkek, % 54.1 (n=20)'ini kızlar oluşturmuştur (279).

Pınar ve ark.na göre (2003), adolesanların % 51.0 (n=51)'ini erkek, % 49.0 (n=49)'unu kızların oluşturduğu saptanmıştır (310).

Akduman (2003), farklı kronik hastalığı olan ergenlerin öz bakım güçlerini karşılaştırdığı çalışmasında diyabetli adolesanların % 53.3 (n=16)'ünü erkek, % 46.7 (n=14)'sini ise kız adolesanlar oluşturmaktadır (10).

Graue ve ark.na göre (2004), tip 1 diyabetli adolesanların % 50.5 (n=52)'i erkek, % 49.5 (n=51)'i kız olarak belirlenmiştir (153).

Çövener (2005), tip 1 diyabetli adolesanların % 57.2 (n=83)'sini erkek, % 42.8 (n=62)'sini kızların oluşturduğunu saptamıştır (98).

T.C. Başbakanlık İstatistik Kurumu adrese dayalı nüfus kayıt sistemi 2007 nüfus sayımı sonuçları verisine göre (2008), 10-19 yaş arası çocuk nüfusu toplam nüfusun (n=70586256) % 17.8 (n=12568697)'ini oluşturmaktadır ve bu nüfusun % 9.1 (n=6448201)'i erkek, % 8.7 (n=6120496)'si ise kızdır (www.tuik.gov.tr, Erişim tarihi: 13 Mart 2008).

Yapılan çalışmalar genellikle kızlara göre erkeklerin oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Elde edilen sonuçlar da diğer çalışmalarda olduğu gibi erkeklerin daha yüksek olduğunu belirlemiştir.

Adolesanların DZYA toplam puanı ile adolesanın cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo39).

Misra ve McKean (2000), üniversite öğrencilerinde akademik stres, anksiyete, zaman yönetimi ve boş vakit memnuniyeti arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada

erkeklere göre kızların zaman yönetiminin zamanı kontrol etme ($p<0.05$), zaman yönetimi mekanikleri (planlama, liste yapma) ($p<0.01$) ve amaç belirleme ($p<0.01$) boyutunda çok daha fazla etkili zaman yönetimi davranışı sergilediklerini saptamıştır (261).

Alay ve Koçak (2003), üniversite öğrencilerinin zaman yönetimleri ile akademik başarıları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, erkek öğrencilere göre kız öğrencilerin zaman planlaması ve genel zaman yönetiminde daha başarılı olduklarını belirlemiştir ($p<0.05$) (14).

Sırmacı (2003), matematik öğretmenliği anabilim dalı öğrencilerinin ders çalışma alışkanlıklarını farklı değişkenler açısından incelediği çalışmada erkeklere göre kız öğrencilerin zamanlarını daha iyi kullandıklarını belirlemiştir ($p<0.01$) (349).

Covic ve ark.na göre (2003), üniversite öğrencilerinde erkek öğrencilere göre kız öğrencilerin zaman yönetimi mekaniklerinde (liste yapma, günlük tutma gibi) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı saptanmıştır ($p<0.001$).

Bay,Tuğluk ve Gençdoğan'a göre (2005), üniversite öğrencilerinin ders çalışma becerilerinin incelendiği çalışmada, cinsiyet değişkenine göre öğrenciler arasında zaman yönetimi becerileri yönünden anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (53).

Erdem ve ark.na göre (2005), üniversite öğrencilerinde cinsiyet değişkenine göre zaman yönetimi davranışları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (124).

Demirtaş ve Özer (2007), öğretmen adaylarının zaman yönetimi becerileri ile akademik başarıları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksek puan aldığını saptamıştır ($p<0.05$) (109).

Erkek ve kız diyabetli adolesanlar arasında zaman yönetimi yönünden farklılık saptanmaması iki cinsiyette de zaman yönetiminin aynı düzeyde olduğunu gösterebilir. Bay ve ark.nın (53), Erdem ve ark.nın (124) çalışmaları çalışma sonucunu desteklerken diğer çalışmalar benzerlik göstermemektedir. Cinsiyete göre alınan puanlar yönünden değerlendirildiğinde ise kızların zaman yönetiminde daha iyi olduğu görülmektedir ve genel olarak yapılan çalışmalar da kızların erkeklere göre zaman yönetimlerinin daha iyi olduğunu göstermektedir.

Adolesanların DUADBA ve alt bölümleri ile çocuğun cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$) (Tablo 39).

Smith ve ark.na göre (1991), insülin kullanan adolesanlarda cinsiyete göre uyum istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (356).

Kyngas (2000a), kronik hastalıklı adolesanlarda uyumun cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediğini saptamıştır ($p>0.05$) (228).

Kyngas (2000b), tip 1 diyabetli adolesanlarda uyumun cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediğini saptamıştır ($p>0.05$) (229).

Stewart ve ark.na göre (2003), tip 1 diyabetli adolesanlarda uyum ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.01$) ve kızlara göre erkek adolesanların uyumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir (360).

Naar-King ve ark.na göre (2006), tip 1 diyabetli adolesanların cinsiyete göre uyum puanlarının anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$) (266).

Çalışma sonucu Smith ve ark.nın (360), Kyngas'ın (228, 229) çalışmaları ve Naar-King ve ark.nın (266) çalışması ile benzer bulunmuştur. Alınan puanlar yönünden ise Stewart ve ark.nın (360) çalışması ile benzerlik göstermektedir, erkek adolesanların uyumlarının daha iyi olduğu söylenebilir. Adolesanların DUADBA zaman yönetimi puanının erkeklerde daha düşük çıkması kızlarda uyum puanlarının

daha düşük olmasıyla ve erkeklerin diyabet yönetimini daha iyi uygulayabilmesiyle ilişkilendirilebilir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının adolesan eğitim durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 59.4 (n=41)'ünün liseye devam ettikleri, % 2.9 (n=2)'ünün ise okula gitmediği belirlenmiştir (Tablo 15).

T.C. Başbakanlık İstatistik Kurumu Çocuk İşgücü Araştırması verisine göre (2006), 6-17 yaş grubundaki çocukların % 84.7'sinin bir okula devam ettiği, % 15.3'ünün okula devam etmediği, okula devam etmeyen çocukların % 58.8'ini kız çocukların oluşturduğu saptanmıştır (96).

Çalışma sonucunun T.C. Başbakanlık İstatistik Kurumu Çocuk İşgücü Araştırması verisine göre (96) yüksek bulunması olumlu bir durumdur.

Adolesanların anket puanları adolesanın eğitim durumuna istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 39).

Anket puanlarının adolesanların eğitim düzeyine göre anlamlı bulunmaması; zaman yönetiminin adolesanın kendisiyle ve kendisinin bu konuda gelişimiyle ilgili bir konu olması ve diyabete uyumun da daha çok bilişsel/emosyonel ve motivasyonel nedenler, diyabet tedavisi, adolesan dönemde olma, kendi bakımının sorumluluğunu üstlenme ve yerine getirebilme derecesi, aile/akran/diyabet ekibi ilişkileri ve diyabetle ilgili eğitim düzeyi gibi çok sayıda faktörle ilişkili olmasına bağlanabilir. Adolesanların DZYA toplam, DUADBA toplam ve DUADBA uyum göstergesi puanının ilköğretime devam eden ve üniversiteye hazırlanan adolesanlarda daha iyi olması beklenen bir durumdur. Çünkü ilköğretime devam eden ve üniversiteye hazırlanan adolesanlar lise ve üniversiteye devam eden adolesanlara göre akademik yönden daha az yoğundur. Bu nedenle zamanlarını daha iyi yönetebilirler ve diyabetlerinin yönetimi için gerekli bakım uygulamalarını daha iyi yerine getirebilirler. DUADBA zaman yönetimi puanının üniversiteye hazırlanan

adolesanlarda en kötü olması adolesanların diyabet yönetimiyle ilgili yaşanan sorunlara bağlı olarak puanlarının kötü çıkmış olabileceğini düşündürmektedir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının anne ve baba eğitim durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Annelerin % 49.3 (n=34)'ünün ilkokul mezunu; babaların ise % 37.7 (n=26)'sinin lise, % 33.3 (n=23)'ünün üniversite mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 15).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verisine göre (TNSA, 2003), erkeklerin % 23.2'sinin eğitiminin olmadığı/ilköğretimi bitirmediği, % 53.9'unun ilköğretim, % 22.5'inin ise lise ve üzeri eğitimi olduğu; kadınların % 38.6'sının eğitiminin olmadığı/ilköğretimi bitirmediği, % 47.1'inin ilköğretim, % 14.2'sinin lise ve üzeri eğitimi olduğu belirlenmiştir (165).

Çalışma sonucu; Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verisine göre (165) yüksektir.

Anne ve baba eğitim durumuna göre adolesanların anket puanlarının karşılaştırılması Tablo 40'da verilmektedir.

Adolesanların DUADBA toplam puanının babaları lise mezunu olan adolesanlarda anlamlı düzeyde yüksek çıkması lise mezunu babaların çocuklarının diyabetiyle daha iyi ilgilendiğini ve diyabete uyumda diğer eğitim düzeyindeki babalara göre çocuklarına daha iyi/olumlu destek olduklarını düşündürmektedir. Adolesanların diğer anket puanlarının anne ve baba eğitim durumuna anlamlı farklılık göstermemesi ise; zaman yönetiminin öncelikle bireyin kendisiyle ve bu konuda gelişimiyle ilgili olmasına, adolesanın bilişsel gelişimine ve zaman yönetimini etkileyen bireyin kendisinin etkilediği kişisel faktörlere (kişilik yapısı gibi) bağlanabilir, diyabete uyumda ise annenin eğitiminden çok daha önemli faktörlerin (tutumlar, hastalık ve tedavinin anlamı ve önemi, terapötik motivasyon, kendi kendine bakımın sorumluluğunu alma ve yerine getirme düzeyi, tedavinin çok boyutlu olması ve adolesan döneminin özellikleriyle ilişkili olarak

bakımda/yönetimde yaşanan aksaklıklar yaşanması gibi) ön plana geçmesiyle ilişkilendirilebilir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının ailede tip 1 diyabet varlığı ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 21.7 (n=34)'sinin ailesinde tip 1 diyabetin bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 15).

Öztürk (1997), tip 1 diyabetli çocukların % 4 (n=2)'ünde 1. derece akrabalarında tip 1 diyabet öyküsünün bulunduğunu saptamıştır (291).

Rosilio ve ark.na göre (1998), 1-19 yaş arası tip 1 diyabetli çocuk ve adolesanların % 7.6'sının kardeşlerinde tip 1 diyabet bulunduğu saptanmıştır (321).

Genç Diyabetiklerin Bakımı için Scotty Çalışma Grubu (Scottish Study Group For The Care Of The Young Dibetic, SSGCYD, 2001), 5-15 yaş arası tip 1 diyabetli çocukların annesinde % 12.0, babasında % 6.4, kardeşlerinde % 4.4 oranında tip 1 diyabet bulunduğunu saptamıştır (341).

Şimşek, Karabay ve Kocabay'a göre (2003), Batı Karadeniz Bölgesinde yaşayan çocuklarda insüline bağımlı diabetes mellitusun epidemiyolojik özelliklerinin incelendiği çalışmada diyabetli çocukların % 13.0 (n=6)'ünün birinci derece yakınlarında tip 1 diyabet olduğu saptanmıştır (367).

Çövener (2005), % 1.4 (n=2) oranında adolesanların tip 1 diyabetli kardeşinin bulunduğunu saptamıştır (98).

Ünsal (2007) tip 1 diyabetli çocuk ve adolesanlarda komplikasyonların ve otoimmün hastalıkları retrospektif olarak değerlendirdiği çalışmasında çocuk ve adolesanların % 4.3 (n=13)'ünün ailesinde tip 1 diyabet, % 3.0 (n=9)'ünün ise akrabalarında tip 1 diyabet bulunduğunu saptamıştır (403).

Elde edilen sonuçlar; Öztürk'ün (291), Rosilio'nun (321) çalışma sonuçlarına göre yüksek, Scotty Çalışma Grubu'nun (341) sonuçlarına göre düşük, Şimşek ve ark.na göre (367), Çövener'e göre (98) yüksek, Ünsal'ın (403) çalışmasıyla ailede tip 1 diyabetin görülmesi yönünden yüksek, akrabalarda görülme yönünden düşük bulunmuştur. Çalışma sonucu literatür bilgisine göre (199) ise kardeşlerde tip 1 diyabetin görülme oranı yüksektir.

Adolesanların anket puanları ailede tip 1 diyabetli birey varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 41).

Ailede tip 1 diyabetli bireyin olması adolesana olumlu $\leftrightarrow$ olumsuz yönde rol modeli olma, diyabeti ile ilgili bakım uygulamalarını yerine getirme $\leftrightarrow$ getirmeme, diyabete uyum gösterme $\leftrightarrow$ göstermeme gibi çift yönlü olarak adolesanı etkileyebilir. Adolesanların puan ortalamalarının ailedeki tip 1 diyabetli birey varlığına göre anlamlı farklılık göstermemesi adolesan dönemdeki çocukların bu dönemde daha çok akran etkisinin altında olmasına bağlanabilir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının adolesanın diyabet yaşı ile karşılaştırılmasının tartışılması

Çalışmaya katılan adolesanların % 23.2 (n=16)'sinin diyabet yaşı 6-8 ve 9-11 yıl arasındadır ve diyabet yaşı ortalaması 6.51 ± 3.65 'dir (Tablo 16).

Hentinen ve Kyngas'a göre (1992), adolesanların % 55'inin 5 yıldan uzun süredir, % 11'inin ise 1 yıldan az süredir diyabetli olduğu saptanmıştır (186).

Yorulmaz (1997), adolesanların % 58.0 (n=18)'inin 0-3 yıldır, % 19.4 (n=6)'ünün 4-6 yıldır, % 19.4 (n=6)'ünün 7-10 yıldır diyabetli olduğunu belirlemiştir (435).

Grey ve ark.na göre (1998), tip 1 diyabetli adolesanların ortalama olarak 8.0 ± 3.7 yıldır diyabetli olduğu saptanmıştır (154).

Bayat (1999), diyabet tanısı konulduktan sonra geçen sürenin adolesanların % 27.5 (n=11)'inde 11 ay ve altı, % 45 (n=18)'inde 1-3 yıl, % 27.5 (n=11)'inde ise 4 yıl ve üzeri olduğunu belirlemiştir (54).

Kyngas (2000b), tip 1 diyabetli adolesanlarda 1-3 yıldır diyabeti olanları % 25.0, 3-6 yıldır diyabeti olanları % 26.0, 6 yıl ve üzeri diyabeti olanları % 49.0 oranında saptamıştır. Adolesanların ortalama olarak 6.1 ± 3.8 yıldır diyabetli olduğunu belirlemiştir (229).

Özçelik (2001), adolesanların % 75.7 (n=28)'sinin 3 ay-3 yıl arası, % 24.3 (n=9)'ünün 4 yıl ve üzeri diyabetli olduğunu saptamıştır (279).

Çövener (2003), tip 1 diyabetli adolesanların diyabet yaşınının % 37.9 (n=55)'unda 0-3 yıldır, % 24.8 (n=36)'inde 4-6 yıldır, % 22.1 (n=32)'inde 7-9 yıldır olduğunu saptamıştır (98).

Akduman (2003), diyabetli adolesanların % 40.0 (n=12)'inin 0-5 yıldır, % 26.7 (n=8)'sinin 6-10 yıldır, % 33.3 (n=10)'ünün ise 11-15 yıldır diyabetinin bulunduğunu saptamıştır (10).

Faulkner (2003), tip 1 diyabetli adolesanların 6.72 ± 3.8 yıldır diyabetli olduğunu saptamıştır (134).

Hood, Butler, Volkening, Anderson ve Laffel'e göre (2004), tip 1 diyabetli adolesanların 6.4 ± 3.6 yıldır diyabetli olduğu saptanmıştır (189).

Graue ve ark.na göre (2004), tip 1 diyabetli adolesanların ortalama olarak 7.1 ± 3.8 yıldır diyabetli olduğu saptanmıştır (153).

Çalışma sonuçları; Hentinen ve Kyngas 'a göre (186) düşük, Yorulmaz'a göre (435) yüksek, Grey ve ark.na göre (154) düşük, Bayat 'a göre (54), Kyngas'a göre (229), Özçelik'e göre (279), Çövener'e göre (98), Akduman'a göre (10) yüksek ve

Faulkner'e göre (134), Hood ve ark.na göre (189) benzer, Graue ve ark.na göre (153) düşük bulunmuştur.

Adolesanların anket puanları ile adolesanın diyabet yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$) (Tablo 42).

Smith ve ark.na göre (1991), insülin kullanan adolesanlarda diyabetin süresine göre uyum istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (356).

Kyngas (2000a), 1-3 yıldır diyabeti olan tip 1 diyabetli adolesanların daha uzun süreli diyabeti olan adolesanlara göre uyumun anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu saptamıştır ($p<0.001$) (228).

Kyngas (2000b), tip 1 diyabetli adolesanların diyabetin süresine göre diyabete uyumunun istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık gösterdiğini ($p<0.001$) ve 1-3 yıldır diyabeti olan adolesanların daha uzun süredir diyabeti olanlara göre daha iyi uyum gösterdiğini saptamıştır (229).

Adolesanların anket puanlarının diyabet yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemesi; çalışma kapsamına alınan adolesanların en az 6 aydır diyabetinin olmasına, diyabetin yönetiminde yer alan bakım uygulamalarının zaman içinde rutine/alışkanlığa dönüşmesine ve diyabet bakımının günlük yaşamının bir parçası olarak kabul edilmesine, diyabetle yaşamının öğrenilmesine bağlanabilir. Çalışma sonuçlarında DUADBA uyum puanının ise 0-1 yıl diyabeti olan olgularda yüksek bulunması Kyngas'ın çalışmaları (228, 229) ile kısmen benzerlik göstermektedir. Ayrıca literatürde hastalığın süresi uzamasıyla uyumsuzluk arasında ilişkinin olduğu (231, 232) ve diyabet tedavisine uyumun 6. aydan itibaren % 50'yi geçmediği (4) yer almaktadır; bu doğrultuda çalışma sonucu literatür bilgisiyle uygunluk göstermektedir. Çalışma sonuçları Smith ve ark.nın (356) çalışması ile de benzer bulunmuştur.

Adolesanların anket puan ortalamalarının adolesanın sağlık sorunu ile karşılaştırılmasının tartişılması

Adolesanların % 39.1 (n=27)'inde sağlık sorunları bulunmaktadır (Tablo 16).

Göl (2006), tip 1 diyabetli çocuk ve adolesanlarda kan glukozundaki düzensizlik nedeniyle 15 hastanın hastaneye yatırılarak izlendiğini ve dört hastada üst solunum yolu enfeksiyonu, bir hastada tüberküloz pnömoni, bir hastada idrar yolu enfeksiyonu, iki hastada bakteriyel pnömoni nedeniyle kan glukozunda düzensizlik olduğunu ve bu nedenle hastaneye yattıklarını tespit etmiştir (156).

Hastalıkların bir bölümü (üst solunum yolu enfeksiyonu, az belirti veren suçiçeği gibi) genel durumu belirgin olarak etkilememekle birlikte hastalıkların diğer bir bölümü (gastroenterit veya karın ağrısı ile seyreden viral enfeksiyonlar, ateşle birlikte seyreden hastalıklar gibi) düşük veya yüksek kan glukozuna yol açarak metabolik kontrolü bozabilir. Bu nedenle çocuk ve adolesanlarda hastalıkların varlığı önemlidir (166, 199, 351). Çalışma sonucu Göl'e göre (156) diyabetle ilişkili olmayan hastalıkların görülmesi yönünden benzerlik göstermemektedir.

Adolesanların % 14.5 (n=10)'inde diyabetle birlikte görülebilen hastalıklar/otoimmün bozukluklar bulunmaktadır (Tablo 16).

Urbach ve ark.na göre (2005), tip 1 diyabetli çocuk ve adolesanlarda % 6.5 (n=10)'inde hipotirodizm/çölyak/ bulunduğu saptanmıştır (396).

Göl (2006), tip 1 diyabetli çocuk ve adolesanların % 2.04 (n=9)'ünün hashimoto tiroiditi tanısıyla izlendiğini belirlemiştir (156).

Ünsal (2007) diyabetli çocuk ve adolesanların % 27.6 (n=84)'sında otoimmün tiroidit saptandığını belirtmiştir (403).

Uzun yıllardır tip 1 diyabetli hastaların otoimmün hastalıklarla olan ilişkisi bilinmektedir. Otoimmün tiroidit prevalansı normal popülasyonda % 1-7 arasında bildirilirken, tip 1 diyabetlilerde bu oran % 7-38 oranında saptanmıştır (156, 403).

Çalışma sonuçları; Urbach ve ark.nın (396) ve Gül'ün (156) çalışmasına göre yüksek, Ünsal'ın (403) çalışmasına göre düşük, literatür bilgisine göre uyumlu bulunmuştur.

Adolesanların anket puanları adolesanın sağlık sorunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 43).

Adolesanlarda diyabetle birlikte diğer sağlık sorunlarının varlığı günlük yaşamda diyabete ilave olarak yük getirdiği için zaman yönetimini ve diyabete uyumunu olumsuz yönde etkileyebilir. Diyabetle birlikte diğer sağlık sorunları olan adolesanlar olmasına rağmen DZYA ve DUADBA puanlarının anlamlı farklılık göstermemesi olumlu bir durumdur ve bu sorunların günlük yaşamlarını etkilemediğini düşündürmektedir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının insülin tedavisi ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 40.7 (n=28)'si Humalog+Lantus, % 39.2 (n=27)'si Novorapid+Lantus uygulamaktadır (Tablo 17).

İnsülin, tip 1 diyabetin tedavisinin temel bileşenidir (4, 159, 162, 328). Günümüzde klinik uygulamada kullanılabilecek bir çok insülin çeşidi bulunmaktadır ve tip 1 diyabetin tedavisinde bunların birçoğundan yararlanılmaktadır (195, 199). Klasik insülinlerde yaşanan sorunlar nedeniyle fizyolojik insülin dinamiğini daha iyi taklit eden insülin analogları geliştirilmiştir (329). Lispro (Humalog), Aspart (Novorapid) ve Glulisin insülin hızlı etkili, Glargin (Lantus), Detemir (Levemir) ise uzun etkili yeni geliştirilmiş insülin analoglarındandır (159, 195, 329, 333). Hızlı etkili analoglar; postprandial hiperglisemiye iyi kontrol edebilmekte, yemekle veya yemek sonrası yapılabilmesi ve öğünün içerdiği karbonhidrat miktarına göre dozun ayarlanmasını sağlaması nedeniyle diyabetli bireye daha esnek yaşam şekli sağlamakta, yeterli bazal insülin replasmanı yapıldığı durumda daha düşük HbA_{1c}, daha az hipoglisemi, daha iyi hipoglisemi yanıtı sağlanabilmektedir (159, 195, 329) ve yemek sonrası geç hipoglisemi riski az olduğundan ara öğün gerektirmemektedir (159). Hızlı etkili insülinlerin Glargin ile birlikte kullanılması preprandiyal

yükselmelerin büyük ölçüde aşılmasına yardımcı olmuştur (329). Glargin emilimi yavaştır ve 24 saat süren bazal insülin seviyesini sağlamaktadır (195), bunun yanısıra gece hipoglisemilerini daha çok azaltmakta ve partiküllü olmadığından kolay enjekte edilmektedir (159). Çalışma sonuçları literatür bilgisiyle uyum göstermektedir ve adolesanlarda yeni geliştirilmiş insülin analoglarının uygulanması normal fizyolojiyi daha iyi taklit etmesine bağlanabilir.

Adolesanların anket puanlarının insülin tedavisine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 44).

Adolesanların anket puanlarının insülin tedavisine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemesi; adolesanın insülin tedavisini kendi kendine uygulama becerisinin düzeyi ile ve bu konuda alınan destekle, adolesanın düzenli kontrollerine gelmesi sonucu adolesanın durumuna göre en uygun tedavinin düzenlenmesi ve uygulanmasıyla, uzun süredir diyabetin olmasıyla, diyabet tedavisinde insülin tedavisinin yanı sıra beslenme, egzersiz ve kendi kendine izlem gibi çok boyutlu tedavinin uygulanmasıyla, tedavinin adolesanın bağımsızlığını engelleyici bir durum oluşturması ve diğer (arkadaş veya ev dışında olma gibi) bireylerin önünde insülin tedavisini yapmak istememesi sonucu adolesanların zaman zaman insülin tedavisini atlamalarıyla/eksik yapmalarıyla/zamanında insülin tedavisini yapmamalarıyla ilişkili olabilir. Ayrıca kısa etkili+orta etkili insülin kullanan adolesanların uyum puanlarının yüksek, zaman yönetimi puanlarının daha düşük olması ise bu tedavi şeklini uygulayan adolesanların diyabette kendi kendine yönetimlerini daha iyi uygulamalarına bağlanabilir.

Adolesanlarda insülin tedavisine uyumla ilgili; Hentinen ve Kyngas'ın (1992) (186), Weissberg-Benchell ve ark.nın (1995) (412), Yorulmaz'ın (1997) (435), Hanna ve Guthrie'nin (1999) (168), Bayat'ın (1999) (54), Kyngas'ın (2000a, 2000b) (228, 229), Özçelik'in (2001) (279), Akduman'ın (2003) (10), Stewart ve ark.nın (2003) (360), Patino ve ark.nın (2005) (295), Wysocki ve ark.nın (2005) (419), Dashiff ve ark.nın (2006) (104) ve Majaliwa ve ark.nın (2007) (250) çalışmaları genellikle insülin tedavisine uyumun iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Ancak insülin tedavisine uyumun iyi düzeyde olması değil, tedavinin temelini oluşturduğu

için çok iyi olması gerekir. Diğer tedavi boyutlarına göre ise insülin tedavisine uyumun daha iyi oranlarda olduğu gözlenmektedir. Literatürde uyumun kronik hastalığın kendisinden etkilendiği ve insülin tedavisini yapmayı unutmanın ciddi sonuçlara yol açabileceği bilindiği için insülin tedavisi uygulayan diyabetli bireylerin daha iyi uyum gösterdiği yer almaktadır (231, 232). Çalışma sonucu bu doğrultuda literatür bilgisiyle uyum göstermektedir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının son üç ayda insülin tedavisinde hekimin değişim yapma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Anket puanları son üç ayda insülin tedavisinde hekimin değişim yapma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 44).

Diyabette metabolik kontrolün sürdürülebilmesi gerekli durumlarda insülin tedavisinde değişim yapmayı gerektirmektedir. Son üç ayda insülin tedavisinde hekimin değişim yapma durumuna göre anket puanlarının anlamlı farklılık göstermemesi; son üç ayda insülin tedavisinde düzenleme yapılmasını gerektirecek kadar adolesanın metabolik kontrolünün bozulmaması veya insülin tedavisinde çok az değişikliklerin yapılması, insülinin tedavisine önemin verilmesi, gereken durumlarda insülin tedavisinde değişikliklerin yapılması, adolesanların düzenli kontrollere gelmesi sonucu en uygun tedavinin düzenlenmesi ve adolesanların bu tedaviyi düzenli olarak uygulaması ile ilişkilendirilebilir. Bu doğrultuda adolesanların zaman yönetimi puanlarının düşük, uyum puanlarının yüksek olması ise beklenen bir sonuçtur.

Adolesanların anket puan ortalamalarının son bir haftada hekim/hemşireye danışmadan insülin dozunda değişim yapma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 56.5 (n=39)'i son bir haftada hekim/hemşireye danışmadan insülinin dozunu değiştirmiştir (Tablo 17).

Ekim (2007), 13-18 yaş arası adolesanların % 95.5 (n=21)'inin insülin dozunda değişiklik yapabilecek durumları bildiğini, % 72.7 (n=16)'sinin kan glukoz sonucuna göre insülin dozunda değişiklik yapabildiğini saptamıştır (120).

Tip 1 diyabet tedavisinde en önemli tutum çocuk ve adolesanın beslenme planı ve yaşam şekline göre insülin dozlarını ayarlamasıdır (176). Çalışma sonuçları adolesanların insülin dozunda değişim yapabilmesi yönünden olumlu, ancak metabolik kontroldeki düzensizliği yansıtmaması yönünden olumsuz bir durum oluşturmaktadır. Ekim'in (120) çalışma sonucu adolesanların bu dönemde büyük bir bölümünün doz değişimi ile ilgili bilgili olmalarını ve uygulamalarını yapabildiğini göstermesi yönünden önemlidir.

Adolesanların anket puanları son bir haftada hekim/hemşireye danışmadan insülin dozunda değişim yapma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 45).

Diyabetin kendi kendine yönetiminde metabolik kontrolü sağlayabilmek için adolesanların insülin tedavisinde gerektiğinde doz değişimi yapmaları gereklidir. Puan ortalamalarının son bir haftada hekim/hemşireye danışmadan insülin dozunda değişim yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemesi; insülin tedavisinde metabolik kontrolde değişiklik yapacak değişikliklerin primer olarak hekim tarafından yapılmasına, adolesanın son bir haftada günlük yaşamını ve metabolik kontrolünü çok etkileyecek değişimlerin olmamasına, adolesanların kendi durumuna göre doz değişimlerini sürekli yapması sonucu günlük yaşamının bir parçasını oluşturmaya bağlanabilir. Ayrıca literatürde insülin tedavisine uyum göstermemenin hipogliseminin gelişme korkusu, kilo alma korkusu, enjeksiyona bağlı anksiyete, kullanılan insülinin tipi, diyabete eşlik eden psikiyatrik sorunlar, kendi kendine izlemde yaşanan güçlükler, adolesanın hissettikleri/soru ve endişeleri, adolesanın enjeksiyonu uygulama ve kendi kendine kan glukozuna bakma becerisi, adolesanın isteklerini de göz önünde bulundurularak tedavinin düzenlenme durumu, aile/arkadaş/tedavi ekibinden alınan destek ile ilişkili olabileceği yer almaktadır (361). İnsülin dozunda değişim yapan adolesanların zaman yönetimi puanlarının daha düşük, uyum puanlarının ise genel olarak daha yüksek bulunması; adolesan ve

ailesinin diyabet tedavisinde insülin tedavisinin temel olduğunu bilmelerine, bu konuda gerekli bilgi ve beceriye sahip olmalarına, insülin tedavisine gereken önemi vererek uygun dozda gerekli değişimleri zamanında yapmalarına bağlanabilir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının kan glukozu ölçüm sıklığı ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 84.1 (n=58)'i kan glukozunu her gün, % 15.9 (n=11)'u kan glukozunu haftada ölçmektedir. Adolesanlar kan glukozunu her gün 3.09 ± 1.61 , haftada ise 3.64 ± 2.34 kez ölçmektedir. Adolesanların % 42.0 (n=29)'si düzenli ölçüm yapmamaktadır (Tablo 18).

Stewart ve ark.na göre (2003), tip 1 diyabetli adolesanlarda günlük kan glukozu ölçümünün ortalama olarak 2.36 ± 1.18 kez olduğu saptanmıştır (360).

Hood ve ark.na göre (2004), tip 1 diyabetli adolesanlarda kan glukozunu günde 1 kez ölçenler % 3 (n=4), günde 2 kez ölçenler % 9 (n=13), günde 3 kez ölçenler % 17 (n=17), günde 4 kez veya daha fazla ölçenler % 18 (n=27) oranında saptanmıştır (189).

Çövenner (2005), tip 1 diyabetli adolesanların % 86.2 (n=125)'sinin kan glukozunu her gün ve ortalama olarak 2.89 ± 1.08 kez ölçtüğünü, olguların % 6.2 (n=9)'sinin haftada ve ortalama olarak 3.44 ± 2.60 kez ölçüm yaptığını, olguların % 7.6 (n=11)'sının ise gerektiğinde kan glukozunu ölçtüğünü saptamıştır (98).

Miller ve Drotar (2007), tip 1 diyabetli adolesanlarda her gün kan glukozuna bakma sıklığının 0.50-4.93 arasında değiştiğini ve ortalama olarak 2.77 ± 0.85 kez olduğunu saptamıştır (260).

Optimal glisemik kontrol, sık ve doğru izlem ile değerlendirebilmiş ve sürdürülebilmiştir (199). Diyabetli birey ve sağlık personeli tarafından yapılan glisemik durum izlemi diyabet bakımının temellerinden birisini oluşturmaktadır (149). Geçmiş dönemlerde sağlık personelinin kontrolü altında olan kan glukozu izlemi ve insülin dozunun değiştirilmesi, günümüzde diyabetlilerin kendilerini

izleme imkanlarına kavuşmaları ile birlikte diyabetli bireylerin kontrolüne geçmiştir (156). Çalışma sonuçları Stewart ve ark.na göre (360) ve Hood ve ark.na göre (189) yüksek, Çevener'e göre (98) düşük, Miller ve Drotar'a göre (260) yüksek, literatür bilgisine göre (352) düşüktür.

Çalışma sonuçlarında adolesanların diyabet yönetimini kendisi için değerlendirdiğinde, düzenli ölçüm yapanlar adolesanların da düzenli ölçmediğini ifade etmesi dikkat çekicidir. Ancak çocuğun kan glukozunu çok sayıda ölçmesi çocuğun düzensiz bir yaşam şeklini sürdürmesiyle, metabolik kontrolün kötü olması sonucu daha sık ölçüm yapma gereğini hissetmesiyle veya adolesanın yaşadığı psikososyal sorunlarla ilişkili olabilir. Literatürde de adolesan döneminin özelliği ile ilişkili olarak bu dönemde kan glukozu izleminin eksik yapılma durumunun, atlamaların olabileceği yer almaktadır (228, 231, 412). Ölçmeme nedenleri içinde çoğunluğunun gerek görmeme, ölçmeyi istememe, ihmal etme ve ev dışında olmanın oluşturması (Tablo 18); gerçekte bu nedenlerin diyabetin yönetimini olumsuz etkileyecek bir değişken olmadığını ve adolesanın diyabet bakımını ihmal ettiğini, bu durumun daha çok adolesan dönemde olma ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Weissberg-Benchell ve ark.na göre (1995), tip 1 diyabetli adolesanlarda kan testlerini yapmayı kaçırma/yapmama oranı % 29.0 olarak saptanmıştır ve kan testlerini eksik yapma nedenlerine % 35.0'inin unutuyorum, % 28.0'inin test yapmadım, testi yapılmış gibi bütün kayıtları tamamlamak istedim, % 24'ünün hekime iyi sonuçlar göstermeyi istedim, % 22.0'sinin aileme iyi sonuçlar göstermek istedim, % 22.0'sinin kan glukozu yüksek olduğunda çok sinirliydim, ölçümü düşük sayıda yaptım, % 20.0'sinin ev dışındaydım, yanımda götürmeyi unuttum, % 6.0'sinin test yapmak bana acı veriyor, % 3.0'ünün arkadaşlarımla önünde test yapmak istemedim, % 22.0'sinin ise asla kan testlerimi yapmam yanıtlarının verildiği saptanmıştır (412). Çalışma sonucu Weissberg-Benchell ve ark.na göre (412) yüksektir, ölçmeme nedenleri yönünden ise kısmen benzerlik göstermektedir.

Adolesanların anket puanları ile kan glukozu ölçüm sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 46).

Anket puanlarının kan glukozu ölçüm sıklığına göre anlamlı farklılık göstermemesi; kan glukozunu günde dört kez ölçüm yapan adolesanların az olması (Tablo 18), ölçümü yapanların düzenli ölçüm yapmaması, kan glukozu ölçümünün adolesan dönemde olma nedeniyle bağımsızlığını engelleyici bir durum olarak görülmesi, arkadaş grubu içinde kan glukozu ölçümünün yapılmak istenmemesi, diyabete uyumu etkileyen faktör içinde yer alan hastalık ve tedavinin olumlu kişisel anlamı, olumlu tutumlarla ilişkili olarak kendi kendine bakımın gerek görülmemesi/ihmal edilmesi, maddi sorun nedeniyle ölçüm çubuklarının olmaması, ağrı hissetme ve ölçüm sonuçlarından korkma gibi nedenlere bağlanabilir. Literatürde de diyabetli bireyler tarafından kan glukozu izlemine uyumsuzluğun sıklıkla zaman ve glukometreyi yanlarında taşımanın zor olmasına bağlı olduğu ifade edildiği ancak bu nedenlerin geçerli olmadığı ve özellikle yeni çıkan glukometrelerin çok rahat bir şekilde ölçüm yapabildiği; iğne uçlarına bağlı olarak oluşan ağrı, iğne korkusu ve ölçüm çubuklarının maliyeti ile uyumsuzluk yaşanabildiği yer almaktadır (70). Günde 5 kez veya gerektiğinde daha sık kan glukozunu ölçen adolesanlarda zaman yönetimi puanının daha düşük ve uyum toplam puanının daha yüksek olması ise; adolesan ve ailesinin insülin tedavisi ile birlikte kan glukozu ölçümünün de tedavide çok önemli olduğunu bilmelerine, kan glukozunun günlük yaşamdaki her şeyden etkilenmesi sonucu adolesanların zamanında ölçümleri yapmalarına ve uygun bir çözüm yolu geliştirmelerine, adolesanların kendi yaşam şekline uygun rutin bir kan glukozu ölçümünü sürdürmelerine, kan glukozu ölçümünü etkileyecek olumsuz değişikliklerin olmamasına bağlanabilir. Kendi kendine izleme uyumu ile ilgili Hentinen ve Kyngas'ın (1992) (186), Kyngas'ın (2000b) (229), Özçelik'in (2001) (279), Stewart ve ark.nın (2003) (360), Wysocki ve ark.nın (2005) (419), Patino ve ark.nın (2005) (295) ve Dashiff, McCaleb ve Cull'un (2006) (104) çalışmaları da genellikle kendi kendine izleme uyumun orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının kan glukozu ölçüm sonuçlarını kaydetme durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Olguların % 66.7 (n=46)'si ölçüm sonuçlarını, % 47.8 (n=33)'i ise her gün ölçüm sonuçlarını kaydetmektedir (Tablo 18).

Yapılan tüm ölçümlerin günlük olarak kaydedilmesi gerekmektedir ve izlem sonuçları tedavide optimal ayarlamalar yapmak için sık sık gözden geçirilmelidir. Hafızalı kan glukozu ölçüm araçlarının kullanılması, günlük kan glukozu değişikliklerinin takip edilemeyeceği ve insülin dozunda ayarlamalar yapılamayacağı gerekçesiyle önerilmemektedir (351). Çalışma sonuçları günlük ve gün içindeki ölçüm kaydı sayısının oldukça düşük oranlarda olduğunu göstermektedir.

Adolesanların anket puanlarının kan glukozu ölçüm sonuçlarını kaydetme durumu ile karşılaştırılması Tablo 46’da verilmektedir.

Kan glukozu ölçüm sonuçlarını kaydeden olguların DUADBA uyum puanının anlamlı düzeyde yüksek, DUADBA zaman yönetimi puanının ise anlamlı düzeyde düşük çıkması beklenen bir sonuçtur. Günlük olarak kan glukozunun kaydedilmesi adolesanın sonuçları unutmasını önler ve anında kaydetme sağlandığı için bir bütün olarak adolesana durumuyla ilgili genel bir değerlendirme yapmasını ve durumuna uygun girişim/ çözüm yolları bulmasını sağlar, diyabet yönetimini ve gün içindeki programını kayıtlara göre düzenleme fırsatı vererek günlük yaşamında gerek zamanını daha iyi yönetebilmesine gerekse diyabete uyumunun daha iyi olmasına yardımcı olur. Adolesanların diğer anket puanları ile kan glukozu ölçüm sonuçlarını kaydetme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemesi ise; literatür bilgisinde (229, 231) ve bulgular bölümünde (Tablo 18) yer alan adolesanların büyük bir kısmı tarafından gerek görmeme, ölçmeyi istememe, ihmal etme olarak ifade edilen hastalık ve tedavinin olumlu kişisel anlamı, olumlu tutum geliştirme gibi diyabete uyumu etkileyen faktörlerle, kan glukozunun düzenli/düzensiz olması, glukometreninin hafızasında kayıtlı olması gibi nedenlerle ve kan glukozu ölçümünü kaydeden olguların da anlık kaydetme yerine gelişigüzel/düzensiz kaydedebilmeleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının son bir haftada kan glukozunu ölçme durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 26.1 (n=18)’i son bir haftada kan glukozunu ölçmemiştir (Tablo 18).

Adolesanların anket puan ortalamalarının son bir haftada kan glukozunu ölçme durumu ile karşılaştırılması Tablo 47’de görülmektedir.

Zaman yönetimi puanlarının son bir haftada kan glukozu ölçme durumuna göre anlamlı bir şekilde düşük olması beklenen sonuçtur. Adolesanların zamanında ve gerektiğinde yaptıkları ölçümler sonucunda diyabet yönetimi daha iyi olacak ve adolesanın günlük yaşamı da bu doğrultuda düzenli olacağı için zamanını daha iyi yönetmesi mümkün olacaktır. Çalışma sonucu adolesanların son bir haftada kan glukozunu daha düzenli ölçtüklerini düşündürmektedir. Adolesanların diğer anket puanları ile son bir haftada kan glukozunu ölçme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemesi; bulgular bölümünde elde edilen veriye göre (Tablo 18) adolesanlar tarafından ifade edilen ölçüm sonuçlarından korkma, ölçmeyi istememe, gerek görmeme, ev dışında olma gibi nedenler, hastalık ve tedavinin olumlu kişisel anlamı, adolesan dönemi ve olumlu tutumlarla ilişkili olarak kendi kendine bakımın gerek görülmemesi/ihtimal edilmemesi sonucu olduğu düşünülmektedir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının ölçüm çubuklarının ücretle alınması durumunda sorun oluşturma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Ölçüm çubuklarının ücretle alınması olguların % 31.9 (n=22)’unda sorun oluşturmaktadır ve % 20.4 (n=14)’ünde neden maddi sorun/ ölçüm çubuklarının yetmemesidir (Tablo 18).

Burge (2001), diyabetli bireylerin kendi kendine izleminde uyumu etkileyen nedenler arasında % 5.0 (n=96)’inde ekonomik nedenler olduğunu saptamıştır (72).

Seçkin (2006), tip 1 diyabetli çocukların ailelerinin % 46.5 (n=66)’inin ekonomik güçlük yaşadığını ve ekonomik güçlük yaşama nedenlerinin % 95.5 (n=63)’inin nedeninin kan glukozu ölçüm çubuklarının kurumun karşılamaması olduğunu saptamıştır (342).

Diyabetli bireylerde zorunlu malzemelerin alımı ile ilgili yaşanan sorunlar diyabetin izlemini olumsuz yönde etkilemektedir (367), dolaylı olarak adolesanın

durumuyla ilgili somut bir veri sağlanamadığından metabolik kontrolün sağlanması bu durumda zor olmaktadır. Özellikle günümüzde diyabetin tedavisinde kendi kendine izlemin çok önemli olduğunun savunulmasıyla birlikte bu sorunun yaşanması hem adolesan hem de sağlık personeli için çok önemlidir. Çalışma sonuçları Burge'ye (72) göre yüksek, Seçkin'e (342) göre düşük bulunmuştur.

Adolesanların anket puanları ile ölçüm çubuklarının ücretle alınması durumunda sorun oluşturma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$) (Tablo 48).

Ölçüm çubuklarının ücretle alınması durumunda sorun oluşturma durumuna göre anket puanlarının anlamlı çıkmaması; diyabetin yönetiminde ekonomik sorunlarla sık sık karşılaşıldığı için adolesanın iyi bir sorun çözücü olması nedeniyle durumuna uygun bir çözüm yolu bulabilmesine ve bu durumdan etkilenmemesine bağlanabilir. Puan ortalamalarına göre değerlendirme yapıldığında zaman yönetimi ile ilgili yaşanan sorunların daha çok adolesanın bu konuda gelişimi ve zaman yönetiminin daha çok kendisinden kaynaklanmasına bağlı olarak zaman yönetimi puanlarının düşük olduğu, diyabete uyum puanlarının ölçüm çubuklarının ücretle alınması durumunda sorun olduğu durumlarda yüksek çıkması ise adolesanların durumuna uygun çözüm yolu geliştirerek diyabet yönetimini başarılı bir şekilde yönetmelerine bağlanabilir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının idrarda keton ölçümü yapma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 43.5 (n=30)'i idrarda keton ölçümü yapmamaktadır (Tablo 19).

Bayat (1999), adolesanların öz bakım öğretimi öncesi idrar ketonuna günde 2-3 kez bakanların oranını % 10.0 (n=4) , diğer yanıtını verenlerin oranını % 90.0 (n=36) olarak saptamıştır. Ebeveynlerin adolesanların öz bakım eğitimi öncesi idrar ketonuna bakma öz bakım davranışına ilişkin gözlemlerinde ebeveynlerin % 12.5 (n=5)'inin adolesanların idrar ketonuna her gün baktığını, % 20.0 (n=8)'sinin bazı günler baktığını, % 67.5 (n=27)'inin hiç bakmadığını belirlemiştir (54).

İdrarda keton izlemi kendi kendine izlemin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (149, 166). Çalışma sonuçlarında kan glukozu yüksek çıktığında keton ölçümü yapanların düşük ve keton ölçümünü hiç yapmayanların oranının yüksek çıkması önemli bir durumdur. Çalışma sonuçları Bayat'ın (54) sonuçlarına benzememektedir.

İdrarda keton ölçümüne göre adolesanların anket puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 49).

Anket puanlarının idrarda keton ölçümü yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemesi; bulgular bölümünde yer aldığı gibi (Tablo 19) adolesanların büyük bir bölümünde gerek görmeme/ölçmeyi istememe/ihtmal etme ve kan glukozunun yüksek çıkmaması ile ilişkilidir, ayrıca adolesan döneminde bağımsızlığın artması sonucu keton ölçümü yapmak istememelerine veya çıkacak ölçüm sonucundan korkma gibi nedenlere bağlanabilir. Kan glukozu yüksek çıktığında keton ölçümü yapanların zaman yönetimi puanlarının daha iyi olması ise; diyabetin yönetiminde akut komplikasyonlara/ acil durumlara yönelik girişimlerin zamanında uygulanabildiğini ve adolesanlar tarafından iyi bir şekilde yönetilebildiğini, hızlı ve doğru bir şekilde girişimlerin uygulanmasıyla bu durumlarda zamanın iyi yönetilebildiğini düşündürmektedir. Keton ölçümünü yapan adolesanlarda uyum puanlarının genel olarak daha yüksek olması da keton izleminin kendi kendine izlemin önemli bir bölümünü oluşturmaları ve düzenli yapılan ölçümler sonucunda gerekli durumlarda uygun girişimlerin yapılması ve kendi kendine yönetimin başarılı bir şekilde uygulanması sonucu uyumun da olumlu yönde etkilenmesi ile ilişkilendirilebilir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının idrarda keton ölçümü sonuçlarını kaydetme durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Olguların % 33.3 ($n=23$)'ü idrar ketonu ölçüm sonuçlarını kaydetmemektedir (Tablo 19).

İdrar ketonu ölçüm sonuçlarını kaydetme durumuna göre adolesanların anket puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 49).

İdrar ketonu ölçüm sonuçlarını kaydetme durumuna göre puanların anlamlı fark göstermemesi; bulgular bölümünde yer aldığı gibi (Tablo 19) adolesanın gerek görmeme/ölçmeyi istememe/ihmal etme sonucu keton bakmamasına, idrarda keton çıkmamasına bağlanabilir. İdrar ketonu ölçüm sonuçlarını kaydeden olgularda kayıt üzerinde adolesanın genel durumu ile ilgili bir bütün olarak değerlendirme, geribildirim sağlama ve uygun girişimleri uygulama fırsatı sağladığı için DZYA puanının düşük çıkması beklenen bir sonuçtur. Diyabetin yönetimi ise bu durumda olumlu olarak etkileneceğinden zaman yönetimi puanlarının da düşük olması beklenen bir durumdur. Adolesanlarda DUADBA toplam ve uyum göstergesi puanının kaydetmeyen olgularda daha yüksek olması ise adolesanın kendisinde metabolik durumda bozulmanın olduğu durumları önceden iyi bir şekilde tahmin edebildiğini ve zamanında müdahale ederek uygun girişimler uygulayabildiğini düşündürmektedir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının son bir haftada idrarda keton ölçümü sıklığı ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 59.4 (n=41)'ü son bir haftada idrarda keton bakmamıştır (Tablo 19).

Adolesanların anket puanları son bir haftada idrarda keton sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 49).

Anket puanlarının son bir haftada idrarda keton sıklığına göre anlamlı fark göstermemesi adolesanların son bir haftada idrarında keton bakmama ve idrarında keton saptamamasına (Tablo 19) bağlanmaktadır. İdrarda keton bulunması sıklıkla yüksek kan glukozu ve metabolik kontrolü etkileyen sorunların varlığında ortaya çıktığı için bu durumda diyabete uyumun bozulması beklenen bir durumdur. Bu nedenle idrarında hiç keton saptanmayan olguların uyum puanlarının yüksek bulunması beklenen bir sonuçtur. Zaman yönetimi puanlarının idrarında keton bakmayan ve son bir haftada idrarında 1-3 kez keton saptayan olgularda daha düşük düzeyde bulunması adolesanların keton bakmayan olguların kan glukozunun idrarda keton çıkmasına neden olacak şekilde yükselmediğini veya benzer şekilde 1-3 kez idrarında keton saptayan olguların metabolik kontrolünün çok fazla bozulmadığını

bu nedenle diyabet yönetimi olumlu yönde etkilendiği için zaman yönetiminin de olumlu etkilendiğini düşündürmektedir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının son bir haftada sabah, öğle, akşam yemeklerini yeme durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 20.3 (n=14)'ü son bir haftada sabah, öğle ve akşam yemeklerini yemiştir ve 16.1 (n=11)'inin yememe nedeni gerek görmeme, yemeyi istememe, ihmal etmedir (Tablo 20).

Figana, Alphan ve Söylemez'e göre (2002), 14-18 yaş grubundaki lise öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının saptandığı ve değerlendirildiği çalışmada günde 3 öğün alan çocuklar % 66.2 (n=477), günde 4 öğün ve üzeri alan çocuklar % 16.5 (n=119), günde 2 öğün alan çocuklar % 16.9 (n=122), günde 1 öğün alan çocuklar % 0.4 (n=3) oranında ve her gün gece ara öğünü alanlar % 25.3 (n=74) oranında belirlenmiştir (137).

Mazıcıoğlu ve Öztürk (2003), üniversite 3. ve 4. sınıf öğrencilerinde beslenme alışkanlıklarını ve bunu etkileyen faktörleri incelediği çalışmada günde 3 öğün yemek yiyen öğrencileri % 48.9 (n=293), üç öğünde daha az yiyen öğrencileri % 24.8 (n=149), üç öğünden fazla yemek yiyen öğrencileri % 26.1 (n=157) olarak belirlemiştir (255).

Özmen, Çetinkaya, Ergin, Şen ve Erbay'a göre (2007), lise öğrencilerinin yeme alışkanlıklarının ve beden ağırlığını denetleme davranışlarının incelendiği çalışmada lise öğrencilerinin % 66.0 (n=1417)'sinin düzenli kahvaltı yapma alışkanlığının olduğu, % 61.7 (n=1324)'sinin düzenli öğle yemeğini yeme alışkanlığı, % 93.5 (n=2006)'inin düzenli akşam yemeği yeme alışkanlığının olduğu saptanmıştır (289).

Türk, Gürsoy ve Ergin'e göre (2007), kentsel bölgede lise birinci sınıf öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelendiği çalışmada öğrencilerin % 81.0 (n=417)'inin öğün atladığı, öğün atlama nedenlerinin % 66.6 (n=287)'sının canı istememe, % 27.6 (n=119)'unun zamanın olmaması, % 2.6 (n=11)'sının hazırlayan

olmaması, % 1.6 (n=7)'sının parasal, % 1.6 (n=7)'sının kilonun fazla olması nedeniyle öğün atladığı saptanmıştır (385).

Vançelik, Önal, Güraksın ve Beyhun'a göre (2007), üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi ve alışkanlıkları ile ilişkili faktörlerin incelendiği çalışmada günlük öğün sayısı 2 ve 2'nin altında olan öğrenciler % 35.9 (n=402), günlük öğün sayısı 3-4 olan öğrenciler % 60.1 (n=673), günlük öğün sayısı 5-6 olan öğrenciler % 3.3 (n=37), günlük öğün sayısı 7 ve 7'nin üzerinde olan öğrenciler % 0.7 (n=8) olarak saptanmıştır. Ayrıca öğrencilerin % 12.6 (n=141)'sının öğünlerini atlamadığını belirlenmiştir (). Öğünleri atlama nedenleri % 52.9 (n=518)'unda unutma/fırsat bulamama, % 31.5 (n=308)'inde canı istememe, % 12.0 (n=118)'sinde diğer nedenler, % 3.6 (n=35)'sında zayıflama olarak bildirilmiştir (407).

Diyabette beslenmenin düzenlenmesi diyabetin tedavi, bakım ve eğitiminin köşetaşlarından biridir (199). Tip 1 diyabetli çocuk ve adolesanlarda beslenme diyabetli olmayan yaşıt çocukların beslenmesiyle aynıdır ve beslenme önerileri sağlıklı çocuk ve adolesanların gereksinimlerine temellenir (144, 352). Diyabette beslenme tedavisinde kan glukozunun gün içinde olabildiğince dengeli tutulması ve hipoglisemilerin önlenmesi için önerilen besinler zamanında, 3 ana, 3-5 ara öğün olmak üzere 6-8 öğün şeklinde ve önerilen miktarlarda alınmalıdır (175, 194, 196).

Beslenmeye uyum boyutunda Hentinen ve Kyngas'ın (1992) (186), Yorulmaz'ın (1997) (435), Bayat'ın (1999) (54), Hanna ve Guthrie'nin (1999) (168), Kyngas'ın (2000b) (229), Özçelik'in (2001) (279), Stewart ve ark.nın (2003) (360), Wysocki ve ark.nın (2005) (419), Dashiff ve ark.nın (2006) (104), Chien ve ark.nın (2007) (78) çalışması genellikle uyumun orta düzeyde olduğunu, bunun yanı sıra iyi ve kötü düzeyde uyum gösterenlerin de olduğunu ve çok iyi düzeyde uyum gösterenlerin olmadığını göstermektedir. Elde edilen sonuçlar; Figan ve ark.nın (137) çalışmasına göre ana öğünleri yeme yönünden düşük, gece ara öğünü alma yönünden yüksek, Mazııcıoğlu ve Öztürk'e göre (255) yüksek, Türk ve ark.na göre (385) öğünleri alma yönünden yüksek, öğün atlama nedenleri yönünden benzer, Vançelik ve ark.na göre (407) öğünleri yeme, öğün atlama yönünden yüksek ve öğün atlama nedenleri

yönünden kısmen benzer bulunmuştur. Özmen ve ark.na göre (289) de benzememektedir.

Adolesanların anket puanları son bir haftada sabah, öğle, akşam yemeklerini yeme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 50).

Adolesanların anket puanlarının son bir haftada sabah, öğle, akşam yemeklerini yeme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemesi; bulgular bölümünde yer aldığı gibi (Tablo 20) gerek görmeme/yemeyi istememe/ihtmal etme nedeniyle öğünlerini atlayan adolesanların olmasına, günde üç öğün düzenli beslenen adolesanların da gelişigüzel zamanlarda yemek yiyebilmelerine, adolesan dönemde bağımsızlığını engelleyici bir durum olarak algılamasına ve arkadaş grubu içinde/ev dışında olduğu zamanlarda beslenme düzenini aksatmasına, beslenmeyi sadece diyabetiyle ilgili bir tedavi olarak görmesine, adolesan dönemde beden imajı çok önemli olduğu için kilo almayı/vermeyi istemesi nedeniyle düzenli beslenmemesine, beslenme alışkanlığından küçük yaşlardan itibaren kazandırılması gereken bir alışkanlık olması nedeniyle günlük yaşamda düzenli beslenmenin bir yaşam şekline getirilmemesine, beslenme alışkanlıklarının aile bireylerinin beslenme alışkanlıklarından ve düzeninden etkilenmesine bağlanabilir. Zaman yönetiminde öğünlerin zamanında yenilmesi önemli bir zaman yönetimi uygulamasıdır, beslenme ise diyabet tedavisinde temel boyutlardan biridir. Beslenmenin atlanması durumunda kan glukozu doğrudan etkileneceğinden öğünlerin zamanında yenilmesi çok önemlidir. Bu nedenle son bir haftada sabah, öğle, akşam yemeklerini yiyen olgularda zaman yönetimi puanlarının düşük, uyum puanlarının ise yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Adolesanların anket puan ortalamalarının son bir haftada gece yatmadan önce ara öğünleri yeme durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 37.7 (n=26)'si son bir haftada gece ara öğünlerini yememiştir (Tablo 20).

Hızlı etkili analoglarının kullanılması yemek sonrası geç hipoglisemi riskini azalttığından ara öğün gerektirmemektedir (160). Bunun yanısıra çocuk ve adolesanlarda gece hipoglisemileri sık görülmekte, uzun sürmekte ve belirti vermemektedir. Bu nedenle gece yatmadan önce ara öğün alınması gerekebilir. Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde adolesanların çoğunun yaklaşımlarının doğru olduğu görülmektedir.

Son bir haftada gece yatmadan önce ara öğünleri yeme durumu ile anket puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$) (Tablo 50).

Anket puanlarının son bir haftada gece yatmadan önce ara öğünlerini yeme durumuna göre zaman yönetimi ve uyum puanlarının anlamlı farklılık göstermemesi; bulgular bölümünde yer aldığı gibi (Tablo 20) kullanılan insülinin ara öğün gerektirmemesi, kan glukozunun yüksek olması, gerek görmeme/yemeyi istememe/ihtmal etme nedeniyle yenilmemesi gibi nedenlerle ve genel olarak gece ara öğünleri yeme alışkanlığının olmamasıyla ilişkilendirilebilir. Ara öğünlerin birisine oluşturan gece ara öğününün de yenilmesi durumunda zaman yönetimi puanlarının daha düşük, uyum puanlarını ise daha yüksek olması beklenen bir durumdur.

Adolesanların anket puan ortalamalarının son bir haftada beslenme planına uygun olmayan besinleri yeme durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 63.9 ($n=44$)'u son bir haftada beslenme planına uygun olmayan besinler yemiştir (Tablo 20).

Adolesanların anket puanları ile son bir haftada beslenme planına uygun olmayan besinleri yeme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$) (Tablo 50).

Anket puanlarının son bir haftada beslenme planına uygun olmayan besinleri yeme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemesi; bulgular bölümünde yer aldığı gibi (Tablo 20) adolesanların canı isteme ve ev dışında olma gibi nedenlerle uygun olmayan bir beslenme şeklinin olmasına, özellikle adolesan döneminin özelliği ile

ilişkili olarak arkadaş çevresinin içinde bu durumun daha çok gelişmesine, ayrıca arkadaş çevresinin diyabetinin yönetiminde destek olmamasına ve beslenme alışkanlıklarına bağlanabilir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının son bir haftada egzersiz yapma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Olguların % 33.3 (n=23)'ü son bir haftada egzersiz yapmamıştır (Tablo 21).

Düzenli egzersiz tip 1 diyabetli bireylerde tedavinin önemli bir bölümüdür ve bütün yaş gruplarında yararlıdır (164, 298, 196, 352). Tip 1 diyabetli çocuk ve adolesanlar her gün 30-60 dakika süreyle, orta derecede egzersiz yapmaya dikkat etmelidir (352). Çalışma sonucunda egzersiz yapılmama nedeni olarak sunulan zaman bulamama adolesanların yaşam şeklinde büyük bir olasılıkla egzersizin yer almadığını göstermektedir. Egzersizi düzenli olarak yapma ancak yaşam şekli olarak günlük yaşamın içine yerleştirilmesiyle düzenli olarak yapılabilir. Ayrıca adolesan dönemdeki çocukların yaşamı, eğitim (özellikle okul sınavları ve üniversiteye hazırlanma) ve sosyal (arkadaş çevresinin çok önemli olduğu bir dönem) yaşamının yoğun olması nedeniyle gününün büyük bir bölümü bu faaliyetlerle harcanmaktadır. Bu nedenle adolesanın yoğun yaşamını düzenleme sorunu yaşayabileceği düşünülmüştür.

Son bir haftada egzersiz yapma durumuna göre adolesanların anket puanlarının karşılaştırılması Tablo 51'de sunulmaktadır.

Kyngas (2000a), uyumun egzersizi fazla yapan tip 1 diyabetli adolesanlarda anlamlı düzeyde yüksek olduğunu saptamıştır ($p<0.001$) (228).

Kyngas (2000b), egzersizlerini bazen yapanlara ve hiç yapmayanlara göre egzersizini düzenli yapan adolesanların uyumunun anlamlı düzeyde yüksek olduğunu belirlemiştir ($p<0.01$) (229).

Hellsten (2005), üniversite öğrencilerinde egzersizin yapılmamasındaki en önemli engelleri öğrencilerin % 27.7'sinde zamanın olmaması, % 14.2'sinde

enerjinin olmaması, % 15.2'sinde motivasyonunun olmaması, % 5.2'sinde aşırı maliyet, % 6.0'sında uygun olanakların olmaması olarak belirlemiştir (183) .

Egzersiz yapan olgularda diyabetin yönetimi de olumlu etkileneceğinden DUADBA uyum puanının anlamlı düzeyde yüksek çıkması, genel uyum puanının ise egzersiz yapan olgularda yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Kyngas'ın (228, 229) çalışmaları da bulguyu desteklemektedir. Diğer anket puanlarının son bir haftada egzersiz yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemesi ise; bulgular bölümünde yer aldığı gibi (Tablo 21) adolesanlar tarafından zaman bulamama, egzersiz yapmayı istememe/ ihmal etme nedeniyle egzersizin yapılmadığı ifade edilmekle birlikte temelde ise egzersizin günlük yaşamın bir parçası olarak kabul edilmemesi, egzersiz yapmanın yaşam şekli olarak benimsenmemesi, uygulanmaması ve adolesanın diyabete/ diyabet tedavisine karşı oluşturduğu olumlu tutum ve verdiği önemle ilişkili olabileceği ayrıca egzersiz yapanların da düzensiz ve uygunsuz egzersiz yapabilme durumunun da olabileceğini düşünülmektedir. Hellsten'in (183) çalışması da bulguları desteklemektedir. Zaman yönetiminde düzenli egzersiz yapmanın zamanı etkili bir şekilde yönetilmesinde gerekli uygulamalardan birini oluşturması, yaşam şekli olarak benimsenmesi ve uygulanması sonucu düzenli yaşamın bir parçasını oluşturması durumunda zaman yönetimi ve uyum puanları olumlu yönde etkilenecektir. Diyabette egzersize uyumla ilgili; Bayat'ın (1999) (54), Kyngas'ın (2000b) (229), Özçelik'in (2001) (279), Akduman'ın (2003) (10), Stewart ve ark.nın (2003) (360), Wysocki ve ark.nın (2005) (419), Patino ve ark.nın (2005) (295) çalışması da genellikle egzersize uyumun orta ve kötü düzeylerde olduğunu göstermektedir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının banyo yapma ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 76.9 (n=53)'ünün haftalık, % 23.1 (n=16)'inin günlük olarak banyo yaptıkları belirlenmiştir (Tablo 23).

Kaya ve ark.na göre (2006), lise öğrencilerinin kişisel hijyen konusunda davranışlarının belirlendiği çalışmada kışın her gün veya haftada 2-3 kez banyo yapma erkeklerde % 59.7 (n=109), kızlarda % 75.0 (n=124), yazın her gün banyo

yapma erkeklerde % 50.5 (n=109), kızlarda % 58.7 (n=126) oranında saptanmıştır (210).

Diyabetli olmayan bireylere göre diyabetli bireyin daha fazla cilt bütünlüğüne özen göstermesi gereklidir. Hijyenik bakımın sağlanması ve sürdürülmesi diyabetin metabolik kontrolüne yardımcı olmaktadır (106, 194). Bu nedenle diyabetli bireylerin her gün banyo yapması gereklidir (106, 194). Çalışma sonucu Kaya ve ark.nın (210) çalışmasına göre yüksek bulunmuştur.

Adolesanların anket puanları ile banyo yapma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 52).

Adolesanların anket puanlarının banyo yapma sıklığına göre anlamlı farklılık göstermemesi adolesanların büyük bir bölümünün banyosunu haftalık yapmaları (Tablo 23), günlük hijyenik bakımlarını ihmal etmeleri, kendi kendine bakım becerisinin yeterli olmaması ve ailenin adolesan üzerindeki denetiminin/desteğinin azalması ile ilişkilendirilebilir. Günlük banyosunu yapan adolesanların zaman yönetimi puanlarının daha düşük olması, günlük hijyenik bakım uygulamaların düzenli olarak yapılması ve günlük yaşamın bir parçasını oluşturmaya bağlanabilir. Günlük banyo yapan olgularda uyum puanlarının daha düşük çıkması ise diyabetin kendi kendine yönetiminde daha çok insülin tedavisi, beslenme, egzersiz, kendi kendine izlem gibi boyutların daha çok ön plana çıkmasına, adolesanın kendi kendine bakım becerisindeki eksikliklere, bu konuda aileden destek almamasına ve ailenin adolesan üzerindeki yeterli denetimin olmamasına bağlanabilir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının diş fırçalama ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 90.1 (n=62)'i dişlerini günlük, % 9.9 (n=7)'u haftalık, bazen fırçalamakta veya hiç fırçalamamaktadır (Tablo 23).

Siudikiene, Maciulskiene ve Nedzelskiene'ye göre (2005), günde bir kez veya daha sık diş fırçalama alışkanlığının diyabetli çocuklarda % 85.7, diyabetli olmayan çocuklarda % 94.3 oranında, haftada 2-5 kez diş fırçalama alışkanlığının diyabetli

çocuklarda % 12.9, diyabetli olmayan çocuklarda % 5.7 olduğu saptanmıştır. Hiç fırçalamayanların oranının diyabetli çocuklarda % 1.4 olduğu, diyabetli olmayan çocuklarda ise dişlerini fırçalamayan çocuk olmadığı saptanmıştır (354).

Kaya ve ark.na göre (2006), lise öğrencilerinde sabahları diş fırçalama erkeklerde % 57.1 (n=105), kızlarda % 78.1 (n=114), yemekten sonra diş fırçalama erkeklerde % 43.9 (n=107), kızlarda % 67.5 (n=117), yatmadan önce diş fırçalama erkeklerde % 66.0 (n=106), kızlarda % 71.0 (n=124) oranında saptanmıştır (210).

Diyabetli çocukların dişlerini düzenli ve günde en az iki kez fırçalanması gereklidir (351). Çalışma sonucu Siudikiene ve ark.nın (354) ve Kaya ve ark.nın (210) çalışmasına göre yüksektir. Elde edilen sonuçların yüksek çıkmasının nedeni adolesanların sağlıklı bir yaşam şeklini benimsemelerine, uygulamalarına ve bu konuda gerekli eğitimi iyi almış olmalarına bağlanabilir.

Adolesanların anket puanları ile diş fırçalama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 52).

Zaman yönetimi ve uyum puanlarının diş fırçalama sıklığına göre anlamlı farklılık göstermemesi; adolesanların bir bölümünün günlük olarak dişlerini fırçalamamasına (Tablo 23), adolesanların hijyenik bakım içinde yer alan diş fırçalamanın ve dişle ilgili sorunların metabolik kontrol üzerindeki olumsuz etkilerini bilmemesine, kendi kendine bakımdaki beceri eksikliğine ve ailenin denetiminin/desteğinin yeterli olmamasına bağlanabilir. Düzenli dişlerini fırçalayan adolesanlar günlük hijyenik bakımı bir yaşam şekline dönüştürdükleri için zaman yönetimi puanının dişlerini düzenli fırçalayan olgularda daha düşük çıkması beklenen bir durumdur. Uyum toplam ve diyabet uyumu göstergesi puanının düzenli diş fırçalayan olgularda daha düşük olması ise diyabetin tedavisinde insülin tedavisi, beslenme, egzersiz gibi boyutların daha çok ön planda olması, adolesanın kendi kendine bakım becerisindeki eksiklikler, bu konuda aileden destek almaması ve ailenin adolesan üzerindeki yeterli denetiminin olmaması ile ilişkilendirilebilir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının ayak bakımı ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 43.5 (n=30)'i günlük olarak ayak bakımını yapmaktadır (Tablo 23).

Bölükbaş, Paydaş, Bostan'a göre (2006), diyabetli hastaların ayak bakımı ile ilgili davranışlarının ve mevcut ayak durumlarının saptanması amacıyla yaptıkları çalışmada diyabetli bireylerin % 67.7 (n=71)'sinin düzenli ayak bakımı yaptıkları belirlenmiştir (66).

Kaya ve ark.na göre (2006), lise öğrencilerinde ayakları her gün yıkama % 60.6 (n=109), kızlarda % 66.1 (n=127) olarak saptanmıştır (210).

Diyabetli bireylerin ayaklarını her gün kontrol etmesi gereklidir (106, 194, 351). Özellikle diyabetli bireylerin ayaklarına özen göstermesi özel bir ayak bakımı uygulanmasını gerektirir. Diyabetik ayak diyabetin en çok korkulan, mortalite ve morbiditeyi arttıran en önemli komplikasyonlardan birisidir ve yaşam kalitesini güçleştiren, ağır iş gücü kayıplarına ve organ kaybına neden olan, hastanede kalış süresinin uzamasıyla toplumsal ve ekonomik yükü daha çok arttıran bir durumdur (194). Bu nedenle diyabette ayak bakımı çok önemlidir. Çalışma sonucu Kaya ve ark.nın (210) çalışmasına göre yüksek, Bölükbaş ve ark.nın (66) çalışmasına göre düşük bulunmuştur.

Ayak bakımı sıklığına göre adolesanların anket puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 52).

Zaman yönetimi ve uyum puanlarının ayak bakımı sıklığına göre anlamlı farklılık göstermemesi; adolesanların büyük bir bölümünün ayak bakımını günlük olarak yapmamasına (Tablo 23), günlük yaşamda ayak bakımına yönelik hijyenik uygulamaları yaşam şekline dönüştürmemesine, adolesan dönemde diyabetik ayak genellikle görülmediği için ayak bakımına gereken önem verilmemesine, bu konuda bilgi/ beceri eksikliğine ve aile denetiminin/desteğinin azalmasına bağlı olabilir. Günlük ayak bakımını yapan olgularda diyabetin başarılı bir şekilde yönetimine

yardımcı olacağı için DUADBA uyum puanının olumlu düzeyde etkilenmesi beklenen bir sonuçtur. Günlük ayak bakımını yapan olgularda diğer uyum puanlarının daha düşük ve zaman yönetimi puanlarının daha yüksek olması ise tedavinin insülin tedavisi, beslenme, egzersiz gibi diğer boyutlarından etkilenmesine, adolesanların ayak bakımına gereken önemi vermemelerine, özellikle ayak bakımı konusundaki bilgi /beceri eksikliğine ve ailenin de bu konuda adolesanı desteklememesine bağlanabilir. Bu doğrultuda ise diyabetin yönetimi olumsuz etkileneceğinden zaman yönetimi puanının yüksek çıkması da beklenen bir sonuçtur.

Adolesanların anket puan ortalamalarının arkadaş çevresi tarafından diyabetin bilinme durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Arkadaş çevresinin % 46.4 (n=32)'ünün hepsi adolesanın diyabetini bilmektedir (Tablo 24).

Toparlak (1989), 7-18 yaş arasındaki çocukların diyabet olduğunu başkalarına söyleme durumunu değerlendirmesinde; çocuk ve adolesanların % 77.8 (n=28)'inin hastalığını söylediğini/gizlemediğini, % 16.7 (n=6)'sinin hastalığını gerektiğinde söylediğini ancak gizleme eğiliminin olduğunu, % 5.6 (n=2)'sinin hastalığını hiç söylemediğini/gizlediğini saptamıştır (376).

Öztürk (1997) diyabetli çocuk ve adolesanların % 78.0 (n=39)'inin diyabetini arkadaşlarından gizlemediğini saptamıştır (291).

Akduman (2003), diyabetli adolesanların % 83.3 (n=25)'ünün diyabetinin okulda bilindiğini, okula gidenlerin % 92.5'inin arkadaşları ve öğretmenleri tarafından diyabetinin bilindiğini saptanmıştır (10).

Literatürde özellikle adolesan dönemde diyabet konusunda hassasiyetin arttığı, adolesanın diyabetini en önemli olay gibi konuşmaktan hoşlanmadığı, bu durumda adolesanın hassasiyetine saygı gösterilmesinin, yakın arkadaşlarıyla paylaşımı desteklenmesinin, dışlanma/ kısıtlanma korkusu varsa bununla baş etmesinin öğretilmesinin gerektiği ifade edilmiştir. Ayrıca pek çok ailenin yanlış anlaşılma ve dışlanma endişesi ile diyabeti saklama veya nasıl söyleyeceğini bilememe davranışını

gösterdiği, diyabetin saklanması için çocuk ve aile üstünde baskı oluşturduğu ve çevreyle ilişkilerini bozduğu, uzun süreli olması ve günlük yaşam şeklini etkilemesi nedeniyle diyabetin gizlenmesinin mümkün olmadığı yer almıştır. Bu nedenle yakın çevreye bilgi verilmesinin, ailenin diğer üyeleriyle yardımlaşmanın, acil durumlarda ne yapacaklarını söyleme ve destek almanın gerektiği, bu durumun iki tarafı da rahatlattığı, ayrıca çok yakın olmayan kişilere gerektiğinde bilgi verilmesinin gerektiği, okul personeline bilgi ve acil durumlarda yapılması gerekenler konusunda bilgi verilmesinin gerekliliği ve okul çağından itibaren arkadaşların da bilgilendirilmesinin önemli olduğu ifade edilmiştir (379). Çalışma sonuçları diğer çalışmalara göre düşük, literatür bilgisiyle ise uyumlu bulunmuştur.

Adolesanların anket puan ortalamalarının arkadaş çevresi tarafından diyabetin bilinme durumu ile karşılaştırılması Tablo 53’de görülmektedir.

Arkadaş çevresi tarafından diyabetin bilinmesi durumunda olumlu destek alınması sağlanarak diyabetin yönetimi kolaylaşacağı için diyabetini arkadaş çevresinin hepsi bilen adolesanların arkadaşlarının çoğunluğu bilen adolesanlara göre DUADBA toplam puanının anlamlı düzeyde yüksek bulunması beklenen bir sonuca yol açmaktadır. Arkadaş çevresinin hiç birisi diyabetini bilmeyen adolesanların DUADBA uyum puanının düşük çıkması ise arkadaş çevresi içinde akranlarından farklı olmayı istemediği için diyabet yönetimini aksatmasına veya bazı arkadaş desteğinin diyabetin yönetimini olumsuz yönde etkilemesine bağlanabilir. Arkadaş çevresi tarafından diyabetin bilinme durumuna göre diğer anket puanlarının anlamlı farklılık göstermemesi; zaman yönetiminin öncelikle adolesanın kendisini ve kendisinden kaynaklanan nedenlerden etkilenen bir konu olmasına, uyumun ise arkadaş çevresinin hepsi tarafından diyabetin bilinmemesine (Tablo 24), adolesanın akranlarından farklı olmayı istememesine, gereken durumlarda adolesanın yeterli desteği istememesine veya bazı arkadaş desteğinin olumsuz yönde diyabet yönetimini etkilemesine bağlanabilir. Bu durumda ise diyabetin yönetiminde olumlu destek sistemleri yeterli bir şekilde alınamadığı için diyabetin yönetimi olumsuz etkilenecektir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının öğretmen tarafından diyabetin bilinme durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Öğretmenlerin % 31.9 (n=22)'ünün bir kısmı, % 26.1 (n=18)'inin hepsi adolesanın diyabetini bilmektedir (Tablo 24).

Öğretmen de sosyal destek kapsamındadır ve diyabetin yönetimine yardımcı olduğu için adolesanın diyabetini bilmesi çok önemlidir.

Öğretmen tarafından diyabetin bilinme durumu ile adolesanların anket puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 53).

Adolesanların anket puanlarının öğretmenler tarafından diyabetin bilinme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemesi; öğretmenlerinin hepsi diyabetini bilen adolesanların (Tablo 24) az sayıda olmasına, diyabetli olduğunu bilen öğretmenlerin genellikle diyabet/ tedavisi ile ilgili bilgi ve uygulamalarının çok az düzeyde olmasına ve adolesan/ ailesinin bu konuda öğretmeni destek sistemi olarak istememelerine/görmemelerine bağlanabilir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının insülin tedavisinde sosyal destek alma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 62.3 (n=43)'ünün insülin tedavisi ile ilgili sosyal destek almaktadır ve sosyal desteğin % 62.3 (n=43)'ü bir aile bireyidir (Tablo 25).

Bayat (1999), tip 1 diyabetli adolesanların öz bakım öğretimi öncesinde % 95.0 (n=38)'inin insülin enjeksiyonlarının kendisinin yaptığını, % 5.0 (n=2)'sinin ailesinden birisinin yaptığını belirlemiştir (54).

Özçelik (2001), tip 1 diyabetli adolesanlarda eğitim öncesi insülin enjeksiyonunu kendisi yapan adolesanların oranını % 29.7, ailesinden birisi uygulayanların oranını % 51.4, ailesinden birisinin yardımıyla kendisi uygulayanların oranını % 18.9 olarak belirlemiştir (279).

Çövenler (2005), tip 1 diyabetli adolesanlarda insülin enjeksiyonu uygulamasını tamamen adolesanın görevi olarak % 63.4 (n=92), çoğunlukla adolesanın görevi olarak % 18.6 (n=27), aile ve adolesan paylaşıyor olarak % 15.2 (n=22), çoğunlukla ailenin görevi olarak % 1.4 (n=2), tamamıyla ailenin görevi % 1.4 (n=2) oranında saptamıştır (98).

Ekim (2007), 13-18 yaş arasındaki tip 1 diyabetli adolesanların % 63.6 (n=14)'ünün insülin uygulamasında yardım aldığını, yardım alınan durumların % 57.1 (n=8)'inin acil durumlar, % 57.1 (n=8)'inin kalça enjeksiyonu olduğunu belirlemiştir. Ayrıca insülin enjeksiyonu uygularken en çok yardım alınan aile bireyini % 92.9 (n=13) oranında anne olarak saptamıştır (120).

Chien ve ark.na göre (2007), tip 1 diyabetli adolesanların % 57.9'unun kendi kendilerine insülin enjeksiyonlarını uyguladığı, % 42.1'inin enjeksiyonunu ebeveynin uyguladığı saptanmıştır (78).

Diyabetli çocuk ve ailesi, öğretmeni, okul hekimi (ayrıca arkadaşlar, çalışma çevresi) hasta ve hastalık konusunda bilgilendirilmelidir. İyi bir kontrol ancak ailenin tümünün tedavi programı konusunda bilgili ve istekli olması ile sağlanmaktadır (163). Çevredeki bireylere göre karşılaştırıldığında aile bireyleri adolesanın diyabet bakımında en çok bilgi ve uygulamaları bilen kişilerden oluşmaktadır ve adolesanın diyabetinin yönetiminde olumlu aile desteği diyabetin başarılı bir şekilde yönetilmesine yardım edebilir. Diyabetin yönetiminde arkadaş desteği ise olumlu ve olumsuz olarak gelişebilir.

Çalışma sonuçlarında adolesanların insülin tedavisinde yüksek oranda sosyal destek alındığını göstermektedir. İnsülin tedavisi tip 1 diyabet tedavisinde temeldir. Bu nedenle sosyal destek alınan konular içinde yüksek oranda olması beklenen bir durumdur. İnsülin tedavisinde ise sosyal desteğin beslenme tedavisine göre daha az oranda alınması adolesan dönemdeki çocukların kendi kendilerine enjeksiyonlarını yapabildiğini, kendi bakımının sorumluluğunu alabildiğini göstermesi yönünden olumlu bir sonuçtur. Elde edilen sonuçlar Bayat'a (54) ve Özçelik'e göre (279) ve

Çöven'er'e göre (98) yüksek, Ekim'e göre (120) benzer, Chien ve ark.na göre (78) düşüktür.

Adolesanların anket puanlarının insülin tedavisinde sosyal destek alma durumuna göre karşılaştırılması Tablo 54'de görülmektedir.

Kyngas (2000a), ebeveyn'den destek alınması durumunda kronik hastalıklı adolesanlarda uyumun anlamlı düzeyde arttığını ($p<0.001$) ve arkadaş'tan destek alınması durumunda uyumun tip 1 diyabetli adolesanlarda anlamlı düzeyde yüksek olduğunu saptamıştır ($p<0.001$) (228).

Kyngas (2000b), tip 1 diyabetli adolesanlarda ebeveyn'den destek alan adolesanların uyum düzeyinin anlamlı düzeyde yüksek olduğunu belirlemiştir ($p<0.001$) (229).

Diyabet tedavisinin temelini oluşturan insülin tedavisi tedavinin en önemli ve en zor boyutudur. Adolesan dönemde ise bilişsel ve motor becerilerin gelişimi tam olarak tamamlanamadığından bu dönemde destek alması ve sürekli olarak ebeveyn denetimi altında bulunması beklenir. İnsülin tedavisinde yardım alınması durumunda sorumluluk/işlerin paylaşılması yapıldığı için yetki devri yoluyla zaman yönetimi olumlu yönde etkilenir, ayrıca alınan destek olumlu olduğu durumda diyabet yönetimi de iyi yönde etkileneceğinden zaman yönetimine ve diyabete uyuma da olumlu yönde etkide bulunur. Bu durumda ise zaman yönetimi puanları düşük, diyabete uyum puanları ise yükselecektir. Kyngas'ın (228, 229) çalışmaları genel olarak sosyal destek alınması durumuna göre uyumu değerlendirdiğinden elde edilen sonuçlarla karşılaştırılamamıştır.

Adolesanların anket puan ortalamalarının kendi kendine izlemde sosyal destek alma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 56.5 ($n=39$)'i kendi kendine izlemde sosyal destek almaktadır ve kan/ idrarda glukoz ölçümünde adolesanların 56.5 ($n=39$)'i bir aile bireyinden yardım almakta, % 43.5 ($n=30$)'i ise hiç kimseden yardım almamaktadır (Tablo 25).

Bayat (1999), adolesanların öz bakım öğretimi öncesinde kan glukozuna % 32.5 (n=13)'inin kendisinin baktığını, % 7.5 (n=3)'inin ailesinden birisinin baktığını, % 7.5 (n=3)'inin ailesinden birisinin yardımıyla kendisinin baktığını, % 52.5 (n=21)'inin ise kan glukozuna bakmadığını saptamıştır. Tip 1 diyabetli adolesanların öz bakım öğretimi öncesinde idrar glukozuna ise adolesanların % 40.0 (n=16)'ının kendisinin baktığını, % 5.0 (n=2)'sinin ailesinden birisinin baktığını, % 5.0 (n=2)'inin ailesinden birisinin yardımıyla kendisinin baktığını, % 50.0 (n=20)'sinin idrar glukozuna bakmadığını saptamıştır. Ayrıca tip 1 diyabetli adolesanların öz bakım öğretimi öncesinde % 35.0 (n=14)'inin idrar ketonuna kendisinin baktığını, % 7.5 (n=3)'inin ailesinden birisinin baktığını, % 5.0 (n=2)'sinin ailesinin birisinin yardımıyla kendisinin baktığını, % 52.5 (n=21)'inin idrarda keton bakmadığını belirlemiştir (54).

Özçelik (2001), tip 1 diyabetli adolesanlarda eğitim öncesi kan glukozu ölçümünü % 21.6'sının kendisinin yaptığını, % 56.8'inin ailesinden birisinin yaptığını, % 21.6'sının ailesinden birisinin yardımıyla kendisinin yaptığını saptamıştır. Bunun yanısıra tip 1 diyabetli adolesanlarda eğitim öncesi idrarda glukoz ölçümünü % 40.5'inin kendisinin yaptığını, % 24.3'ünün ailesinden birisinin yaptığını, % 35.1'inin ailesinden birisinin yardımıyla kendisinin yaptığını belirlemiştir (). Tip 1 diyabetli adolesanlarda eğitim öncesi idrarda keton ölçümünü ise % 35.1'inin kendisinin yaptığını, % 24.3'ünün ailesinden birisinin yaptığını, % 40.5'inin ailesinden birisinin yardımıyla kendisinin yaptığını saptamıştır (279).

Chien ve ark.na göre (2007), tip 1 diyabetli adolesanların % 73.7'sinin kendi kendine kan glukozu izlemini yaptığı, % 26.3'ünün ise ailesinin uyguladığı belirlenmiştir (78).

Ekim (2007), 13-18 yaş arası tip 1 diyabetli adolesanların % 100 (n=22)'ünün kendi kendine kan glukozu ölçümünü yapabildiğini belirlemiştir (120).

Elde edilen sonuçlara göre adolesanların kan / idrarda glukoz ölçümünde orta düzeyde aile desteğini aldıklarını göstermiştir. Kendi kendine izlem, insülin tedavisi ve beslenmeye göre karşılaştırıldığında adolesanın daha çok kendi başına

yapabileceği bir bölümdür ve aileden daha az destek alınabilir. Çalışma sonuçları Bayat'a göre (54) ve Özçelik'e göre (279) yüksek, Chien ve ark.na göre (78) ve Ekim'e göre (120) düşüktür.

Adolesanların anket puanlarının kendi kendine izlemde sosyal destek alma durumuna göre karşılaştırılması Tablo 54'de verilmektedir.

Kendi kendine izlemde sosyal destek alan adolesanlarda DUADBA toplam puanı ve DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanının anlamlı düzeyde yüksek bulunması beklenen bir sonuçtur. Olumlu sosyal destek diyabetin yönetimini olumlu yönde etkileyerek uyum puanlarının yükselmesine ve görev paylaşımı yapıldığı için zaman yönetimi puanının da düşmesine yol açar. Adolesanların diğer anket puanları ile kendi kendine izlemde sosyal destek alma durumu arasında anlamlı farklılık bulunmaması; adolesanların hemen hemen yarısının bu konuda destek almaması (Tablo 25), kendi kendine izlemin adolesanın kendi kendine bağımsız olarak uygulayabileceği daha bağımsız bir beceri olması ve adolesanların bu beceriyi geliştirmiş olmalarıyla ilişkilendirilebilir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının beslenmede sosyal destek alma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 82.6 (n=57)'sının beslenmede sosyal destek almaktadır (Tablo 25).

Bayat (1999), adolesanların öz bakım öğretimi öncesinde % 22.5 (n=9)'inin diyet düzenlemesini kendisinin yaptığını, % 50.0 (n=20)'sinin ailesinden birisinin yaptığını, % 27.5 (n=11)'inin ailesinden birisinin yardımıyla kendisinin yaptığını saptamıştır (54).

Özçelik (2001), tip 1 diyabetli adolesanlarda eğitim öncesi beslenme programını uygulamada kendisi uygulayanların oranını % 16.2, ailesinden birisi uygulayanların oranını % 70.3, ailesinden birisinin yardımıyla kendisi uygulayanların oranını % 13.5 olarak saptamıştır (279).

Beslenme tedavisi diyabet tedavisinin en önemli bölümlerinden birisidir. Beslenme sadece adolesanı değil tüm ailenin yaşamını, beslenme alışkanlıklarını içermektedir. Diyabette ise beslenmenin planlanması her an düzenlemeyi gerektirir ve zordur. Bu nedenle aile /çevreden yardım alınan konular içinde en önemlisini ve ilk sırayı oluşturması beklenen bir durumdur. Çalışma sonuçları Bayat'a göre (54) düşük, Özçelik'e göre (279) yüksektir.

Adolesanların beslenmede sosyal destek alma durumuna göre anket puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 54).

Adolesanların anket puanları ile beslenmede sosyal destek alma durumu arasında anlamlı farklılık bulunmaması; adolesanların bir bölümünün beslenme konusunda destek almaması (Tablo 25), daha çok arkadaş grubunda veya ev dışında olduğu zamanlarda uygun bir şekilde beslenmemesi, evde olmadığı zamanlarda aile denetiminin azalması ve beslenme ile ilgili sorumluluğunun yerine getirilebilme becerisi ile ilişkili olabilir. Puan ortalamalarının ise olumlu aile/çevre desteği alan olgularda sorumluluk paylaşımı olduğu ve günlük yaşam daha düzenli olduğundan ve diyabet yönetimi olumlu yönde etkilendiğinden zaman yönetimi puanlarının düşük ve diyabete uyum puanlarının yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Adolesanların anket puan ortalamalarının egzersizde sosyal destek alma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların anket puanları ile egzersizde sosyal destek alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 54).

Adolesanların anket puanlarının egzersizde sosyal destek alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemesi; adolesanların büyük bir bölümünün egzersiz konusunda aile/çevreden yardım almamasına (Tablo 25), egzersizle ilgili sorumluluğun daha çok adolesanın kendi kontrolünde olmasına ve egzersiz yapmanın ihmal edilmesine bağlanabilir. Egzersiz konusunda destek alan olguların gerek sorumluluk paylaşımı gerekse diyabet yönetimi başarılı bir şekilde gerçekleştirileceğinden zaman yönetimi ve uyum puanları olumlu düzeyde etkilenecektir. DUADBA uyum puanının ise yardım alan olgularda düşük olması ise

egzersiz öncesi, sırası ve sonrası uygulanan girişimlerin becerilebilme düzeyi, genellikle bu konudaki sorumluluğun adolesanın üzerinde olması veya arkadaş çevresinden kısmen de olsa olumsuz etkilenmeyle ilişkili olabilir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının özel durumlarda sosyal destek alma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların anket puan ortalamalarının özel durumlarda sosyal destek alma durumu ile karşılaştırılması Tablo 54’de görülmektedir.

Özel durumlarda sosyal destek alan olgularda DUADBA uyum puanının diyabet yönetimini olumlu yönde etkileyeceğinden yüksek olması beklenen bir durumdur ve sorumluluk paylaşımı gerçekleşeceği için zaman yönetimi puanları da düşük çıkacaktır. Adolesanlarda diğer anket puanlarının egzersizde sosyal destek alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemesi ise; adolesanların bu konuda büyük bir kısmının yardım almaması (Tablo 25), kendi bakımının sorumluluğu alabildiği için özel durumlarla ilgili sorunları çözebilme düzeyi ve özel durumlarla ilgili konular daha çok profesyonel yardım gerektirdiği için sağlık ekibinden bu konuda destek alınması ile ilişkili olabilir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının diyabet yönetiminde sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 85.5 (n=59)’i diyabet yönetiminde sağlık ekibi üyelerinden yardım almaktadır ve % 69.6 (n=48)’sının hekimden, % 69.6 (n=48)’sının ise hemşireden yardım aldığı belirlenmiştir (Tablo 26).

Tip 1 diyabet çok yönlü etkileri olan bir hastalık olması nedeniyle diyabetin uzun dönemli tedavisinde amaçlara ulaşılması ve tedavi gereklerinin yerine getirilmesi için; çocukların tedavi ve izlemlerinin diyabetli birey ve ailesi merkezde olmak üzere diyabet konusunda uzman bir çocuk hekimi (pediyatrist, pediatrik endokrinolog), diyabet hemşiresi, diyetisyen, psikolog, çocuk psikologu, sosyal danışman gibi sağlık ekibi üyelerinden oluşan bir ekip tarafından verilmesi uygundur (103, 163, 205, 328). Diyabet ekibinin hedefi; çocuk, adolesan ve ailesine bilgi kazandırmak, insülin enjeksiyonu, glukometre kullanımı gibi alanlarda beceri ile

donatmak, sağlıklı beslenme, egzersiz/spor yapma gibi alanlarda yaşam boyu sürdüreceği tutumları kazandırmaktır (103). Çalışma sonuçlarında adolesanların sağlık ekibi üyelerinden yardım alması literatür bilgisiyle uyum göstermektedir.

Adolesanların anket puanları diyabet yönetiminde sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumuna göre istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 55).

Anket puanlarının diyabet yönetiminde sağlık ekibi üyelerinden yardım alınma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemesi; adolesanların uzun süredir diyabeti olduğu için gerekli tedavi/ bakım uygulamalarını öğrenmiş ve uyguluyor olması, adolesan dönem olması nedeniyle adolesanların büyük bir bölümünün kendi kendine bakımın sorumluluğunun alabilmesi ve daha çok bağımsız olmak istemesi, daha sıklıkla aile desteğini alması, adolesan ve sağlık ekibi arasındaki iletişimin düzeyi ve metabolik kontrolün derecesi, diyabet tedavisinin çok boyutlu olması, sürekli bilgilerin yenilenmesi ve adolesana kısa sürede öğretilmemesi, ile ilişkili olabilir. Sağlık ekibi üyelerinden yardım alınması durumunda profesyonel destek alındığı için zaman yönetimi puanlarının düşük, uyum puanlarının yüksek çıkması beklenen bir durumdur. Ayrıca diyabetin yönetiminde verilen çabanın karşılığını göstermektedir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının diyabet yönetiminde hekimden yardım alma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Diyabet yönetiminde hekimden yardım alma durumu ile adolesanların anket puanları arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$) (Tablo 56).

Kyngas (2000a), hekimden destek alan kronik hastalıklı adolesanların uyum düzeyinin anlamlı bir şekilde arttığını saptamıştır ($p<0.001$) (228).

Kyngas (2000b), tip 1 diyabetli adolesanlarda hekimden destek alınması durumunda uyum düzeyinin anlamlı bir şekilde arttığını saptamıştır ($p<0.001$) (229).

Adolesanlarda diyabet yönetiminde hekimden yardım alma durumuna göre anket puanlarının anlamlı farklılık göstermesi; adolesanların diğer (hemşire, diyetisyen, psikolog gibi) sağlık personelinden de yardım alması (Tablo 26), adolesanların hekimi sadece tedaviyi düzenleyen diyabet ekibi üyesi olarak algılaması, düzenli kontroller sırasında uzun süreli olarak aynı hekimin adolesanın izlemine yapamaması, hekim sayısının sınırlı olması, metabolik kontrolün derecesi gibi nedenlere bağlı olabilir. Adolesanların hekimden destek alınması durumunda ise diyabetin başarılı bir şekilde yönetimine yardım edeceğinden zaman yönetimi puanları düşük, uyum puanları ise yüksek çıkacaktır. Kyngas'ın (228, 229) çalışmaları da çalışma sonucunu desteklemektedir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının diyabet yönetiminde hemşireden yardım alma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların anket puanları diyabet yönetiminden hemşireden yardım alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 56).

Kyngas (2000a), hemşireden destek alan kronik hastalıklı adolesanların uyum düzeyinin anlamlı bir şekilde arttığını belirlemiştir ($p<0.001$) (228).

Kyngas (2000b), tip 1 diyabetli adolesanlarda hemşireden destek alınması durumunda uyumun anlamlı bir şekilde arttığını belirlemiştir ($p<0.001$) (229).

Diyabet yönetiminde hemşireden yardım alınma durumuna göre anket puanlarının anlamlı farklılık göstermemesi; diğer (hekim, diyetisyen, psikolog gibi) sağlık personelinden de adolesanların yardım almasına (Tablo 26), düzenli kontroller sırasında görevli diyabet hemşiresinin tek olmasına, diyabet hemşiresinin adolesan gözüyle algılanma şekline, adolesanın hemşireyle kurduğu iletişimin düzeyine ve metabolik kontrolün derecesi bağlı olabilir. Diyabet yönetiminde hemşireden yardım alma durumunda ise diyabetin yönetimi olumlu etkileneceğinden zaman yönetimi puanlarının düşük, uyum puanları yüksek çıkması ise beklenen bir durumdur. Çalışma sonucunu Kyngas'ın (228, 229) çalışmaları da desteklemektedir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının diyabet yönetiminde diyetisyenden yardım alma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Diyabet yönetiminde diyetisyenden yardım alma durumuna göre anket puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 56).

Anket puanlarının diyabet yönetiminde diyetisyenden yardım alınma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemesi; adolesanların diğer sağlık personelinde destek alması (Tablo 26), diyetisyen sayısının tek olması, özellikle beslenmenin tedavinin zor boyutlarından birini oluşturması, diğer sağlık personeli ile diyetisyenin aynı ortamda bulunmaması, diyetisyenin adolesan tarafından algılanma şekli, diyetisyenle kurulan iletişimin düzeyi ve metabolik kontrolün derecesi gibi nedenlere bağlanabilir. Diyetisyenden destek alan olguların zaman yönetimi puanlarının düşük, uyum puanlarının yüksek çıkması ise beklenen bir sonuçtur.

Adolesanların anket puan ortalamalarının diyabet yönetiminde psikologdan yardım alma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Diyabet yönetiminde psikologdan yardım alma durumu ile anket puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$) (Tablo 56).

Anket puanlarının diyabet yönetiminde psikologtan yardım alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemesi; diğer (hekim, hemşire, diyetisyen) sağlık ekibi üyelerinden de yardım alınması (Tablo 26), psikologun adolesan tarafından algılanma ve psikolog ile kurulan iletişimin şekli, adolesanların psikolog ile birlikte çözümleyeceği sorunlarının az olması, metabolik kontrolün derecesi gibi nedenlere bağlanabilir. Uyum puanlarının ise diyabet yönetiminde psikologdan yardım alınması durumunda yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur. Zaman yönetimi puanının ise yardım almayan durumlarda düşük çıkması zaman yönetiminin bilinçle ilgili ve adolesanın zaman yönetimi konusundaki isteği ve çabası ile ilişkili olmasına bağlanabilir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının insülin tedavisinde sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 78.3 (n=54)'ü insülin tedavisinde sağlık ekibi üyelerinden yardım almaktadır (Tablo 26). Bu durumun insülin tedavisinin diyabet tedavisinde en önemli ve en zor boyutlarından birisi olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Adolesanların anket puanlarının insülin tedavisinde sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumuna göre karşılaştırılması Tablo 57'de sunulmuştur.

İnsülin tedavisinde sağlık ekibi üyelerinden destek alması durumunda DUADBA zaman yönetimi puanının düşük, uyum puanlarının yüksek olması diyabetin yönetimi olumlu olarak etkileneceğinden beklenen bir sonuçtur. Adolesanların insülin tedavisinde sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumuna göre diğer anket puanlarının anlamlı farklılık göstermemesi ise; diyabet ekibi tarafından gerekli bilgi ve uygulamaların adolesan ve ailesine kazandırılmış olmasına, diyabet tedavisinin temelini oluşturduğu için adolesan/ ailesinin bu konudaki sorumluluğunun/ becerilerinin yeterli olmasına ve diyabet tedavisinde insülin tedavisinin en zor tedavi boyutu olmasına bağlanabilir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının kendi kendine izlemde sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Kendi kendine izlemde sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumuna göre adolesanların anket puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 57).

Adolesanların kendi kendine izlemde sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumuna göre anket puanlarının anlamlı farklılık göstermemesi; bu konuda oldukça az yardım almasına (Tablo 26), kendi kendine izlemin diyabet tanısının konulduğu dönemlerde sağlık ekibi tarafından kazandırılmış bir beceri olmasına, diyabetli bireylerde kullanım kolaylığı sağlayan araçların geliştirilmiş olmasına ve adolesanın tek başına bağımsız olarak uygulayabileceği en önemli becerilerden biri olmasına bağlanabilir. Zaman yönetimi puanının kendi kendine izlemde sağlık ekibi üyelerinden yardım almayan olgularda daha düşük bulunması ise kendi kendine

izlemin adolesanının tek başına bağımsız olarak yapabildiği bir beceri olmasıyla ilişkilendirilebilir. Tek başına gerçekleştirilebilen bir beceri olmakla birlikte sağlık ekibi üyesinin olumlu desteği de uyum puanlarının yükselmesini sağlayacaktır.

Adolesanların anket puan ortalamalarının beslenmede sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 82.6 (n=57)'sı beslenmede sağlık ekibi üyelerinden yardım almaktadır (Tablo 26). Bu durum beslenme tedavisinin diyabet tedavisinde en zor boyutlarından birisi olmasına bağlanabilir.

Beslenmede sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumuna göre adolesanların anket puanları anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 57).

Anket puanlarının beslenmede sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemesi; beslenme tedavisinin diyabet yönetiminin en zor boyutlarından birini oluşturmaya, gerekli bilgi ve beceri donanımından sonra beslenme yönetiminin daha çok adolesanının kendi sorumluluğunda olmasına, ailenin beslenme alışkanlıklarının beslenme yönetimi etkilemesine, özellikle adolesan dönemde arkadaş çevresinin içinde bulunmasının beslenme düzenini bozabilmesine bağlanabilir. Zaman yönetimi ve genel olarak uyum puanlarının yardım alan olgularda iyi düzeyde bulunması ise diyabetin yönetimini olumlu yönde etkileyecektir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının egzersizde sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Egzersizde sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumu ile anket puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$) (Tablo 57).

Adolesanların anket puanlarının egzersizde sağlık ekibi üyelerinden destek alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemesi; adolesanların bu konuda büyük bir bölümünün yardım almaması (Tablo 26), adolesanların egzersiz tedavisi ile gerekli bilgi ve beceri donanımı sağlanmış olmasına rağmen yeterli bir şekilde egzersiz yapılmaması, özellikle arkadaş çevresinde uygun egzersizin ve egzersize yönelik

uygun girişimlerin yapılmaması ile ilişkilendirilebilir. Sağlık ekibini üyelerinden bu konuda destek alınması ise zaman yönetimini ve diyabete uyumu olumlu yönde etkileyecektir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının özel durumlarda sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Özel durumlarda sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumuna göre anket puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 57).

Özel durumlarda sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumuna göre adolesanların anket puanlarının anlamlı farklılık göstermemesi; adolesanların bu konuda büyük bir bölümünün yardım almamasına (Tablo 26), bu konuda gerekli bilgi ve becerinin adolesan/ ailesine kazandırılmış olmasına, adolesan ve ailesinin özel durumlarda kendilerine uygun çözüm yolu geliştirmelerine bağlanabilir. Puan ortalamalarının ise zaman yönetiminde yardım alan olgularda düşük, uyum puanlarında yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Adolesanların anket puan ortalamalarının kronik komplikasyonlarda sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Kronik komplikasyonlarda sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumu ile adolesanların anket puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 57).

Adolesanlarda anket puanlarının kronik komplikasyonlarda sağlık ekibi üyelerinden yardım alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemesi; bu konuda yardımın çok az alınması (Tablo 26), adolesanların çok az bir bölümünde kronik komplikasyon görülmesi (Tablo 31), adolesanların kronik komplikasyonlarla ilgili yaşadığı korku nedeniyle bu konu ile ilgilenmek istememesi ile ilişkili olabilir. Zaman yönetimi puanının yardım alan olgularda düşük çıkması ise beklenen bir durumdur, ancak uyum puanlarının yardım alan olgularda düşük çıkması adolesanın bilişsel gelişiminin tam olarak tamamlanmaması nedeniyle komplikasyonlar konusunda eksik/yanlış anlamalarının olabilmesine, adolesanın komplikasyonları

fiziksel bütünlüğüne yönelik tehdit olarak algılama derecesine ve geleceğine ilişkin korku gelişmesine bağlanabilir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının son bir yılda kontrole gelme durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 13.0 (n=9)'ünde son bir yılda kontrole gelmeme durumunun olduğu gözlenmektedir (Tablo 27).

Akduman (2003), hastaneye kontrole gelme sıklığı ayda bir olan adolesanları % 20.0 (n=6), 3 ayda bir olan adolesanları % 3.3 (n=1), 6 ayda bir gelen adolesanları % 70.0 (n=21), kendini kötü hissedince gelenleri % 6.7 (n=2) oranında saptamıştır (10).

Ekim (2007), 13-18 yaş arası tip 1 diyabetli adolesanların % 63.6 (n=14)'ünün düzenli kontrollerine geldiğini saptamıştır (120).

Tanının ilk gününden itibaren diyabetli çocuk ve adolesanlar diyabet ekibi tarafından takip edilmelidir (351). Adolesan dönemde metabolik kontrolün sağlanmasının ancak düzenli olarak diyabet ekibinin kontrolüyle mümkün olacağı bilinen bir gerçektir. Çalışma sonuçları adolesanların çok az bir bölümünün son bir yılda kontrole gelmeme durumunun olduğunu ve adolesan dönemde olmalarına rağmen çocukların düzenli kontrollerine gitmesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum tedavi ekibinin çocuk ve adolesanların izlemine iyi bir şekilde yapmasına, ekipte yer alan üyelerin çeşitliliğine, adolesanların düzenli kontrollerinin önemini bilmelerine ve takip edildikleri kurumdan iyi bir şekilde yararlanmalarına bağlanabilir. Elde edilen sonuçlar Akduman'a (10) ve Ekim'e göre (120) düşük bulunmuştur.

Adolesanların anket puanlarının son bir yılda kontrole gelme durumu ile karşılaştırılması Tablo 58'de verilmiştir.

Adolesanların DZYA puanının kontrole gelen adolesanlarda düşük olması beklenen bir durumdur. Ancak kontrole gelen olgularda diyabete uyum puanlarının düşük olması; adolesan dönemin de etkisi ile sürekli olarak diyabetli olduğunu

hissetmesi ve diyabetle birlikte yaşamının verdiği rahatsızlıkla ilişkili olabilir. Adolesanların diğer anket puanlarının son bir yılda kontrole gelme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemesi ise; son bir yılda kontrole gelmeyen olguların olması (Tablo 27), ihmal etme, maddi sorun, adolesanların bir bölümünün şehir dışında oturması, adolesanın kontrole geldiği durumlarda sürekli olarak diyabetinin olduğunu hatırlaması sonucu kendisini kötü hissetmesi ve tanı konulduktan bir süre sonra kontrole gelmenin monoton/sıkıcı gelmesi, sürekli kontrollerde çıkacak sonuçlardan korkması, metabolik kontrolü iyi olan adolesanların da durumunun iyi olduğu düşüncesiyle gelmek istememesi ile ilişkili olabilir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının son bir yılda diyabet nedeniyle hastaneye yatma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 10.1 (n=7)'i diyabet nedeniyle son bir yılda hastaneye yatmıştır (Tablo 27).

Çavuşlu (2003), tip 1 diyabetli çocuklarda diyabet nedeniyle hastaneye yatma % 11.8 (n=8) oranında ve 1 kez olarak saptamıştır (87).

Seçkin (2006), tip 1 diyabetli çocukların tanı konulduktan sonra % 66.9 (n=95)'nin hastaneye yattığını, çocukların % 62.0 (n=88)'sinin 1-2 kez, % 4.9 (n=7)'unun 3 kez ve üzeri hastaneye yattığını saptamıştır (342).

Yaşamı tehdit eden akut metabolik komplikasyonlar (diyabetik ketoasidoz, hiperglisemik hiperosmolar nonketotik koma, nöroglükopeni ile seyreden hipoglisemi), yeni tanı konulmuş diyabetli çocuk/ adolesanlar, yakın izlemi gerektiren önemli ve kronik kötü metabolik kontrol, yoğun tedavi gerektiren ciddi kronik komplikasyonlar, diyabetin kontrolünü etkileyen diyabetle ilişkili olmayan durumlar, gebelik döneminde ortaya çıkan diyabet, kontrol edilemeyen diyabet, insülin pompa tedavisi, diğer yoğun insülin tedavilerine başlanması diyabetli çocuk ve bireylerin hastaneye kabulünü gerektirmektedir (190). Çalışma sonuçları literatür bilgisiyle aynı doğrultudadır. Elde edilen sonuçlar Çavuşlu (87)'nin sonuçlarına göre düşük bulunmuştur. Seçkin (342)'in çalışma sonuçları da hastaneye yatma oranlarının yüksek olduğunu göstermiştir.

Son bir yılda diyabet nedeniyle hastaneye yatma durumu ile anket puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 58).

Adolesanların son bir yılda hastaneye yatma durumuna göre anket puanlarının anlamlı farklılık göstermemesi; son bir yılda hastaneye yatan olgu sayısının azlığına (Tablo 27), hastaneye yatmayı gerektirecek derecede metabolik kontrolün bozulmamasına, diyabetin kendi kendine yönetimi çok önemli olduğu için diyabet tedavisi konusunda adolesan/ ailesinin bilgilendirilmiş olmasına ve gerekli durumlarda uygun girişimleri yapabilmelerine bağlanabilir. Zaman yönetiminin hastaneye yatan olgularda düşük çıkması ise; hastaneye yatma durumunda diyabet ekibi tarafından adolesanın durumu düzeltildiği, adolesan ve ailesine gerekli bilgi/ beceri donanımı sağlandığı için beklenen bir sonuçtur. Uyum puanının ise hastaneye yatan olgularda düşük çıkması adolesanın metabolik kontrolünün bozulması sonucu yaşadığı duygularla ve gelecek endişesiyle ilgili yaşadığı korku ile ilişkili olabilir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının son bir yılda diyabet nedeniyle okula devamsızlık durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 44.9 ($n=31$)'u son bir yılda diyabet nedeniyle okula devamsızlık yapmıştır (Tablo 27).

Bayat (1999), adolesanlarda diyabet nedeniyle okula ara verme süresinin 1 ayın altında olanların oranını % 58.3 ($n=21$), 1 ay ve üstü olanların oranını % 41.7 ($n=15$) olarak saptamıştır (54).

Çavuşlu (2003), tip 1 diyabetli çocuklarda okula devamsızlık durumunu % 5.9 ($n=4$) olarak belirlemiştir (87).

Glaab, Brownt ve Daneman'a göre (2005), tip 1 diyabetli çocuklarda okula devam etme durumunun incelendiği çalışmada diyabetli çocukların devam etmeme süresinin bir yılda 5-16 gün arasında değiştiği ve ortalama olarak 8.8 gün olduğu saptanmıştır. Diyabetli çocuklar akranları ile karşılaştırıldığında bir yılda ortalama olarak 5.5 gün, kardeşleri ile karşılaştırıldığında ortalama 2.8 gün daha fazla okula

gitmemektedir. Okula gitmeme ebeveyn tutumları, metabolik kontrolün zayıf olması, hastalığın süresinin kısa olması ile ilişkili bulunmuştur (147).

Okula düzenli olarak devam etme çocukta güven gelişimini, akran ilişkilerini ve akademik başarının gelişimini kolaylaştırmaktadır. Bu nedenle çocuklardan beklenen en önemli hedeflerden birini oluşturmaktadır. Kronik durumlar hastalığın fiziksel ve psikolojik sonuçlarına bağlı olarak okula devam etmeme riskini arttırmaktadır. Özellikle tip 1 diyabetli çocuklar genellikle çok sağlıklı olmalarına rağmen çocuk ve ailesi sürekli olarak çeşitli işleri, insülin enjeksiyonlarını, kan glukozu ölçümelerini, beslenme, egzersiz, stres, hastalık gibi durumlara dikkat edilmesini gerektirecek işlerden oluşan kompleks tedavi ile yüz yüze gelmektedir. Okula devam etme tedavinin çocuk ve ailenin başa çıkma becerilerinin yanısıra tedavinin etkinliğini de yansıtan önemli bir ölçüttür (147). Çalışma sonuçları Bayat'ın (54) çalışmasına göre düşük, Çavuşlu'nunkine (87) göre yüksek ve Glaab ve ark.nın (147) sonuçlarına göre düşük, literatür bilgisine göre uyumlu bulunmuştur.

Anket puanları ile son bir yılda diyabet nedeniyle okula devamsızlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 58).

Anket puanlarının okula devam ederken diyabet nedeniyle devamsızlık yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemesi; diyabet nedeniyle okula gelmeyen olguların daha çok düzenli kontrol amaçlı devamsızlık yapmasına (Tablo 27), okula devamsızlığı gerektirecek ölçüde adolesanın genel durumunun bozulmaması ile ilişkili olabilir. Okula devamsızlığı olmayan olguların günlük düzeni bozulmadığı için zaman yönetimi ve uyum puanları olumlu yönde etkilenecektir. Ancak DUADBA uyum puanının ise devamsızlık yapan olgularda daha yüksek olması adolesanların bir kısmının evde diyabet yönetimini daha iyi becerebilmesi ve aile desteğini alması ile ilişkilendirilebilir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının son bir haftada ailesiyle /arkadaşlarıyla ilişkileri bozan sorunlar ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların anket puanları son bir haftada ailesiyle / arkadaşlarla ilişkileri bozan sorunların durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 59).

Adolesanların son bir haftada ailesiyle/ arkadaşlarıyla ilişkileri bozan sorunların durumuna göre anket puanlarının anlamlı farklılık göstermemesi; son bir haftada sorun yaşayan adolesanların az olmasına, bu sorunların daha çok kendisinden kaynaklanan ve kendisinin çözebileceği sorunlar olmasına (Tablo 28), diyabetli adolesanların iyi bir sorun çözücü olması nedeniyle günlük yaşamında karşılaştığı sorunlara uygun çözüm yolları geliştirebilmesine, yaşanan sorunların kan glukozu düzeyini çok fazla etkileyecek sorunlar olmamasına bağlanabilir. Zaman yönetimi puanlarının ise son bir haftada sorun yaşamayan olgularda düşük çıkması beklenen bir durumdur. Genel olarak uyum puanlarının ise sorun yaşayan olgularda daha yüksek çıkması ise diyabetli adolesanların diyabete yönelik olarak sürekli sorun çözdüğü için bu konuda gelişmesinden ve psikolojik nedenlerden kaynaklanan sorunların kan glukozunu etkilemesi nedeniyle bu durumda diyabet yönetiminin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının adolesanın diyabeti algılaması ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 21.7 ($n=15$)'si diyabeti olumsuz, % 17.4 ($n=12$)'ü ise diyabeti olumlu algılamaktadır (Tablo 29).

Akduman (2003), diyabetli adolesanların hastalıkları ile ilgili düşüncelerine göre % 80'inin rahatım, hastalığımı biliyorum, % 6.7'sinin iyileşeceğimi düşünüyorum, % 6.7'sinin üzülüyorum, % 3.3'ünün beni rahatsız ediyor, % 3.3'ünün ise bir an önce iyileşmek istiyorum yanıtını verdiğini saptamıştır (10).

Adolesanın diyabetini olumlu algılamasının diyabetin yönetimini başarılı bir şekilde uygulayacağını gösterebileceği için önemli olduğu düşünülmektedir. Elde edilen sonuçlar diyabetin olumsuz algılayanların oranının yüksek olduğunu,

Akduman'ın (10) çalışması da olumsuz algılamının yüksek oranlarda olduğunu göstermektedir.

Adolesanın diyabeti algılaması ile anket puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 60).

Smith ve ark.na göre (1991), insülin kullananan adolesanlarda negatif yaşam olayları ile diyabete uyumun kötü olması arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$) (356).

Kyngas (2000a), kronik hastalıklı adolesanlarda güçlü bir şekilde normallik duygusunu yaşayan, test sonuçları olumlu olan, kronik hastalığı fiziksel bütünlüğüne yönelik tehdit olarak algılamayan, emosyonel yönden kronik hastalığı tehdit olarak algılamayan, akut sorunlarla ilgili korku yaşayan adolesanların uyum düzeyinin yüksek olduğunu saptamıştır ($p<0.001$) (228).

Kyngas (2000b), iyi motivasyon alan, güçlü bir şekilde normallik duygusu taşıyan, olumlu tutum geliştiren, diyabeti sosyal yönden iyi olmaya, emosyonel iyi olmaya ve fiziksel yönden iyi olmaya tehdit olarak algılamayan tip 1 diyabetli adolesanlarda uyumun anlamlı düzeyde yüksek olduğunu belirlemiştir ($p<0.001$) (229).

Adolesanların diyabeti algılamasına göre anket puanlarının anlamlı farklılık göstermemesi; diyabetini olumlu algılayan adolesanların sayısının az olmasına (Tablo 29), akranların içinde adolesanın kendisini farklı hissetmesi, adolesanın normal olma duygusunu yaşama derecesi, adolesanın diyabeti bağımsızlığına yönelik bir tehdit olarak algılama düzeyi, diyabetin komplikasyonları nedeniyle adolesanın geleceğiyle ilgili endişe yaşaması, diyabet/tedavisine yönelik olumlu tutum geliştirmeme ve yeterli motivasyonun olmaması ile ilişkili olabilir. Diyabetin olumlu algılanması durumunda ise zaman yönetimi puanlarının düşük, uyum puanlarının yüksek çıkması ise beklenen bir sonuçtur. Smith ve ark.nın (1991) (356) ve Kyngas'ın (228, 229) çalışmaları da sonucu desteklemektedir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının son bir haftada hipoglisemi sıklığı ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 39.1 (n=27)'i son bir haftada 1-3 kez hipoglisemiye girmiştir, % 29.0 (n=11)'u ise hiç hipoglisemi yaşamamıştır (Tablo 30).

Özçelik (2001), eğitim öncesi son bir ayda 1-3 kez hipoglisemi geçiren tip 1 diyabetli adolesanları % 68.8 (n=22), 4-6 kez hipoglisemi geçiren tip 1 diyabetli adolesanları % 21.9 (n=7), 7 kez ve üzeri hipoglisemi geçiren tip 1 diyabetli adolesanları % 9.4 (n=3) oranında saptamıştır (279).

Çövenner (2005), tip 1 diyabetli adolesanların % 33.1 (n=48)'inin son bir ayda 1-3 kez, % 22.1 (n=32)'inin son bir ayda 4-6 kez, % 7.6 (n=11)'sının 7-9 kez, % 19.3 (n=28)'ünün 10 kez ve üzeri hipoglisemi yaşadığını, % 17.9 (n=26)'unun hiç yaşamadığını belirlemiştir (98).

Ekim (2007), 13-18 yaş arasındaki tip 1 diyabetli adolesanların son bir haftada hipoglisemi sıklığını % 23.7 (n=14) oranında 1-3 kez, % 3.4 (n=2) oranında 4-6 kez, hiç yaşamayanları ise % 10.2 (n=6) olarak belirlemiştir (120).

Hipoglisemi tip 1 diyabetin en sık görülen akut bir komplikasyonudur (166, 199, 328, 351) ve şiddetli hipogliseminin çocuk ve adolesanlarda yılda % 5-10 sıklıkta görüldüğü bildirilmiştir (351). Yetişkinlere göre adolesanlarda orta derece ve şiddetli hipoglisemi insidansı daha yüksek bulunmaktadır. Adolesan dönemde hipogliseminin yüksek olmasının nedenleri hızlı büyüme döneminde daha fazla insülin dozu gereksinimi, düzensiz beslenme ve egzersizle ilişkiye bağlanabilir (351). Hipoglisemi; küçük çocuklarda beyin gelişimini etkilemesi, okul ve sosyal yaşamda bilinçte azalma ve bilişsel bozukluklara neden olması ve metabolik kontrolde bozulmaya yol açması nedeniyle çok önemlidir (199, 351). Çalışma sonuçları son bir haftada 1-3 kez hipoglisemi görülmesi ve hipoglisemiye hiç yaşamama yönünden Ekim'in (120) çalışmasına göre yüksektir. Özçelik (279) ve Çövenner'in (98) çalışmaları son bir aydaki hipoglisemi değerlendirilmelerine rağmen çalışma sonuçları hipogliseminin yüksek oranlarda yaşandığını göstermektedir. Literatür bilgisine göre yüksek oranda hipoglisemi saptanmıştır.

Adolesanların anket puanları ile son bir haftada hipoglisemi sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 61).

Adolesanların anket puanlarının son bir haftada yaşanan hipoglisemi sıklığına göre anlamlı farklılık göstermemesi; hipoglisemiye yaşamayan veya hipoglisemiye yaşayıp yaşamadığını bilmeyen olguların sayısının hipoglisemiye yaşayan olgulara göre sayısının az olmasıyla (Tablo 30), çoklu doz insülin tedavisinin uygulanmasıyla, adolesan dönemde fark edilmeyen, tanımlanamayan hipoglisemilerin de yaşanmasıyla, sık sık hipoglisemi yaşanması ve hipogliseminin beyin fonksiyonlarını etkilemesi sonucu unutmalar nedeniyle gerçek sayının tahmin edilememesiyle ve adolesan dönemde metabolik kontrolü bozacak durumların sık olarak sergilenmesi ile ilişkilendirilebilir. Adolesanların DUADBA toplam ve uyum göstergesi puanının 7-9 kez hipoglisemi yaşayan olgularda yüksek çıkması ise adolesanların hipoglisemi yaşama durumunda uygun girişimleri uygulamaları sonucu diyabet yönetiminin etkilenmemesine bağlanabilir. Adolesanların 4-6 kez hipoglisemi yaşamasına göre hiç hipoglisemi yaşamamış ve 1-3 kez hipoglisemi yaşayan olgularda uyum ve uyum göstergesi puanının daha yüksek bulunması ise beklenen bir durumdur. Adolesanların DZYA puanının 7-9 kez veya 10 kez veya daha fazla hipoglisemi geçiren olgularda düşük bulunması ise adolesanların hipoglisemiyle sık karşılaşması sonucu duruma uygun çözüm yolu geliştirmelerine bağlanabilir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının son bir haftada hiperglisemi sıklığı ile karşılaştırılmasının tartışılması

Olguların 46.4 (n=32)'ü son bir haftada 1-3 kez, % 21.7 (n=15)'si ise 4-6 kez hiperglisemi yaşamıştır (Tablo 30).

Özçelik (2001), eğitim öncesi tip 1 diyabetli adolesanların % 35.3 (n=12)'ünde son bir ayda 1-3 kez, % 38.2 (n=13)'sinde 4-6 kez, % 26.5 (n=9)'inde 7 kez ve üzeri hiperglisemi geliştiğini belirlemiştir (279).

Çövener (2005), tip 1 diyabetli adolesanların % 29.0 (n=42)'unda son bir ayda 1-3 kez, % 17.2 (n=25)'inde son bir ayda 4-6 kez, % 15.2 (n=22)'sinde son bir ayda

7-9 kez, % 25.5 (n=37)'inde 10 kez ve üzeri hiperglisemi yaşandığını, % 13.1 (n=19)'inde ise hiç yaşanmadığını saptamıştır (98).

Ekim (2007), 13-18 yaş arasındaki tip 1 diyabetli adolesanların son bir haftada % 18.6 (n=11) oranında 1-3 kez, % 8.5 (n=5) oranında 4-6 kez hiperglisemi yaşadığını, % 10.2 (n=6) oranında ise hiç yaşanmadığını saptamıştır (120).

Hiperglisemi diyabetli çocuk ve adolesanlarda fazla besin alımı, insülin dozlarının atlanması, yetersiz dozda insülin alımı, hastalık, stres gibi çeşitli nedenlere bağlı olarak meydana gelebilir (71, 175). Çalışma sonuçları, Ekim'in çalışmasına göre (120) yüksektir. Özçelik (279) ve Çöven'er'in (98) çalışmaları son bir ayda hipergliseminin yüksek oranlarda yaşandığını göstermiştir.

Adolesanların anket puanları son bir haftada hiperglisemi sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 61).

Adolesanların anket puanlarının son bir haftadaki hiperglisemi sıklığına göre anlamlı farklılık göstermemesi; hiç yaşamadım ve bilmiyorum yanıtını veren adolesanların sayısının hiperglisemiye yaşayan adolesanlara göre sayı olarak düşük olmasına (Tablo 30), adolesanların bu dönemde büyük bir bölümünün metabolik kontrolünün fiziksel/psikososyal nedenlerle kötü olmasına ve gerçek sayıyı hatırlamamalarına/bilmemelerine bağlanabilir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının açlık kan glukozu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların son 24 saatteki açlık kan glukozu ortalaması 154.58 ± 57.75 'dir (Tablo 32).

Bayat (1999), adolesanlarda öz bakım öğretimi öncesinde kan glukozu değerlerini ortalama olarak 282.52 ± 177.27 saptamıştır (54).

Johnson, Perwien ve Silverstein'e göre (2000), tip 1 diyabetli adolesanlarda ortalama kan glukozu 215.7 ± 53.10 olarak belirlenmiştir (202).

Özçelik (2001), tip 1 diyabetli adolesanların eğitim öncesi ortalama kan glukozunu 186.16 ± 88.05 olarak bulmuştur (279).

Koyuncu ve ark.na göre (2002), tip 1 diyabetli çocuk ve adolesanlarda venöz kanda bakılan açlık kan glukozu 316.71 ± 109.27 mg/dl olarak saptanmıştır (222).

Çavuşlu (2003), tip diyabetli çocuk ve adolesanlarda açlık kan glukozu ortalamasını 168.90 ± 57.25 olarak belirlemiştir (87).

Çövener (2005), tip 1 diyabetli adolesanlarda son 24 saatteki açlık kan glukozu ortalamasını 162.67 ± 77.80 olarak saptamıştır (98).

Tip 1 diyabette açlık ve postprandiyal glisemi (her vizitte görülmek üzere haftada bir gün en az günde 4 kez yapılmış kan glukozu değerleri şeklinde) sürekli izlem göstergeleri içinde yer almaktadır (4, 433). Elde edilen sonuçlar ve yapılmış tüm çalışmalar açlık kan glukozu ve diğer bakılan kan glukozu değerlerinin yüksek düzeylerde olduğunu, literatür bilgisine göre ise yüksek olduğunu göstermektedir (166).

Açlık kan glukozu ile adolesanların anket puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$) (Tablo 62).

Anket puanlarının açlık kan glukozu değerine göre anlamlı farklılık göstermemesi; açlık kan glukozu değeri normal sınırlar arasında olan adolesanların az sayıda olmasına (Tablo 32), adolesanların ölçüm sonuçlarının son 24 saatteki farklı zamanlarda yapılan sonuçları içermesine, adolesan dönemde metabolik kontrolü bozacak durumların sık olarak sergilenmesine, kan glukozu değerinin günlük yaşamdaki hemen hemen her şeyden etkilenmesine, günlük yaşamı önemli ölçüde değiştirecek kan glukozu dalgalanmalarının olmamasına ve ölçümün doğru zamanda yapılmamasına bağlanabilir. Açlık kan glukozu değeri normal sınırlarda olan adolesanların zaman yönetimi puanlarının düşük, uyum puanlarının yüksek olması ise beklenen bir sonuçtur.

Adolesanların anket puan ortalamalarının tokluk kan glukozu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların tokluk kan glukozu ortalaması 196.13 ± 87.55 'dir (Tablo 32).

Çöven (2005), tip 1 diyabetli adolesanlarda son 24 saatteki tokluk kan glukozu ortalamasını 189.42 ± 66.57 olarak saptamıştır (98).

Çalışma sonucu Çöven'e (98) ve literatür bilgisine göre (166) yüksektir.

Adolesanların anket puanları tokluk kan glukozu değerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$) (Tablo 63).

Tokluk kan glukozu değerine göre anket puanlarının anlamlı farklılık göstermemesi; açlık kan glukozunda olduğu gibi tokluk kan glukozu değeri normal sınırlar arasında olan adolesanların az sayıda olmasına (Tablo 32), adolesan dönemde metabolik kontrolü bozacak durumların sık olarak sergilenmesine, kan glukozu değerinin günlük yaşamdaki hemen hemen her şeyden etkilenmesine, günlük yaşamı önemli ölçüde değiştirecek kan glukozu dalgalanmalarının olmamasına ve ölçümün doğru zamanda yapılmamasına bağlanabilir. Tokluk kan glukozu normal sınırlarda olduğu durumlarda anket puanlarının iyi olması ise beklenen bir durumdur.

Adolesanların anket puan ortalamalarının HbA_{1c} değeri ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların HbA_{1c} değeri ortalaması ise $\% 8.93 \pm 1.46$ 'dır (Tablo 33).

Ülkemizde ve yurt dışında yapılmış çocuklarda HbA_{1c} değerleri ortalamasını; Grey ve ark. (1998), tip 1 diyabetli adolesanlarda $\% 9.8 \pm 1.7$ (6.2-14.0 arasında) (155), Bayat (1999), adolesanlarda adolesanların öz bakım öğretimi öncesinde $\% 14.528 \pm 3.940$ (54), Johnson ve ark. (2000), tip 1 diyabetli adolesanlarda $\% 9.7 \pm 1.9$ (202), Özçelik (2001), tip 1 diyabetli adolesanlarda eğitim öncesi $\% 10.77 \pm 1.80$ (279), Çocukluk Diyabetinde Hvidore Çalışma Grubu (Hvidore Study Group on Childhood Diabetes) (2001), tip 1 diyabetli çocuk ve adolesanlarda $\% 8.62 \pm 1.64$ (192), Koyuncu ve ark. (2002), tip 1 diyabetli çocuk ve adolesanlarda $\% 9.97 \pm 2.41$

(222), Çöven (2005), tip 1 diyabetli adolesanlarda % 9.23 ± 2.14 (5.30-18.60) (98), Holl ve ark. (2003), tip 1 diyabetli adolesanlarda 3 yıl izlemeli olarak yaptıkları çalışmada çalışmaya girişte % 8.7 ± 1.6 , 3. yılın sonunda % 8.9 ± 1.6 (188), Pınar ve ark. (2003), tip 1 diyabetli adolesanlarda % 11.02 ± 3.65 (3.9-23.6 arasında) (310), Stewart ve ark. (2003), % 9.22 ± 2.04 (4.67-13.95 arasında) (360), Graue ve ark. (2004), tip 1 diyabetli adolesanlarda % 9.4 ± 1.6 (153), Faulkner tip 1 diyabetli adolesanlarda % 8.96 ± 1.92 (134), Hood ve ark. (2004), tip 1 diyabetli adolesanlarda % 8.4 ± 1.4 (189), Gül (2006), tip 1 diyabetli çocuk ve adolesanlarda % 9.217 (4.7 - 17.9 arasında) (156), Iannotti ve ark. (2006), tip 1 diyabetli adolesanlarda % 8.7 ± 1.6 (6.3-14.2 arasında) (193), Ekim (2007), 13-18 yaş arasındaki tip 1 diyabetli adolesanlarda % 9.0 ± 2.02 (4.80-13.00 arasında) (120), Ünsal (2007), tip 1 diyabetli çocuk ve adolesanlarda % 9.71 ± 2.16 (4.5 - 17.00 arasında) (403), Chien ve ark. (2007), tip 1 diyabetli adolesanlarda % 11.5 ± 3.8 (6.9-17.2 arasında) (78), Eeg-Olofsson ve ark. (2007), 10-19 yaş arası tip 1 diyabetli çocuk ve adolesanlarda % 8.02 ± 1.27 (118), Miller ve Drotar (2007), tip 1 diyabetli adolesanlarda % 8.63 ± 1.35 (260), Santibrabhop ve ark. (2007), 13-18 yaş arası tip 1 diyabetli adolesanlarda % 9.5 ± 2.4 (331) olarak saptanmıştır.

Günlük glisemik kontrolün takibinde sıklıkla kan glukozu ölçümü kullanılırken, uzun dönem glisemik kontrolün takibinde HbA_{1c} ölçümü kullanılmaktadır (226). Adolesan ve genç yetişkin dönemindeki bireylerde ADA tarafından, HbA_{1c} için hedef değerinin % 7.5'nin altında olması gerektiği önerilmiştir (352, 358). Ancak çalışmalar bu yaş grubunda ortalama HbA_{1c} değerinin genellikle % 8'in üzerinde olduğunu göstermiştir (352).

Elde edilen sonuçlar; tüm çalışmalarda olduğu gibi HbA_{1c} değerinin yüksek oranda olduğunu göstermektedir. Yukarıda gösterilen tüm çalışmalarda HbA_{1c} değeri ortalamasının % 8.02 ve 14.52 arasında değiştiği saptanmıştır. Adolesan dönemde; hızlanan büyüme ve artan vücut ağırlığına rağmen insülin dozlarının ayarlanamaması, ergenliğe bağlı hormonal değişimler, psikolojik ve sosyal sorunlar (yaşıtlarından farklı olma duygusu, uzun dönemli etkiler ve komplikasyonlar ile ilgili korkular, sistemli yaşam şekli, bağımlı olma ihtiyacı, hipoglisemi gibi sıkıntı

yaratabilecek durumlara uyum sağlama, arkadaş grubu baskısı, risk alma davranışları, depresyon/yeme bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklar, uygun ebeveyn denetiminin olmayışı, aile fonksiyonlarında bozulma gibi), insülin enjeksiyonlarının atlanması, uygunsuz yeme alışkanlıkları, hastalıklar (hipotiroidi, hipertiroidi, çölyak hastalığı gibi), diyabet ve diyabetin yönetimiyle ilgili bilgi yetersizliği gibi çok sayıda nedenlere bağlı olarak metabolik kontrolde bozulmalar gelişebilir (100, 199, 351). Çalışma sonuçları literatür bilgisine göre uyumlu bulunmuştur.

Adolesanların HbA_{1c} değerine göre anket puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 63).

Hentinen ve Kyngas (1992), HbA_{1c} değeri düşük olan diyabetli adolesanların HbA_{1c} değeri orta düzeyde ve yüksek olan diyabetli adolesanlara göre uyum düzeyinin yüksek olduğunu belirlemiştir (186).

Kyngas (2000b), adolesanlarda HbA_{1c} değerinin düşmesiyle uyum düzeyinin anlamlı bir şekilde arttığını belirlemiştir ($p<0.001$) (229).

Stewart ve ark.na göre (2003), tip 1 diyabetli adolesanlarda uyum ile HbA_{1c} değeri arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu ve uyumun düzeyi arttıkça HbA_{1c} değerinin düştüğü belirlenmiştir (360).

Naar-King ve ark.na göre (2006), kötü kontrollü tip 1 diyabetli adolesanlarda HbA_{1c} değeri ile uyum arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (266).

Adolesanların HbA_{1c} değerine göre anket puanlarının anlamlı farklılık göstermemesi; zaman yönetiminin HbA_{1c} değerini dolaylı olarak etkilemesi ve HbA_{1c} değerinin adolesan dönemde çok sayıda fiziksel ve psikososyal nedenlerden (hormonal değişimler sonucu insülin direnci ve ihtiyacının artması, bağımsızlığın engellenmesi, kendini akranlarından farklı hissetme, aile ve çevreden destek alma, stres gibi diyabetin getirdiği psikososyal sorunlar, diyabetle ilişkili ve ilişkili olmayan ilave hastalıklar gibi) etkilenmesi (100, 199, 351) ile ilişkili olabilir. Puan

ortalamalarının ise HbA_{1c} değeri % 7.2-8.4 olan adolesanlarda zaman yönetimi puanının en düşük olması genellikle HbA_{1c} değerinin adolesan dönemde sıklıkla bu değerler arasında olmasına bağlanabilir. HbA_{1c} değeri % 6.5-7.1 olan olgularda zaman yönetimi puanının yüksek olması ise metabolik kontrolü iyi olan adolesanların durumunun iyi olduğu düşüncesiyle daha esnek bir yaşam şekli sürdürmelerine ve zaman yönetiminin daha çok adolesanın bu konuda gelişimiyle ilgili bir konu olmasına bağlanabilir. Uyum puanlarının ise genel olarak HbA_{1c} değeri artan olgularda yüksek olması adolesanın metabolik kontrolün kötü olmasını fiziksel bütünlüğüne yönelik bir tehdit olarak algılaması sonucu diyabetinin yönetimine daha çok özen göstermesi ile ilişkili olabilir. Çalışma sonucu Naar-King ve ark.na göre (266) benzerdir, diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermemektedir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının en son HbA_{1c} değerini bilme durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

En son HbA_{1c} değerini adolesanların % 17.3 (n=12)'ü bilmemektedir (Tablo 33).

Harwell ve ark.na göre (2002), diyabetli bireylerin HbA_{1c} değerini bilme durumunun incelendiği çalışmada son bir yılda HbA_{1c} ölçümü yapıldıktan sonra diyabetli bireylerin % 24.0 (n=48)'ünün HbA_{1c} değerini hatırlamadığı, duymadığı/öğrenmediği veya bilmediği saptanmıştır. En son bakılan HbA_{1c} sonucunu diyabetli bireylerin kaydında % 7.0'nin altında yanıtını verenler % 36 (n=16), % 7.0-9.0 yanıtını verenler % 27 (n=12), % 8 ve üzeri yanıtını verenler % 38 (n=17) iken tıbbi kayıtlarla karşılaştırıldığında HbA_{1c} sonucu % 7.0'nin altında olanlar % 40.0 (n=66), % 7.0-9.0 arasında olanlar % 21.0 (n=35), % 8.0 ve üzeri olan diyabetliler ise % 38.0 (n=63) oranında bulunmuştur. Bu durum tıbbi kayıtlarla karşılaştırılması sonucu diyabetli bireylerin HbA_{1c} değerini hatırlayamadığını göstermektedir (170).

Literatürde HbA_{1c} ölçümünün günümüzde diyabetli bireylerde metabolik kontrolün göstergesi olarak en fazla kullanılan test olduğu ve diyabete bağlı komplikasyonların gelişme riskinin bir göstergesi olduğu ve metabolik kontrol düzeyinin değerlendirilmesinde diyabetli bireye/ sağlık ekibine yön çizdiği yer

almaktadır (170, 226). Ayrıca DCCT HbA_{1c} ölçümünü diyabet bakımının önemli bir bölümü olarak tanımlamıştır (170). Çalışma sonuçları Harwell ve ark.nın (170) çalışma sonuçlarına göre HbA_{1c} değerini bilmeme durumu düşük oranda bulunmuştur. Harwell ve ark.nın (170) çalışmasına göre bilmeme oranının düşük çıkması; çalışma kapsamına alınan bireylerin adolesan dönemde bulunmalarına, eğitimlerine devam etmelerine ve ölçümün yakın zamanda bakılmasına bağlanabilir. Ayrıca adolesanların genel olarak HbA_{1c} değerini bilmeme nedenlerinden en önemlilerinden birisini adolesanların HbA_{1c}'nin anlam ve önemini, glisemik kontrolle ilişkisini bilmemelerine de bağlanabilir. Bu nedenle sürekli yapılan eğitimlerde diyabetli adolesanların HbA_{1c} ölçümünün farkında olunmasının arttırılması, öneminin anlaşılması üzerine odaklanmalıdır (170).

Adolesanların en son HbA_{1c} değerini bilme durumuna göre anket puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 63).

Anket puanlarının en son HbA_{1c} değerini bilme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemesi; bulgular bölümünde yer aldığı gibi (Tablo 33) adolesanın HbA_{1c} değerinin hatırlayamaması/unutması, adolesan tarafından metabolik kontrolün sağlanmasının daha çok açlık ve tokluk kan glukozuna göre yapılması ile ilişkili olabilir. Puan ortalamalarının ise en son HbA_{1c} değerini yanlış bilen adolesanlarda zaman yönetimi puanlarının daha düşük, uyum puanlarının ise genel olarak daha yüksek olması ise; HbA_{1c} izleminin uzun dönemli metabolik kontrolün izleminde kullanılması sonucu adolesanın daha çok günlük kan glukozu izlemine önem vermesiyle, bu doğrultuda diyabetinin yönetimine yönelik girişimlerini uygulamasıyla, adolesan dönemde bilişsel gelişim süreci tam olarak tamamlanamadığından HbA_{1c} değerinin önemini tam olarak kavrayamamasıyla ve yaşanan hipoglisemiler sonucu beyin fonksiyonlarının etkilenmesiyle ilişkili olabilir.

7.1.2.2. Adolesanların anket puan ortalamalarının zaman yönetimi özellikleri ile karşılaştırılmasının tartışılması

Bu bölümde anket puanlarının zaman yönetimi özellikleriyle karşılaştırılmasının tartışılması sunulmaktadır.

Adolesanların anket puan ortalamalarının diyabet kontrolüne gelirken adolesanın diyabet hemşiresine soru listesi hazırlama durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Diyabet kontrolüne gelirken diyabet hemşiresine adolesanların % 36.2 (n=25)'sinin soru listesi hazırlamadıkları, % 29.1 (n=20)'inin bazen hazırladıkları belirlenmiştir.

Liste hazırlama, zaman yönetiminde planlamanın en önemli uygulamalarından birini oluşturmaktadır (37, 373, 391). Diyabetli çocuk ve adolesan sağlık kontrolüne gelirken zamanını iyi bir şekilde yönetebilmek için mutlaka sormayı düşündüğü veya bilmeyi istediği şeylerin listesini, gerekli kayıtlarını, gerekirse kullandığı malzemelerini yanında getirmelidir (www.diabetesmonitor.com, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007, www.greenhosp.org, Erişim tarihi: 5 Nisan 2007). Çalışma sonuçları adolesanların bu konuda oldukça yüksek oranda sağlık kontrolüne gelirken liste hazırlığı yapmadıklarını göstermektedir.

Adolesanların anket puanlarının diyabet kontrolüne gelirken diyabet hemşiresine soru listesi hazırlama durumuna göre karşılaştırılması Tablo 65'de görülmektedir.

Adolesanların DUADBA uyum puanının diyabet kontrolüne gelirken diyabet hemşiresine soru listesi hazırlama durumuna göre anlamlı farklılık göstermesi ve çoğu zaman yaparım yanıtını veren olguların puanlarının daha yüksek olması beklenen bir durumdur. Çünkü zaman yönetimi diyabete uyumun önemli bir göstergesidir (141) ve zaman yönetimi puanının da iyi olmasının nedenidir. Diyabet kontrolüne gelirken diyabet hemşiresine soru listesi hazırlama durumuna göre diğer anket puanlarının anlamlı farklılık göstermemesi ise; çoğu zaman ve her zaman yapan olguların az sayıda olmasına, zaman yönetimi konusunda adolesanın gelişmemiş olmasına, liste yapmanın önemine inanmamasına, zaman yönetiminde gelişmenin diyabet yönetimini de etkileyeceğini bilmemesine, diyabet ekibi üyelerinin de zaman yönetimi konusunda eksiklikler yaşayabilmesine ve bu konuda yaşanan eksiklik nedeniyle adolesanı da yönlendirememesine bağlanabilir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının diyabet kontrolüne gelindiğinde hekimin yeterli zaman ayırma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların anket puan ortalamalarının diyabet kontrolüne gelindiğinde hekimin yeterli zaman ayırma durumu ile karşılaştırılması Tablo 65’de görülmektedir.

Adolesanların DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanının diyabet kontrolüne gelindiğinde hekimin yeterli zaman ayırma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermesi ve her zaman ayırdığını düşünüyorum yanıtını veren olgulara göre çoğu kez zaman ayırdığını düşünüyorum yanıtını veren olguların DUADBA diyabet uyumu göstergesi puanının daha yüksek bulunması; kontrol gününde poliklinik koşulları nedeniyle tam olarak adolesanlara zaman ayrılmasa bile önemli durumlarla ilgili izlemler yapıldığı ve adolesanlara gerekli bilgi/ yönlendirmeler yapıldığı için beklenen bir durumdur, ayrıca adolesan diyabetin yönetiminde sorumluluğu alan bir birey olarak tam olarak zaman ayrılmaması durumunda da diyabetle gerekli bilgi/ beceri donanımı sağlandığı için uyum göstergesi puanı yükselecektir. Adolesanların DZYA toplam puanının ise her zaman ayırdığını düşünüyorum yanıtını veren olgularda en düşük puanı alması ise beklenen bir durumdur. Adolesanların diyabet kontrolüne gelindiğinde hekimin yeterli zaman ayırma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemesi ise; hekimin her zaman ayırdığını düşünen adolesanların tüm adolesanların hemen hemen yarısını oluşturmasına (Tablo 34), diyabet tedavisinin çok boyutlu olması nedeniyle tek kontrol sırasında bilgi/ beceri donanımın istendik düzeyde sağlanamamasına, kontrol gününün hafta içi olması nedeniyle diyabetli adolesanların çok uzun süreli olarak poliklinikte kalmak istememesine, hekimle kurulan iletişimin düzeyine, adolesan gözüyle hekimin algılanma durumuna, metabolik kontrolün derecesine, hekimin de zaman yönetimi ile ilgili sorunlar yaşayabilmesine, hekim sayısının sınırlı olmasına, düzenli izlemi yapan hekimlerin bir süre sonra değişebilmesine ve kontrol gününün tek gün ile sınırlı olmasına bağlanabilir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının diyabet kontrolüne gelindiğinde diyabet hemşiresinin yeterli zaman ayırma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Diyabet kontrolüne gelindiğinde diyabet hemşiresinin yeterli zaman ayırma durumu ile adolesanların anket puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 65’de görülmektedir.

Her zaman diyabet hemşiresinin zaman ayırdığını düşünüyorum yanıtını veren olgularda zaman yönetimi puanlarının düşük, uyum puanlarının yüksek çıkması; gerekli bilgi/ beceri donanımının sağlanması, gereksinim duyulan adolesanların tedavisinin yeniden düzenlenmesi ve adolesanların yönlendirilmesi sonucu diyabetin başarılı bir şekilde yönetimi sağlandığından beklenen bir sonuçtur. Adolesanların diğer anket puanlarının diyabet kontrolüne gelindiğinde diyabet hemşiresinin yeterli zaman ayırma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemesi ise; hekimin her zaman ayırdığını düşünen adolesanların tüm adolesanların hemen hemen yarısını oluşturmasına (Tablo 34), diyabet tedavisinin çok boyutlu olması nedeniyle tek kontrol sırasında bilgi/ beceri donanımının istendik düzeyde sağlanamamasına, kontrol gününün hafta içi olması nedeniyle diyabetli adolesanların çok uzun süreli olarak poliklinikte kalmak istememesine, hemşireyle kurulan iletişimin düzeyine, adolesan gözüyle hemşirenin algılanma durumuna, metabolik kontrolün derecesine, hemşirenin de zaman yönetimi ile ilgili sorunlar yaşayabilmesine bağlanabilir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının diyabet kontrolüne gelindiğinde diyetisyenin yeterli zaman ayırma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların anket puan ortalamalarının diyabet kontrolüne gelindiğinde diyetisyenin yeterli zaman ayırma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması Tablo 65’de sunulmuştur.

Her zaman ayırdığını düşünüyorum yanıtını veren olguların çoğu kez zaman ayırdığını düşünüyorum yanıtını veren olgulara göre DZYA toplam puanının daha düşük olması beklenen bir sonuçtur. Bazen zaman ayırdığını düşünüyorum yanıtını veren olgularda ise DUADBA toplam ve diyabet uyumu göstergesi puanının en yüksek değeri alması ise beslenme yönetimi konusunda adolesanın çok az bir

desteğın bile uyumu olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir. Adolesanların diğerk anket puanları ile diyabet kontrolüne gelindiğinde diyetisyenin yeterli zaman ayırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemesinin hekim ve hemşirenin yeterli zaman ayırma durumuna göre zaman yönetimi ve uyum puanlarının anlamlı çıkmama nedenleri ile benzer olduğu düşünülmektedir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının diyabet kontrolüne gelindiğinde psikoloğun yeterli zaman ayırma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Diyabet kontrolüne gelindiğinde psikoloğun yeterli zaman ayırma durumu ile adolesanların anket puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 65’de görölmektedir.

Çoğu kez zaman ayırdığını düşünüyorum yanıtını veren olgulara göre her zaman ayırdığını düşünüyorum yanıtını veren olguların DZYA toplam puanları daha düşük, DUADBA uyum puanının yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Adolesanların diğerk anket puanlarının diyabet kontrolüne gelindiğinde psikoloğun yeterli zaman ayırma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemesinin hekim ve hemşirenin yeterli zaman ayırma durumuna göre anket puanlarının anlamlı çıkmama nedenleri ile benzer olduğu düşünülmektedir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının diyabet kontrolüne gelindiğinde zaman yönetimiyle ilgili bilgi alma durumu ile karşılaştırılması

Diyabet kontrolüne geldiklerinde adolesanların % 66.7 (n=46)’sinin zaman yönetimi ile ilgili bilgi almamıştır (Tablo 34).

Akatay (2003), yöneticilerin % 50.8 (n=33)’i etkili zaman yönetimi ile ilgili çeşitli kitaplar okuduğunu, % 21.5 (n=14)’i bu konuda hizmet içi ve hizmet dışı etkinliklere katıldığını, % 6.2 (n=4)’si etkili zaman yönetimi ile ilgili çeşitli kitaplar okumakla birlikte hizmet içi ve hizmet dışı etkinliklere de katıldığını ifade etmiştir (6).

Bahçecik ve ark.na göre (2004) yönetici hemşirelerin % 43.8’inin zaman yönetimi ile ilgili eğitim aldığı saptanmıştır (45).

Silahtaroğlu (2004), akademisyenlerin % 58.0 (n=141)'inin zaman yönetimi hakkında bilgisinin olduğunu saptamıştır (350).

Erdem ve ark.na göre (2005), üniversite öğrencilerinin % 63.7'sinin zamanı değerlendirme ile ilgili yayın okuduğu, % 34.1'inin ise okumadığı saptanmıştır (124).

Kısa (2005), yöneticilerin % 20.9 (n=14)'unun zaman yönetimi ile ilgili kurslara/ workshoplara katıldığını saptamıştır (218).

Hellsten (2005), egzersizde zaman yönetimi ölçeğinin geliştirilmesinin birinci geçerlilik aşamasında üniversite öğrencilerinin % 28.7'sinin resmi bir zaman yönetimi eğitimini tamamladığını, öğrencilerin % 37.7'sinin üniversite workshoplarından eğitim aldığını, % 29.5'inin işverenlere verilen zaman yönetimi derslerine devam ettiğini, % 21.9'unun ise diğer resmi zaman yönetimi eğitimi workshoplarından eğitim aldığını saptamıştır. Öğrencilerin % 19.5'inin ise resmi olmayan zaman yönetimi eğitimi aldığını, bu öğrencilerin ise % 56.7'sinin kitap okuma, % 45.5'inin televizyon programları, % 29.2'sinin video izleme, % 17.2'sinin ise diğer yöntemlerle eğitim aldığını belirlemiştir. İkinci geçerlilik aşamasında ise iki grup öğrencinin % 27.6'sının ve % 28.2'sinin resmi bir zaman yönetimi eğitimini aldığını, resmi zaman yönetimi eğitimi alan öğrencilerin % 33.3'ünün ve % 33.8'inin işverenlere sunulan zaman yönetimi workshop eğitimi aldığını, % 23.3'ünün ve % 25.4'ünün diğer resmi zaman yönetimi eğitimi workshoplarına katıldığını saptamıştır. Öğrencilerin % 26.5'inin ve % 19.1'inin resmi olmayan zaman yönetimi eğitimi aldığını; öğrencilerin % 57.9'unun ve % 63.4'ünün kitaplardan, % 50.8'inin ve % 53.7'sinin televizyon programlarından, % 26.3'ünün ve % 39'unun videodan, % 10.5'inin ve % 9.8'inin ise diğer yöntemlerle zaman yönetimi eğitimi aldığını saptamıştır (183).

Sayan (2005), yönetici hemşirelerin % 17.0 (n=17)'sinin zaman yönetimi ile ilgili eğitim programına katıldığını; zaman yönetimi ile ilgili makale, kitap, dergi okuyanların oranını ise % 49.0 (n=49) olarak belirlemiştir (336).

Zaman yönetimine yönelik araştırmalar zaman yönetimi ile ilgili eğitim görme, kitap okuma gibi çalışmaların zamanı iyi yönetme ve iş verimliliğini arttırmada etkili olduğunu göstermektedir (220). Elde edilen sonuçlar ve yapılmış tüm çalışmalar zaman yönetimi konusunda alınan eğitimin veya bilgi sahibi olmanın çok düşük oranlarda olduğunu göstermektedir. Zaman yönetimi konusunda tüm bireylerin eğitime ihtiyacı bulunmaktadır.

Diyabet kontrolüne gelindiğinde zaman yönetimiyle ilgili bilgi alma durumu ile adolesanların anket puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$) (Tablo 66).

Orpen (1994), çalışanların tutum ve davranışları üzerinde zaman yönetimi eğitiminin etkilerini incelediği çalışmada zaman yönetimi eğitimine katılan çalışanlarda kendi değerlendirmeleri sonucu zaman yönetiminin etkinliğinin anlamlı düzeyde yüksek olduğunu ($p<0.01$), zaman yönetimi etkinliğinin davranışsal ölçümünün de anlamlı düzeyde yüksek olduğunu belirlemiştir ($p<0.01$) (274).

Macan (1996), zaman yönetimi eğitiminin çalışanların/işçilerin zaman davranışları, tutumları ve iş performansı üzerine etkilerini incelediği çalışmasında zaman yönetimi eğitiminin etkili olmadığını saptamıştır ($p>0.05$) (247).

Eerde (2003) çalışan bireylerde zaman yönetimi eğitiminin erteleme davranışı üzerindeki etkilerini incelediği çalışmasında zaman yönetimi eğitimi alan çalışanlarda/işçilerde kaçınma ($p<0.001$) ve üzülmeye davranışlarının azaldığını ($p<0.05$) ve zamanı yönetme becerisinin arttığını tespit etmiştir ($p<0.001$) (119).

Bahçecik ve ark.na göre (2004), yönetici hemşirelerin zaman yönetimi ile ilgili kursa katılmaları/eğitim almaları durumunda zaman yönetiminin olumlu yönde etkilendiği saptanmıştır ($p<0.05$) (45).

Sayan (2004), zaman yönetimi ile ilgili seminer ve kursa katılan yönetici hemşirelerin zaman yönetimi puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu saptamıştır ($p<0.05$) (336).

Erdem ve ark.na göre (2005), zamanı değerlendirme ile ilgili yayın okuyan ve okumayanlar arasında üniversite öğrencilerinin zaman yönetimi puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$) (124).

Uğur ve Kutlu (2007), Milli Prodüktivite Merkezi tarafından ilköğretim 4, 5 ve 6. sınıflarda araştırma projesi kapsamında yapılan zaman yönetimi programının 4. ve 5. sınıf öğrencilerinde 7 haftalık eğitimin ardından zaman yönetimi programını değerlendirme amacıyla uyguladıkları formun puanlarında artış olurken, 6. sınıf öğrencilerinde bir artma olmadığını saptamışlardır. Ayrıca zaman yönetimi programının öğrenciler tarafından öz değerlendirilmesi sonucu toplam 96 öğrenciden 92'si projeye katılmaktan mutluluk duyduğunu, 72'si zamanı yönetmenin okuldaki başarısını arttırdığını gördüğünü, 80'i proje boyunca ilgili ve istekli olduğunu, 84'ü projede ele alınan konuları dikkatle dinlediğini, 82'si zaman yönetimi konusunda yeni ve önemli bilgiler edindiğini, 85'i zamanın etkili ve planlı kullanılmasının önemini fark ettiğini, 76'sı projede günlük hedef belirleme alışkanlığı kazandığını, 73'ü projede etkinliklerin tümüne aktif olarak katıldığını, 76'sı proje bitiminde sorumluluk alabileceğini gördüğünü, 80'i zaman yönetimi programının yaşamını değiştirdiğini fark ettiğini çoğu zaman yanıtı ile değerlendirmiştir (391, 392).

Zaman yönetimi eğitimi yoluyla bireyler zamanını daha iyi yönetebilmekle birlikte (119, 274, 391, 392), bilgilerin yanısıra zaman yönetimi, çocuğun/bireyin çaba göstermesini de gerektiren bir beceridir (30). Adolesanların diyabet kontrolüne gelindiğinde diyabet kontrolüne gelindiğinde zaman yönetimiyle ilgili bilgi alma durumuna anlamlı farklılık göstermemesi; zaman yönetimi ile ilgili bilgi almayan adolesanların çok olmasına (Tablo 34), zaman yönetiminin bilgi donanımı olsa bile öncelikle kendisinin istemesi ve çaba göstermesi ile uygulayabileceği bir beceri olmasına, çocukluk döneminin ilk yıllarından itibaren bu becerinin kazandırılmamış olmasına, toplum olarak bu konuya gösterilen ilginin azlığına, adolesanların konuda daha öncesinde resmi bir eğitim almamış olmalarına, bilgi aldım yanıtını veren adolesanların aldığı bilginin alınma şekline (resmi eğitim alma, kitaplardan okuma, okul eğitimi gibi), gerek adolesanın ve gerekse diyabet ekibindeki üyelerin sürekli olarak diyabet yönetiminde her şeyin zamanla ilgili olduğunu bilmelerine ve uygulamalarına rağmen kavramsal boyutta zaman yönetimini bilmemelerine ve

adolesan döneminin özelliği ile ilişkili olarak adolesanın günlük yaşamında diğer çocukluk dönemlerine göre daha bağımsız olmayı istemesine bağlanabilir. Adolesanların zaman yönetimi ile ilgili bilgi alan olguların DZYA puanının düşük olması beklenen bir sonuçtur. Bunun yanı sıra DUADBA toplam ve uyum göstergesi puanının zaman yönetimi ile ilgili bilgi almayan olgularda daha yüksek olması ise diyabetin yönetiminde sürekli olarak her şeyin zamana bağlı olarak yapılması ile ilişkilendirilebilir. Çalışma sonucu Macan'ın (247) ve Erdem ve ark.nın (124) çalışmasıyla benzemekte, Uğur ve Kutlu'nun (391, 392) çalışmasıyla kısmen benzemekte, diğer çalışmalarla ise benzememektedir. Literatür bilgisine ise uygunluk göstermektedir.

Adolesanların anket puan ortalamalarının diyabet kontrolüne gelindiğinde zaman yönetimiyle ilgili bilgi almayı isteme durumu ile karşılaştırılması

Adolesanların % 66.7 (n=46)'sinin ise zaman yönetimi ile ilgili bilgi almayı istemektedir (Tablo 34).

Adolesanların diyabet kontrolüne geldikleri zaman çok az bir bölümünün zaman yönetimi ile ilgili bilgi aldıkları (% 29) saptanmasına rağmen, sadece % 66.7 (n=46)'sinin bu konuda bilgi almayı istemeleri düşündürücü bir durumdur. Gerek diyabetin yönetiminde gerekse günlük yaşamda zaman yönetimi yaşamın en önemli temellerinden birisini oluşturmaktadır. Bu durum adolesanların öncelikle kavramsal boyutta zaman yönetimi konusunun farkında olmamalarına bağlı olarak zaten bu konuda yeterli olduklarını düşünmelerine, adolesan döneminin özelliklerine, ailesel ve toplumsal olarak ülkemizde bu konuya ailede/toplumda gerekli önemin verilmemesine bağlanabilir.

Diyabet kontrolüne gelindiğinde zaman yönetimiyle ilgili bilgi almayı isteme durumu ile adolesanların anket puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$) (Tablo 66).

Zamanın doğru bir şekilde kullanılabilmesi; zaman yönetimi konusundaki bilgilere hakim olmaya (30), bilinçli, istekli olmaya, onun önemine inanmaya bağlıdır (375, 391, 392). Adolesanların diyabet kontrolüne gelindiğinde zaman

yönetimiyle ilgili bilgi almayı isteme durumuna göre anket puanlarının anlamlı farklılık göstermemesi; adolesanların zaman yönetiminin yaşamdaki önemine ve gerekliliğine inanmamasına, istekli olmamasına, adolesan dönemde bilişsel gelişimin tam olarak tamamlanmamasına, diyabetin yönetiminde zaman yönetiminin önemini bilmemesine ve diyabet ekibinin de bu konudaki bilgi eksikliğine ve adolesanı yönlendirmemesine bağlanabilir. Bilgi almayı isteyen olgularda ise zaman yönetimi puanının düşük, uyum puanlarının yüksek çıkması ise beklenen bir sonuçtur.

Adolesanların anket puan ortalamalarının diyabet yönetiminde telefonla yardım alma durumu ile karşılaştırılmasının tartışılması

Adolesanların % 31.9 (n=22)'u sağlık ekibi üyelerinden telefonla yardım almaktadır (Tablo 35).

Lawson, Cohen, Richardson, Orrbine ve Pham'a göre (2003), diyabet kontrolü zayıf olan adolesanlarda 6 aylık sürede haftalık yapılan diyabet hemşiresinin düzenli telefon iletişiminin etkisini incelendiği çalışmada adolesanın yaşam olayları ve diyabet eğitimi üzerine temellenen hemşire görüşmeleri (özellikle kan glukozu sonuçları ve insülin dozu ayarlamalarıyla ilişkili) sonucunda kontrol grubu adolesanlara göre telefon görüşmeleri yapılan adolesanlarda 6. ayın sonunda HbA_{1c} değerinde anlamlı bir düşüş görülmemekle birlikte takibeden 6. ayın sonunda (12. ayda) HbA_{1c} değerinde anlamlı düşüşün kaydedildiği belirlenmiştir (p<0.05) (241).

Howells ve ark.na göre (2002), telefonda diyabet yönetiminde engelleyici durumlar karşısında öneri sunulan kontrol grubu adolesanlara göre ortalama 1 yıllık sürede 16 telefon görüşmesi yapılan tip 1 diyabetli adolesanlarda kendi kendine etkinlik düzeyinde anlamlı artış olduğu (p<0.001), HbA_{1c} değerinde ise anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır (p>0.05) (191).

Panogiotopoulos, Preston, Stewart, Metzger ve Chanoine'ye göre (2003), 6 aylık sürede tip 1 diyabetli adolesanlarda diyabet eğitimcisi tarafından haftalık telefon görüşmelerinin etkisinin incelendiği çalışmada 6. ayın sonunda HbA_{1c} değerinde acil durumlarda gerekli olursa telefon görüşmesi yapılan kontrol grubunda % 0.4±0.9 oranında anlamlı azalma (p<0.05), haftada 1-2 kez 15-20

dakikalık düzenli telefon görüşmeleri yapılan grupta % 0.9 ± 1.6 oranında HbA_{1c} değeriinde anlamlı azalma olduğu saptanmıştır (293).

Nunn, King, Smart ve Anderson’a (2006) göre metabolik kontrolü zayıf tip 1 diyabetli adolesanlarda telefon görüşmelerinin etkisinin incelendiği çalışmada 7 aylık sürede 2 ay aralıklarla 15-30 dakikalık yapılan telefon görüşmeleri sonucu adolesanlar tarafından telefon görüşmelerinin yararlı bulunduğu saptanmıştır ($p < 0.01$) (267).

Düzenli telefon görüşmeleri; diyabetli çocuk, adolesan ve bireylerin kliniğe daha az sıklıkla gelmelerine ve metabolik kontrolün gelişimine yardım edebilir. Diyabet hemşiresi tarafından kurulan düzenli telefon iletişimi başarılı bir diyabet yönetimi için uygun görünmektedir (241). Çalışma sonuçları literatür bilgisiyle uyum göstermektedir. Elde edilen çalışma sonuçları tüm çalışmaların sonuçlarına göre adolesanların telefon görüşmeleri yoluyla diyabet yönetiminde yardım aldığını göstermektedir ve diğer çalışma sonuçları telefon görüşmelerinin yararlı etkileri olduğunu göstermektedir.

Adolesanların anket puanları ile diyabetin yönetiminde telefonla yardım alma durumunun karşılaştırılması Tablo 67’de görölmektedir.

Literatürde düzenli telefon görüşmelerinin diyabetli çocuk, adolesan ve bireylerin kliniği daha az sıklıkla gelmelerine ve metabolik kontrolün gelişimine yardım edebildiği (241) yer almaktadır. Bu durumda ise DUADBA uyum puanının olumlu etkilenmesi beklenen bir sonuçtur. Adolesanların DZYA puanının ise yardım almayan olgularda düşük çıkması, adolesanların telefona gerek kalmadan kendi kendine diyabetini yönetebildiklerini ve uygun şekilde sorunları çözebildiklerini düşündürmektedir. Adolesanların diğer anket puanlarının diyabet yönetiminde telefonla yardım alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemesi; daha çok yüz yüze görüşme yöntemini tercih etmelerine, düzenli kontrollere gelmelerine ve telefonla görüşmeyi gerektirecek derecede yardıma ihtiyacı olmamasına, zaman yönetiminde telefonun etkili bir araç olduğunu bilmemelerine bağlanabilir.

7.2. Tip 1 Diyabetli Adolesanlarda Zaman Yönetiminin Günlük Kayıt Formu ile Değerlendirilmesi ile İlgili Özelliklerin Tartışılması

Bu bölümde tip 1 diyabetli adolesanlarda zaman yönetiminin günlük kayıt formu ile değerlendirilmesi ile ilgili özelliklerin tartışılması; genel zaman yönetiminin ve diyabetle ilgili zaman yönetiminin değerlendirilmesi şeklindedir (Tablo 68, 69, 70, 71, 72).

7.2.1. Genel zaman yönetiminin değerlendirilmesinin tartışılması

Adolesanlarda genel zaman yönetiminin değerlendirilmesi ile ilgili özellikler Tablo 68’de verilmektedir.

Elde edilen sonuçlarda adolesanların üç günlük sürede çok az bir bölümünün sağlık sorunları yaşaması; metabolik kontrolün olumsuz etkilememesi ve günlük kayıt formlarının sağlıklı bir şekilde değerlendirilmesi yönünden önemlidir.

Elde edilen sonuçlarda kilo ölçümünü adolesanların yarısından fazlasının, kan basıncı ölçümünün ise hemen hemen hiç yapılmadığını göstermektedir. İdeal kilonun yakalanması diyabetin daha iyi kontrol altında tutulmasını sağlar ve komplikasyonların gelişimini önler (94). Bu nedenle kilo ölçümü diyabetli bireylerde önemlidir. Evde kan basıncının/tansiyonun izlemi ise; diyabetli bireylerin kardiyovasküler hastalıklar yönünden büyük risk altında olması, diyabetli bireylerin yönetimlerine yardımcı olması, antihipertansif tedaviye yanıtın değerlendirilmesi, tedaviye veya tedaviyle ilişkili olmayan girişimlere uyumun geliştirilmesi, muhtemelen maliyeti azaltma gibi yararının olması nedeniyle önerilmektedir (414).

Çalışma sonuçları azımsanmayacak düzeyde adolesanların duygusal sorun yaşadığını ve bu durumun metabolik kontrol üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Elde edilen sonuçlar; adolesanların hafta içinde düzenli, yeterli bir şekilde fakat geç saatte uyuduklarını göstermektedir.

Robinson ve Bianchi (1997)'nin belirttiğine göre, Amerikalıların Zaman Kullanımı Projesi (Americans' Use of Time Project, 1993-1995) 12-17 yaş arasındaki erkek adolesanların bir haftada 65.8 saat, 18-24 yaş arasındaki erkek adolesanların bir haftada 62.4 saat uyuduğunu; 12-17 yaş arasındaki kız adolesanların bir haftada 66.8 saat, 18-24 yaşındaki adolesanların bir haftada 64.4 saat uyuduğunu saptamıştır (319).

Lahmers ve Zulauf (2000), üniversite öğrencilerinin her hafta 38.00-67.00 saat arasında değişmekle birlikte 55.42 ± 6.44 saat uyuduğunu saptamıştır (235).

Vaizoğlu ve ark.na göre (2004), lise birinci sınıf öğrencilerinin hafta içi ortalama 8.900 ± 1.499 saat (4.50-13.00 saat arası), hafta sonu 9.64 ± 1.890 saat (5.00-15.00 saat arası) uyuduğu belirlenmiştir (406).

Çalışma sonuçları; ortalama günlük uyku süresi yönünden Robinson ve Bianchi'ye göre (319) düşük, Lahmers ve Zulauf'a göre (235) yüksek, Vaizoğlu ve ark.na göre (406) düşük bulunmuştur. Çalışma sonuçları adolesanlarının uyku yönünden tutarlı bir rutini izlediklerini göstermeleri yönünden olumlu bir durumu yansıtmaktadır. Adolesanların geç saatte uyumaları ise zaman yönetimi yönünden olumsuz bir durumdur ve muhtemelen adolesanların eğitimle ilişkili faaliyetlerinin yoğunluğuna bağlanabilir.

Çalışma sonuçları, okula gidiş ve dönüş saatleri yönünden adolesanların tutarlı bir rutini izlediğini göstermesi ve zaman yönetimini iyi yönde etkilemesi yönünden olumlu bir durumu yansıtmaktadır.

Adolesanların gerektiği kadar bilgisayar başında zaman geçirdiği belirlenmiştir.

Aksoy (2004), lise öğrencilerinin bilgisayar yaşantıları ve ebeveyninin bu yaşantılara yönelik düşüncelerini incelediği çalışmasında öğrencilerin % 44.3 (n=252)'ünün evinde bilgisayar bulunduğunu, öğrencilerin % 27.8 (n=95)'inin 1-3 yıldır, % 41.2 (n=141)'sinin 4-6 yıldır, % 31.0 (n=106)'inin ise 6 yıldan uzun süredir bilgisayara sahip olduğunu, öğrencilerin % 35.0 (n=121)'inin her gün 1-saat, %

11.3 (n=39)'ünün her gün 3 saatten fazla, % 24.9 (n=86)'unun iki günde bir, % 28.9 (n=100)'unun haftada 1-2 kez bilgisayarı kullandığını saptamıştır. Ayrıca öğrencilerin ebeveyninin bilgisayar başında çocuğum boşa vakit harcamaktadır önermesine verdikleri yanıtta ebeveynin % 43.5 (n=104)'inin hiç katılmadığını, % 34.3 (n=82)'ünün az katıldığını, % 14.2 (n=34)'sinin çok katıldığını, % 7.9 (n=19)'unun tamamen katıldığını; bilgisayar çocuğunun günlük yaşantısındaki sorumluluklarını unutturuyor önermesine ebeveynin % 48.1 (n=115)'inin hiç katılmadığını, % 24.3 (n=58)'ünün az katıldığını, % 15.5 (n=37)'inin çok katıldığını, % 12.1 (n=29)'inin tamamen katıldığını belirlemiştir (12).

Arıkan, Metintaş ve Kalyoncu'ya göre (2008), lise bir ve ikinci sınıf öğrencilerinde bilgisayar kullanma sürelerinin erkeklerde (n=47) hafta içi 52.66 ± 24.78 dakika, hafta sonu 133.00 ± 94.01 dakika, kızlarda (n=53) hafta içi 43.17 ± 14.31 dakika, hafta sonu 73.50 ± 41.50 dakika olduğu saptanmıştır (28).

Ölçülü kullanılmayan bilgisayar ve internet zamanla çocukta bağımlılık yapacağı için uzmanlara göre haftada 10 saatten fazla bilgisayar kullanmanın zararlı olduğu belirtilmiştir (115). Elde edilen sonuçlar evde bilgisayarın bulunması yönünden Aksoy'a göre (12) yüksek bulunmuştur. Bilgisayar başında geçen zaman yönünden çalışma sonuçları Aksoy'a göre (12) benzerlik göstermemektedir, Arıkan ve ark.na göre (28) hafta içi zaman harcama yönünden yüksek, hafta içi ve hafta sonu toplam zaman yönünden düşük bulunmuştur. Literatür bilgisi yönünden değerlendirildiğinde bilgisayarın günlük kullanılması gereken süre ortalama olarak 1.4 saate denk gelmektedir. Bu anlamda elde edilen sonuçlar literatür bilgisiyle uyum göstermektedir.

Adolesanların uygun bir sürede televizyon izlediği belirlenmiştir.

Robinson ve Bianchi (1997)'nin belirttiğine göre, Amerikalıların Zaman Kullanımı Projesi (Americans' Use of Time Project, 1993-1995) 12-17 yaş arasındaki erkek adolesanların bir haftada 19.6 saat, 18-24 yaş arasındaki erkek adolesanların bir haftada 20.4 saat televizyon izlediğini, 12-17 yaş arasındaki kız

adolesanların bir haftada 18.0 saat, 18-24 yaş arasındaki kız adolesanların bir haftada 19.6 saat televizyon izlediğini saptamıştır (319).

Aral ve Aktaş (1997), ilkokul 4 ve 5. sınıfa devam eden çocukların televizyon ve diğer etkinliklere harcadıkları süreyi inceledikleri çalışmada televizyon izlemeye hafta içi kızların (n=60) 94.55 ± 1.24 dakika, hafta sonu 122.78 ± 1.35 dakika, erkeklerin hafta içi 110.33 ± 1.77 dakika, hafta sonu 151.26 ± 2.46 dakika ayırdığını belirlemiştir (25).

Shann (2001), öğrencilerin % 10.1'inin hiç televizyon izlemediğini, % 19.5'inin 1 saat, % 21.9'unun 2 saat, % 18'inin 3 saat, % 30.4'ü 4 saat ve üzeri televizyon/video izlediğini saptamıştır (347).

Kabadayı (2006), farklı sosyoekonomik düzeylerden gelen ilköğretimde okuyan çocukların izlediği televizyon programlarının tipini değerlendirdiği çalışmasında; sosyoekonomik düzeyi üst derece olan çocukların (n=164) bir haftada ortalama 14.2683 ± 7.83738 saat, orta derece olan çocukların (n=160) bir haftada ortalama 22.0000 ± 9.23481 saat, sosyoekonomik düzeyi alt derecede olan çocukların (n=168) bir haftada ortalama 25.2083 ± 3.47380 saat televizyon izlediğini belirlemiştir (204).

Erjem ve Çağlayandereli (2006)'nin yerli dizilerin gençlerin model alma davranışı üzerindeki etkisini incelediği çalışmasında gençlerin (n=1020) % 5.0'inin çok sık, % 15'inin sık, % 53'ünün orta, % 27'sinin ise az düzeyde televizyon izlediğini ve gençlerin % 20'sinin televizyon bağımlısı olduğunu saptamıştır (126).

Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü (ASAGEM) ve Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) Aile Yapısı Araştırması verisine göre (2006), Türkiye'deki bireylerin % 3.4'ü hiç televizyon izlemediği, % 59.6'sının günde 1-3 saat, % 30.2'sinin günde 4-6 saat, % 4.4'ünün günde 7-9 saat, % 2.5'inin günde 10 saat veya daha uzun süre televizyon izlediği; % 69.2'sinin televizyonu genellikle ailece izlediği saptanmıştır (www.aile.gov.tr, Erişim tarihi: 5 Nisan 2008).

Arslan, Ünal, Güler ve Kardaş'a göre (2006), 6-12 yaş arası okul çağı çocuklarında televizyon izleme alışkanlıklarının incelendiği çalışmada çocukların % 32 (n=32)'sinin 1 saatten az, % 25 (n=25)'inin 1-3 saat, % 43 (n=43)'ünün günde 3 saatten fazla televizyon izlediği ve günlük televizyon izleme süresinin 3.49 ± 2.1 saat olduğu belirlenmiştir (34).

Margeirsdottir, Larsen, Brunborg, Sandvik ve Dahl-Jorgensen'a göre (2007), tip 1 diyabetli çocuk ve adolesanlarda her gün televizyon izleme süresinin ortalama 1.9 saat (0-8 saat arasında, 114 dk/gün) olduğu; televizyonu 1 saatten az izleyen çocuk ve adolesanların % 11.5 (n=62), 1-2 saat izleyen çocuk ve adolesanların % 35.1 (n=189), 2-3 saat izleyen çocuk ve adolesanların % 30.9 (n=166), 3-4 saat izleyen çocuk ve adolesanların % 13.9 (n=75), 4 saat ve üzeri izleyen çocuk ve adolesanların % 8.6 (n=46) oranında olduğu saptanmıştır (253).

Uğur ve Kutlu (2007), televizyon izleme yönünden 4. sınıf öğrencilerinin % 3.0'ünün hiç televizyon izlemediğini, % 57.6'sının az, % 30.3'ünün orta, % 9.1'inin çok televizyon izlediği, 5. sınıf öğrencilerinin % 11.4'ünün hiç televizyon izlemediğini, % 45.7'sinin az, % 31.4'ünün orta, % 11.4'ünün çok televizyon izlediğini, 6. sınıf öğrencilerinin % 15.6'sının hiç televizyon izlemediğini, % 50'sinin az, % 31.3'ünün orta, % 3.1'nin çok televizyon izlediği saptamıştır (391).

Arıkan ve ark.na göre (2008), lise bir ve ikinci sınıf öğrencilerinde televizyon izleme sürelerinin erkeklerde (n=47) hafta içi 97.09 ± 54.95 dakika, hafta sonu 128.21 ± 45.68 dakika, kızlarda (n=53) hafta içi 79.20 ± 31.27 dakika, hafta sonu 113.47 ± 57.27 dakika olduğu saptanmıştır (28).

Televizyon bağımlılığı gençlerin öğrenciliğine yönelik çalışmalarını aksattığı veya aksatacağı bilinen bir gerçektir (126). Amerikan Pediatri Akademisi (The American Academy of Pediatrics) günlük olarak çocuklarda televizyon izleme süresini 2 saatten fazla olmamasını önermektedir (253). Elde edilen sonuçlar, Robinson ve Bianchi'ye göre (319) düşük, hafta içinde televizyon izleme yönünden Aral ve Aktaş'a göre (25) yüksek, Kabadayı'ya göre (204) düşük, Margeirsdottir ve ark.na göre düşük (253), diğer çalışmalara göre ise benzememektedir.

Çalışma sonuçları adolesanların üç günlük sürede yarısına yakının veya yarısının ders çalışmadığını, ders çalışanların ise yaklaşık 2.5 saat civarında ders çalıştığını göstermiştir.

Aral ve Aktaş (1997), ilkokul 4 ve 5. sınıfa devam eden çocuklarda ders çalışmaya kızların hafta içi 91.48 ± 1.01 , hafta sonu 97.03 ± 1.46 dakika, erkeklerin hafta içi 94.58 ± 1.56 , hafta sonu 73.86 ± 1.43 dakika ayırdığını belirlemiştir (25).

Lahmers ve Zulauf 'a göre (2000), üniversite öğrencilerinin her hafta ders çalışma için harcadıkları sürenin 1.00-42.00 saat arasında değişmekle birlikte ortalama olarak her hafta 20.33 ± 8.74 saat olduğu saptanmıştır (235).

Yaylalı ve ark.na göre (2006), Türkiye'deki üniversitelerde örgün öğrenim gören öğrencilerin sosyo-ekonomik yapısını belirleme amacıyla yaptıkları çalışmada öğrencilerin % 1.8 (n=137)'inin hiç ders çalışmadığını, % 8.5 (n=635)'inin nadiren, % 37.0 (n=2769)'sinin ara sıra, % 39.0 (n=2923)'unun sık sık, % 13.7 (n=1024)'sinin ise sürekli ders çalıştıklarını saptanmıştır (424).

Tümkaya ve Bal (2006), üniversite öğrencilerinde ders çalışma alışkanlıklarını bazı değişkenler açısından incelediği çalışmada öğrencilerin % 14.5 (n=73)'inin hiç ders çalışmadığını, % 31.7 (n=159)'sinin 1 saatten az, % 26.5 (n=133)'nin 1-2 saat, % 14.1 (n=71)'inin 2-3 saat, % 12.9 (n=65)'unun 3 saatten fazla ders çalıştığını saptamıştır (384).

T.C. Sorgun Kaymakamlığı Sorgun Rehberlik ve Araştırma Merkezi Rehberlik ve Psikolojik Danışma Hizmetleri Bölümü verisine göre, 2006 yılında ortaöğretimde eğitimcilerinin % 89 (n=100)'u öğrencinin disiplinli ve düzenli ders çalışmadığını ifade etmiştir (www.sorgunram.com, Erişim tarihi: 10 Nisan 2008).

Uğur ve Kutlu (2007), ders çalışma yönünden 4. sınıf öğrencilerinin % 3.1'inin az, % 36.4'ünün orta, % 61'inin çok ders çalıştığını, 5. sınıf öğrencilerinin % 5.7'sinin az, % 40'ının orta, % 54.3'ünün çok ders çalıştığını, 6. sınıf öğrencilerinin % 18.8'inin orta, % 81.0'inin ise çok ders çalıştığını saptamıştır (391).

Ders çalışma becerilerini etkileyen etkenlerden birisini öğrencinin zamanı tam ve doğru olarak kullanması oluşturmaktadır (384). Bu nedenle ders çalışma öğrencinin zamanını iyi yönetebilmesinde önemli bir kriterdir. Zaman yönetimi yönünden değerlendirildiğinde adolesanların önemli bir bölümünün ders çalışmaması zaman yönetimlerinin eksik olduğunu düşündürmektedir. Ders çalışanlar yönünden değerlendirildiğinde ise adolesanların tutarlı bir rutini izleyerek belirli bir sürede ders çalışması zaman yönetimlerini olumlu yönde etkilendiğini göstermesi yönünden olumlu bir durumdur. Çalışma sonuçları, Aral ve Aktaş'a göre (25) yüksek, Lahmers ve Zulauf 'a göre (235) düşük, Yaylalı ve ark.na göre (424), Tümkiye ve Bal'a göre (384) ve T.C. Sorgun Kaymakamlığı Sorgun Rehberlik ve Araştırma Merkezi Rehberlik ve Psikolojik Danışma Hizmetleri Bölümü verisine (www.sorgunram.com, Erişim tarihi: 10 Nisan 2008) ve Uğur ve Kutlu'ya göre (391) benzememektedir.

7.2.2. Diyabetle ilgili zaman yönetiminin değerlendirilmesinin tartışılması

Bu bölümde diyabetle ilgili zaman yönetimi; açlık ve tokluk kan glukozu ile ilgili özelliklerin, adolesanlarda kan glukozu ölçümü, insülin tedavisi, beslenme ve egzersiz ile ilgili özelliklerin, adolesanlarda kan glukozu ölçümü, insülin tedavisi, beslenme ve egzersiz/aktiviteye yönelik uygulamaların bakıldığı/yapıldığı yer ve sıklığı ile ilgili özelliklerin tartışılması olarak üç bölümde sunulmuştur.

7.2.2.1. Açlık ve tokluk kan glukozu ile ilgili özelliklerin tartışılması

Adolesanlarda açlık ve tokluk kan glukozu ile ilgili özellikler Tablo 69 ve Tablo 70'de verilmektedir. Ayrıca 4 olgunun keton ölçümü, 1 olgunun kolesterol ve trigliserid ölçümü ve bir olgunun 1 kez tansiyon ölçümü yaptığı belirlenmiştir.

Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde adolesanların yarısından da azının açlık ve tokluk kan glukozunu gün içinde en fazla iki kez ve açlık kan glukozunu daha fazla ölçtüğünü göstermektedir . Açlık kan glukozunun medyan değerinin 113-255 mg/dl arasında, tokluk kan glukozu medyan değerinin ise 87-201 mg/dl arasında değiştiği saptanmıştır. Kan glukozu ölçüm sıklığı ve açlık/ tokluk kan glukozu değerleri yönünden değerlendirildiğinde adolesanların kan glukozunu düzensiz ölçtüğü ve kan glukozu değerlerinin çok değişken olduğu söylenebilir. Bu durum

zaman yönetimi yönünden değerlendirildiğinde zaman yönetiminin olumsuz yönde etkilenebileceğini; adolesanların kan glukozu düzensizliklerini kontrol edebilmek için diyabetinin yönetimine daha çok zaman ayırması gerektiğini gösterebilir ve diğer günlük işlerinin yapılmasını aksatabilir.

7.2.2.2. Adolesanlarda kan glukozu ölçümü, insülin tedavisi, beslenme ve egzersiz ile ilgili özelliklerin tartışılması

Adolesanlarda kan glukozu ölçümü, insülin tedavisi, beslenme ve egzersiz ile ilgili özellikler Tablo 71’de görülmektedir.

Çalışma sonuçları adolesanların büyük bir çoğunluğunun toplam kan glukozu ölçümü ve insülin tedavisi puanı yönünden değerlendirildiğinde adolesanların bir bölümünün kan glukozu ölçümünde ve insülin tedavisinde eksikliklerinin olması nedeniyle ortalama alınan puanların daha düşük, ancak adolesanların büyük bir çoğunluğun kan glukozu ölçümüne ve insülin tedavisine dikkat etmesi nedeniyle medyan değerlerinin daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Adolesanlar zaman yönetimi yönünden değerlendirildiğinde kan glukozu ölçümü ve insülin tedavisi için toplam puana yakın puan almalarına rağmen gerek diyabetin yönetimi, gerekse zaman yönetimi yönünden bakıldığında özellikle diyabet yönetiminin en önemli iki boyutunda eksikliklerin olmaması gerektiğini ve adolesanların zaman yönetimi konusunda da eksikliklerinin olduğunu düşündürmektedir. Beslenme ve egzersiz/aktivite yönünden değerlendirildiğinde adolesanlar tarafından toplam puanın ancak yarısının aldığı gözlenmiştir ve adolesanların bu iki boyutu ihmal ettiğini ve bu iki boyutta zaman yönetimi konusunda eksikliklerin yaşandığını göstermektedir.

7.2.2.3. Adolesanlarda kan glukozu ölçümü, insülin tedavisi, beslenme ve egzersiz/aktiviteye yönelik uygulamaların bakıldığı/yapıldığı yer ve sıklığı ile ilgili özelliklerin tartışılması

Adolesanlarda kan glukozu ölçümü, insülin tedavisi, beslenme ve egzersiz/aktiviteye yönelik uygulamaların bakıldığı/yapıldığı yer ve sıklığı ile ilgili özellikler Tablo 72’de verilmektedir.

Elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde adolesanların yaşamlarının büyük bir bölümü ev dışında geçmesine rağmen kan glukozu ölçümü, insülin tedavisi ve beslenmesi ile ilgili diyabet yönetimini evde uyguladığı belirlenmiştir. Bunun nedeni ise; adolesanların kendisini evde güvende hissetmesi, arkadaş çevresinin önünde bakım uygulamalarını yapmak istememesi, adolesanın yapacağı bakım uygulamalarını aile bireylerinin bilmesi, kendisini bağımsız yaşamın risklerinden uzak tutmak istemesi ve ebeveyninin isteklerinin adolesanın yaşam durumunu etkilemesiyle ilişkili olabilir. Adolesanların büyük bir bölümünün bütün bakım uygulamalarını evde yapmak istemesi zaman yönetimi yönünden değerlendirildiğinde diyabet bakımı için gerekli zamanın yanısıra evde bakım uygulamalarını yapabilmek için de ilave zamana gereksinim duyulması ve gün içinde yapılması gereken işlerin yarım kalmasına neden olabileceğinden zaman yönetimi yönünden çok uygun görülmemekle birlikte evde ailenin desteğini alması durumunda adolesanın zaman yönetimini olumlu yönde etkileyebilir .

Sonuç olarak;

Elde edilen sonuçlar, Türkçe DZYA ve DUADBA'nin diyabetli çocuk/ yetişkin bireylerin zaman yönetimlerinin ve diyabete uyumlarının değerlendirilmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir anket olduklarını göstermiştir (DZYA toplam puanı ile DUADBA uyum madde 1, 2, 4, 5, 8, DUADBA zaman yönetimi, HbA_{1c} değeri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır; DUADBA toplam puanı ile DUADBA uyum puanı, uyum madde 2, 3, 5, 6 arasında anlamlı ilişki bulunmuştur; DUADBA uyum puanı ile DUADBA uyum madde 1,2, 5, 6, zaman yönetimi arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir; DUADBA uyum madde 1 ile uyum madde 2, 6, 8 arasında anlamlı ilişki saptanmıştır; DUADBA uyum madde 2 ile uyum madde 5, 8, zaman yönetimi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur; DUADBA uyum madde 7 ile HbA_{1c} değeri arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Cronbach's alpha katsayısı DZYA'nde 0.78, DUADBA'nde 0.59 olarak saptanmıştır).

Adolesanların DZYA'nden aldıkları toplam ortalama puan 118.98 ± 17.64 , DUADBA'nde 71.93 ± 7.02 olarak belirlenmiştir. Adolesanların % 56.5 (n=39)'inde zaman yönetimi, % 50.7 (n=35)'sinde diyabete uyum iyi/orta düzeyde saptanmıştır. Zaman yönetimi puanı ortalama puanı geçen ve zaman yönetimi iyi/orta olarak değerlendirilen adolesanlar tüm grubun yarısından fazlasını (% 56.5) oluşturduğundan adolesanların davranışsal olarak kendi kendini yönetimlerinin iyi/orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Çalışmanın birinci hipotezi, “zaman yönetimi becerileri iyi olan tip 1 diyabetli adolesanlar davranışsal olarak da kendi kendini iyi yönetir”dir.

Çalışmanın birinci hipotezi doğrulanmıştır.

Diyabete uyum puanı ortalama puanı geçen adolesanlar tüm grubun hemen hemen yarısını (% 50.7) oluşturmaktadır ve zaman yönetimine benzer bir oranda çıkmıştır.

Çalışmanın ikinci hipotezi “zaman yönetimi iyi olan adolesanlar diyabete uyumludur”dur.

Çalışmanın ikinci hipotezi doğrulanmıştır.

Çalışmada diyabete uyumun HbA_{1c} değeri, açlık/tokluk kan glukozu değeri üzerinde, ayrıca zaman yönetiminin HbA_{1c} değeri, açlık/tokluk kan glukozu değeri üzerinde anlamlı etkisi olmadığı saptanmıştır.

Çalışmanın üçüncü hipotezi “diyabete uyum olduğunda metabolik kontrolde iyi olur”dur.

Çalışmanın üçüncü hipotezi doğrulanamamıştır.

Zamandan bağımsız yaşam mümkün değildir (383). Geri döndürülemeyen ve başka bir şeyle değiştirilemeyen bir kaynak olan zaman yönetilemediği sürece hiçbir şey yönetilememektedir (2). Diyabet tedavisinde de zaman herşeydir (305) ve zaman yaşamın bir yöneticisidir; diyabet tedavisinin anahtarını ise zamanın yönetimi ve düzenli programlamanın (tedavi, beslenme, egzersizin programlanması) sürdürülmesi oluşturmaktadır (141) Bu nedenle diyabette zaman yönetimini tüm diyabetli çocuk, adolesan ve bireylerin öğrenmesi ve yaşamında uygulaması gerekmektedir.

Tez çalışması sonucu;

- Tip 1 diyabetli adolesanların yanısıra tüm yaş grubu çocuklarda zaman yönetimini değerlendirme çalışmalarının yapılması, özellikle çocukluk dönemi boyunca uzun dönemli (longitudinal) değerlendirme çalışmalarının yapılması, bu amaç doğrultusunda çalışma alanına uygun izlem ölçütlerinin belirlenmesi,
- Diyabetli çocuk/adolesanların zaman yönetimlerinin diğer kronik hastalıklı çocuk/adolesanlardaki ve diğer sağlıklı çocukların zaman yönetimleriyle karşılaştırmalarını değerlendiren çalışmaların yapılması, bu doğrultuda tüm çocuk/adolesanlara uygulanabilen değerlendirme ölçütlerinin (anket, ölçek gelişimi gibi) oluşturulması,

- Çocuk/adolesanlara bireysel ve grup zaman yönetimi eğitimlerinin verilmesi, eğitimin sürekli olması, düzenli aralıklarla zaman yönetiminin değerlendirilmesi ve eğitimin zaman yönetimi davranışları ve metabolik kontrol üzerindeki etkisini değerlendiren çalışmaların yapılması,
- Adolesanların diyabetteki zaman yönetimlerinin akademik başarıları ile karşılaştırılarak değerlendirilmesi,
- Çocuk/adolesanın zaman yönetiminin değerlendirilmesinde çocuğun ailesinin ve diyabet ekibinin de çalışmalara alınarak değerlendirilmesi,
- Çocuk/adolesanlarda zaman yönetimi çalışmalarının çeşitli kurumlarda yapılarak karşılaştırmaların yapılması

önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

1. Abacı A, Böber E, Büyükgebiz A. (2007). Tip 1 diyabet. *Güncel Pediatri*, 5(1):1-10.
2. Adair J. (2004). Etkili Stratejik Liderlik. Birinci Baskı, Türkçesi: Güneş SF, Babıali Kültür Yayıncılığı, İstanbul, s.219-226.
3. Ailelerin teknoloji sorumluluğu. (2007). *Bilişim Teknolojileri Haber Bülteni*, 2(15):6.
4. Akalın S, Aslan M, Başkal N, Çorakçı A, Dinççağ N, Erbaş T, Hatun Ş, İlkova H, İmamoğlu Ş, Karadeniz Ş, Korugan Ü, Özer E, Tuncel E, Yeşil S, Yılmaz C, Yılmaz MT. (2000). Diabetes Mellitus 2000. Gri Tasarım, İstanbul.
5. Akat İ, Budak G, Budak G. (2002). İşletme Yönetimi. 4. Bası, Fakülteler Kitabevi Barış Yayınları, İzmir, s.466-476.
6. Akatay A. (2003a). Yönetmel Zamanın Etkin Kullanılması: Teori ve Bir Uygulama. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Konya, (Danışman: Doç.Dr. T Akgemci).
7. Akatay A. (2003b). Örgütlerde zaman yönetimi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10:281-300.
8. Akçurum S. (2002-2003). Diyabetes mellitus ve spor. *Türk Diyabet Yıllığı*, s.17-25.
9. Akdemir N, Birol L. (2003). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı, Ekin Tıbbi Yayıncılık, Turizm ve Özel Eğitimi Hizmetleri Tic. Ltd. Şti., İstanbul, s. 708-725.
10. Akduman S. (2003). Farklı Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Öz Bakım Güçlerinin Karşılaştırılması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yard.Doç.Dr. B Bolışık).
11. Aksayan S, Bahar Z, Bayık A, Emiroğlu ON, Erefe İ, Görak G, Karataş N, Kocaman G, Kubilay G, Seviğ Ü. (2002). Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. HEMAR-GE, Odak Ofset, Ankara, s.169-188.
12. Aksoy Y. (2004). Lise Öğrencilerinin Bilgisayar Yaşantıları ve Ebeveynlerinin Bu Yaşantılara Yönelik Düşünceleri. M.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard.Doç.Dr. L Deniz).
13. Akyüz Y. (2000). Organizasyonların yeni zenginliği. *Standard Ekonomik ve Teknik Dergi*, 39(460):93-94.
14. Alay S, Koçak S. (2002). Zaman yönetimi anketi: Geçerlik ve güvenilirlik. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 22:9-13.
15. Alay S, Koçak S. (2003). Üniversite öğrencilerinin zaman yönetimleri ile akademik başarıları arasındaki ilişki. *Eğitim Yönetimi Dergisi*, 9(35):326-335.
16. Allan J. (2004). Sharpen Your Team's Skills in Time Management. Takımınızın Yeteneklerini Geliştirmede Zaman Yönetimi. Türkçesi: Zaman M, Hayat Yayıncılık, İletişim, Yapım, Eğitim Hizmetleri ve Ticaret Ltd. Şti., İstanbul.
17. Allman B. (2000). Skills for Successful Teaching. McGraw-Hill Children's Publishing, Columbus, p.5-14.
18. Alphan EM. (1998). Sağlıklı ve Aktif Yaşamak İçin Diyabette Beslenme. İstanbul.

19. Alphan E. (2001). Diabetes Mellitus'ta Beslenme Tedavisi. İçinde: *Her Yönüyle Diabetes Mellitus*. Editörler: Yenigün M, Altuntaş Y, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s.896-918.
20. Altınöz M.(1997). İş ortamında etkili ve verimli zaman kullanımı. *Standard Ekonomik ve Teknik Dergi*, 36(422):100-105.
21. Altınöz M. (1999). Günümüzde İş Ortamında Sekreterlik. Genişletilmiş 3. Baskı, Yargı Kitap ve Yayınevi, Ankara, s.192-205.
22. Altuntaş Y. (2001). Diabetes Mellitus'un Tanımı, Tanısı ve Sınıflaması. İçinde: *Her Yönüyle Diabetes Mellitus*. Editörler: Yenigün M, Altuntaş Y, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s.51-62.
23. Ançel G. (1996). Hemşirelerde Zamanı Verimli Kullanma. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof.Dr. N Kum).
24. Anderssen EC, Myburgh CPH, Van Zyl MA, Wiid AJB. (1992). A differential analysis of time-use attitudes of high school students. *Adolescence*, 27(105):63-72.
25. Aral N, Aktaş Y. (1997). Çocukların televizyon ve diğer etkinliklere harcadıkları sürenin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13:99-105.
26. Araslı M. (2000). İnsüline bağımlı (tip I) diabetes mellitus (IDDM). *Aktüel Tıp Dergisi*, 5(1):16-25.
27. Ardahan A. (1998). Toplam kalite düşüncesi ile zaman yönetimi. *Standard Ekonomik ve Teknik Dergi*, 37(437):56-60.
28. Arıkan İ, Metintaş S, Kalyoncu C. (2008). Genç erişkinlerde fiziksel aktivite düzeyinin belirlenmesinde iki method karşılaştırılması. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 30 (1):19-28.
29. Arkış N. (1996a). Zaman yönetimi ve standartlaştırılmasına yönelik çabalara ilişkin bazı düşünceler. *Standard Ekonomik ve Teknik Dergi*, Zaman-Kalite-Çevre Yönetimi Özel Sayısı(35):43-45.
30. Arkış N. (1996b). Zaman yönetimine genel bir bakış. *Tüketici Bülteni*, 9(99):11-13.
31. Arkış N. (1997). Zaman yönetiminde başlangıç noktası: Kişinin kendini zihinsel olarak hazırlaması. *Tüketici Bülteni*, 11(102):2-3.
32. Arslan A. (2004). Bir sosyolojik olgu olarak televizyon. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1(1):1-17.
33. Arslan F, Ünal AS. (2006). Çocukta diabetes mellitus yönetimine gelişimsel yaklaşım. *Diyabet Forumu*. 3(1):66-70.
34. Arslan F, Ünal AS, Güler H, Kardaş K. (2006). Okul çağı çocuklarının televizyon izleme alışkanlıklarının incelenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5(6):391-401.
35. Arslan P. (2001-2002). Tip 1 diyabette diyet ve egzersiz prensipleri. *Türk Diyabet Yıllığı*, s.1-10.
36. Arslan T, İnan T, Yıldırım O, Demir S, Demir K, Pelit M. (2003). Verimli Ders Çalışma Yolları. Ağrı Rehberlik ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü, Baskı: Volkan Karataş, Ağrı, s.9-15.
37. Atmaca A. (2006). Zaman Nasıl Yönetilir ?. 1. Baskı, Timaş Yayınları, İstanbul.
38. Atmaca A. (2007). Ders Nasıl Çalışılır ?. 2. Baskı, Timaş Yayınları, İstanbul.
39. Aydeniz N. (1997). "Zaman yönetimi" başarılması gereken bir olgu. *Standard Ekonomik ve Teknik Dergi*, 36(426):100-104.

40. Aydeniz N. (2001). Zamanın verimli ve etkin kullanımında Diyarbakır örneği. *Standard Ekonomik ve Teknik Dergi*, 40(469):22-27.
41. Aydın N. (2003). Evde Diabet Takibi. İçinde: *Diabetes Mellitus'un Modern Tedavisi*. Editörler: Yılmaz MT, Bahçeci M, Büyükbeşe A, Özlem Grafik Matbaacılık, İstanbul, s.1003-1005.
42. Aydoğdu H. (2002). Başarının Önündeki Engeller ve Çözüm Yolları. Işık Yayınları, İstanbul, s.9-14.
43. Aydoğmuş K, Baltaş A, Baltaş Z, Davaslıgil Ü, Güngörmüş O, Konuk E, Korkmazlar Ü, Köknel Ö, Navaro L, Oktay A, Razon N, Yavuzer H. (2006). Ana-Baba Okulu. 12. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, A.Ş., s.79-88.
44. Bahalı MK, Tahiroğlu AY, Fırat S, Avcı A, Yüksel B. (2006). Bir diyabet kampı etkinliği. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 7:218-222.
45. Bahçecik N, Öztürk H, Aktaş Şerbetçi G. (2004). Yönetici hemşireler için zaman yönetimi ölçeği ve zaman yönetimini etkileyen faktörler. *Yönetim*, 15(49):67-78.
46. Balıkcı Y. (1991). Zaman Yönetimi ve Yöneticiler Üzerinde Bir Uygulama. M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç.Dr. ŞC Saruhan).
47. Ball JW, Bindler RC. (2006). Child Health Nursing. Partnering with Children&Families. Person Prentice Hall, New Jersey, p.1263-1283.
48. Baltaş A, Baltaş Z. (2002). Stres ve Başa çıkma Yolları. 21. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul.
49. Barhyte DM. (2005). It's about time. *Listen*, 59(2):27.
50. Baruch EB, Bruno JE, Horn LL. (1987). Dimensions of time use attitudes among middle-high SES students. *Social Behavior and Personality*, 15(1):1-12.
51. Başkal N. (1997). Diabetes Mellitusun Tedavisinde İnsülin. İçinde: *Diabetes Mellitusun Tedavisi*. Ed: Erdoğan G, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, s.48-65.
52. Battles B. (2005). Control your time. Become a more efficient manager. *Aircraft Maintenance Technology*, 16(6):42-47.
53. Bay E, Tuğluk MN, Gençdoğan B. (2005). Üniversite öğrencilerinin ders çalışma becerilerinin incelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*. 2 (2):223-234.
54. Bayat M. (1999). İnsüline Bağımlı Diabetes Mellitusu Olan Adolesanlara Öz Bakımlarının Öğretilmesi ve Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof.Dr. H Çavuşoğlu).
55. Baysal B. (1996). Kronik hastalıklar ve hastaneye yatış: Çocuk, aile ve tedavi ekibi. *Katkı Pediatri Dergisi*, 17(5):912-917.
56. Behrman ER, Kliegman RM. (2002). Nelson Essentials of Pediatrics. 4 th ed, Çeviri Editörü: Tuzcu M, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, s.752-753.
57. Benjamin EV. (2002). Self-monitoring of blood glucose: The basics. *Clinical Diabetes*, 20(1):45-47.
58. Berberoğlu M. (2000-2001). Çocukluk çağı tip 1 diabetes mellitus da uzun süreli takip. *Türk Diyabet Yıllığı*, s.93-97.

59. Bereket A. (2005). İnsülin Tedavisi. İçinde: *Sertifikalı Diyabet Hemşiresi Yetiştirme Programı Kitabı*. Marmara Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi, Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.
60. Bereket A. (2006). Pediatrik diyabet. *Clinic Pediatri*, 1(2):S.57-60.
61. Betschart J. (2000). Children and adolescents with type 1 diabetes. *Nursing Clinics of North America*, 35(1):1-12.
62. Booher D. (2004). Teaching time-management skills early. *Tyme Management*, XI(8).
63. Botero D, Wolfsdorf JL. (2005). Diabetes mellitus in children and adolescents. *Archives of Medical Research*, 36:281-290.
64. Bowers BJ, Luring C, Jacobson N. (2001). How nurses manage time and work in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (4):484-491.
65. Bozkurt R. (2005). İşleyen Kurumlar Yaratmak. Girişimcilik ve Etkin Yönetimde Ortak Sorunlar. Birinci Baskı, Çemenardagül Elektronik ve Gıda San. Tic. Ltd. Şti., İstanbul, s.69-72.
66. Bölükbaş N, Paydaş M, Bostan Ö. (2006). Diyabetli hastaların ayak bakımı ile ilgili davranışlarının ve mevcut ayak durumlarının saptanması. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1 (2):82-91.
67. Brink SJ, Moltz K. (1997). The message of the DCCT for children and adolescent. *Diabetes Spectrum*, 10(4):259-267.
68. Britto M. (2007). Adolesanda Kronik Hastalık. Çeviren: Temiz S. İçinde: *Pediatrics. Pediatri*. Çeviri Editörü: Yurdakök M, Cilt:2, Güneş Kitabevi Ltd. Şti., Elsevier, Mosby, Ankara, s.1435-1438.
69. Bryden K. (2002). Turbulent times: The adolescent with type 1 diabetes-care of adolescents. *Journal of Diabetes Nursing*. 13.
70. Bui H, Perlman K, Daneman D. (2005). Self-monitoring of blood glucose in children and teens with diabetes. *Pediatric Diabetes*, 6(1):50-62.
71. Bundak R. (2000). Tip 1 diyabetin komplikasyonları. *Diyafor*, 5(17):22-25.
72. Burge MR. (2001). Lack of compliance with home blood glucose monitoring predicts hospitalization in diabetes. *Diabetes Care*, 24 (8):1502-1503.
73. Buzlu S. (2002). Diyabetin Psikososyal Boyutu. İçinde: *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*. Ed: Erdoğan S, Yüce Reklam/Yayın/Dağıtım A.Ş., İstanbul, s.195-203.
74. Büyükbeşe MA, Konuk N. (2006). Diyabet tedavisinde eğitim ve psikososyal girişimler. *Diyabet Forumu*, 3(3):54-58.
75. Büyüköztürk Ş. (2004). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorum. 4. Baskı, Pegem A Yayınları, Ankara.
76. Canbek G, Sağiroğlu Ş. (2007). Çocukların ve gençlerin bilgisayar ve internet güvenliği. *Politeknik Dergisi*, 10(1):33-39.
77. Chase EH. (2006). Understanding Diabetes. A handbook for people who are living with diabetes. 11 th Edition, Paros Press, Denver.
78. Chien SC, Larson E, Nakamura N, Lin SJ. (2007). Self-care problems of adolescents with type 1 diabetes in Southern Taiwan. *Journal of Pediatric Nursing*, 22 (5):404-409.

79. Cirhinlioğlu FG. (2001). Çocuk Ruh Sağlığı ve Gelişimi. Okul Öncesi Dönem. 1. Basım, Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti., Ankara, s.77-108.
80. Clinical Practice guidelines: Type 1 Diabetes in Children and Adolescents (2005). Australasian Paediatric Endocrin Group for the Department of Health and Ageing, Commonwealth of Australia.
81. Cohen S. (2005). Reclaim lost time with better organization. *Nursing Management*, 36(10):11.
82. Cook S, Herold K, Adidin DV, Briars R. (2002). Increasing problem solving in adolescents with type 1 diabetes: The choices diabetes program. *The Diabetes Educator*, 28(1):115-124.
83. Covey SR. (2002). The 7 Habits of Highly Effective People. Etkili İnsanların Yedi Alışkanlığı. 18. Basım, Çeviri: Suveren G, Deniztekin O, Varlık Yayınları A.Ş., İstanbul, s.151-190.
84. Covic T, Adamson BJ, Lincoln M, Kench PL. (2003). Health science students' time organization and management skills: A cross-disciplinary investigation. *Medical Teacher*, 25 (1):47-53.
85. Cüceloğlu D. (1996). İyi Düşün Doğru Karar Ver. 16. Baskı, Sistem Yayıncılık ve Mat. San.Tic.A.Ş., İstanbul, s.285-311.
86. Çamurdan AD. (2007). Görsel medyanın çocuk sağlığına etkileri. *TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 16(2):25-30.
87. Çavuşlu E. (2003). Tip 1 Diyabetli Çocukların Aile Etkileşimi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof.Dr. H Pek).
88. Çavuşlu E, Pek H. (2005). Tip 1 diyabetli çocuk ve aile etkileşimi. *Diyabet Forumu*, 1:67-69.
89. Çavuşoğlu H. (2004a). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Cilt 1, Genişletilmiş 8. Baskı, Sistem Ofset Basımevi Tic. Ltd. Şti., Ankara, s.71-90.
90. Çavuşoğlu H. (2004b). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Cilt 2, Genişletilmiş 7. Baskı, Sistem Ofset Basımevi Tic. Ltd. Şti., Ankara, s.148-178.
91. Çelenk S. (2003). Okul başarısının ön koşulu: Okul aile dayanışması. *İlköğretim Online E-Dergi*, 2(2):28-34.
92. Çelik M, Büyükbeşe MA, Çetinkaya A, Ekerbiçer HÇ. (2004). Diyabete psikososyal yaklaşım. *Diabet Bilimi*, 2(4):180-185.
93. Çetinkalp Ş, Yılmaz C. (2002a). Diyabetes Mellitus İçin Genel Güncel Bilgiler. İçinde: *Diyabet Hemşiresi El Kitabı*. Ed: Yılmaz C, Asya Tıp Yayıncılık Ltd. Şti., İzmir, s.13-42.
94. Çetinkalp Ş, Yılmaz C. (2002b). Diyabet Hemşiresinin Eğitim Programında Hastaya Verilmesi Gereken Bilgiler. İçinde: *Diyabet Hemşiresi El Kitabı*. Ed: Yılmaz C, Asya Tıp Yayıncılık Ltd. Şti., İzmir, s.55-73.
95. Çevik HH. (2004). Emniyet teşkilatında zaman ve toplantı yönetimi. *Polis Bilimleri Dergisi*, 6(3-4):13-29.
96. Çocuk işgücü araştırması, 2006 (2007). T.C. Başbakanlık İstatistik Kurumu Haber Bülteni, 61.
97. Çoker M. (2003). Tip 1 diyabetes mellitus'da lipid ve lipoprotein metabolizması. *Diyafon*, 9(31-32):26-27.
98. Çöven Ç. (2005). Tip 1 Diyabetli Adolesanlarda Sorun Çözme Becerisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof.Dr. H Pek).

99. Çuhadaroğlu F. (1996). Adölesanda psikolojik gelişim özellikleri. *Katkı Pediatri Dergisi*, 17(5):783-788.
100. Daneman D. (2005). Early diabetes-related complications in adolescents: Risk factors and screening (2005). *Hormone Research*, 63 (2):75-85.
101. Daneman D. (2006). Type 1 diabetes. *The Lancet*, 367(11):847-858.
102. Darendeliler F. (2000). Diyabet ve egzersiz. *Diyafon*, 5(18-19):38-40.
103. Darendeliler F. (2002-2003). Tip 1 diyabetes mellitusda çocukluk döneminde uzun süreli izlem. *Türk Diyabet Yıllığı*, s.7-16.
104. Dashiff CJ, McCaleb A, Cull V. (2006). Self-care of young adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*, 21 (3):222-232.
105. Dave JA, Delport SV. (2006). Prescribing insulin in type 1 diabetes mellitus: An update for general practitioners. *South African Family Practice*, 48(10):30-36.
106. Dedik T. (2005). Genel Sağlık Önerileri. İçinde: *Sertifikalı Diyabet Hemşiresi Yetiştirme Programı Kitabı*. Marmara Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi, Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.
107. Dejkhamron P, Menon RK, Sperling MA. (2007). Childhood diabetes mellitus: Recent advanced&future prospects. *Indian Journal of Medical Research*, 125:231-250.
108. Delemater AM. (2006). Improving patient adherence. *Clinical Diabetes*, 24(2):71-77.
109. Demirtaş H, Özer N. (2007). Öğretmen adaylarının zaman yönetimi becerileri ile akademik başarıları arasındaki ilişki. *Eğitimde Politika Analizleri ve Stratejik Araştırmalar Dergisi*. 2(1):34-47.
110. Diagnosis and classification of diabetes mellitus (2008). *Diabetes Care*, 31(Supp.1):55-60.
111. Dinçer Ö, Fidan Y. (1996). İşletme Yönetimi. 1. Baskı, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul, s.440-446.
112. Dinçer Ü. (2003). Diyabetli Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Diyabet Eğitimi Etkinlikleri. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof.Dr. G Taşocak).
113. Drass Janice A. (1996). Caring for patients with insulin-dependent diabetes, *Nursing*, 26(8):46-49.
114. Drexler AJ, Robertson C. (2005). Tip 1 diabetes mellitus'un tedavisi. *Diyabet Forumu*. 1:21-31.
115. Durmuş A. (2006). Çocuğumu Gençliğe ve Hayata Hazırlıyorum. 3. Baskı, Timaş Yayınları, İstanbul, s.143-231.
116. Durna Z. (2002). Diyabetin Sınıflandırılması ve Tanı Kriterleri. İçinde: *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*. Editörler: Erdoğan S, Yüce Reklam/Yayım/Dağıtım A.Ş., İstanbul, s.1-10.
117. Edwards DL. (1998). Psychological Factors Affecting Adherence and Metabolic Control in Diabetes Mellitus. Graduate College The University of Iowa, Degree of Doctor of Philosophy, Iowa, (Thesis Supervisor: Associate Professor A Christensen).
118. Eeg-Olofsson K, Cederholm J, Nilsson PM, Gudbjörnsdóttir S, Eliasson B. (2007). Glycemic and risk factor control in type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 30 (3):496-502.

119. Eerde WV. (2003). Procrastination at work and time management training. *The Journal of Psychology*, 137(5):421-434.
120. Ekim A. (2007). Tip 1 Diyabetli Çocukların Yaş Dönemlerine Göre İnsülin Uygulama Becerileri. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof.Dr. H Pek).
121. Ellis JR, Hartley CL, McAndrew ML. (2000). Managing and Coordinating Nursing Care. Third Edition, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, p.133-152.
122. Er M. (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49:155-168.
123. Erdem R, Kaya S. (1998). Zaman yönetimi. *Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi*, 7(2):99-120.
124. Erdem R, Pirinççi E, Dikmetaş E. (2005). Üniversite öğrencilerinin zaman yönetimi davranışları ve bu davranışların akademik başarı ile ilişkisi. *Manas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14:167-177.
125. Eren E. (2003). Yönetim ve Organizasyon. Çağdaş ve Küresel Yaklaşımlar. 6. Bası, Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş., İstanbul, s.147-166.
126. Erjem Y, Çağlayandereli M. (2006). Televizyon ve gençlik:Yerli dizilerin gençlerin model alma davranışı üzerindeki etkisi. [Elektronik Dergi], *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 30 (1): 15-30.
127. Erkuş A. (2003). Psikometri Üzerine Yazılar. 1. Basım, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
128. Ersoy B. (2003). Mikroalbüminüri. *Diyafor*. 9(29):20-22, 2003.
129. Ersoy F, Yılmaz M, Edirne T. (2002). Diabetes mellitusta hasta eğitimi ve takibi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 6(3):132-136.
130. Ersoy G. (2000). Zaman yönetimi. *Acil Tıp Dergisi*, III. Acil Tıp Sempozyumu Özel Sayısı:238-244.
131. Ertuğrul S, Yılmaz E, Aydın M, Taşkın E, Özcan K. (2006). Çocukluk çağında diabetes mellitus tip 1. *Sendrom*, 18(8):44-53.
132. Ertuğrul T, Darendeliler F, Bilge I. (2007). Pediatri El Kitabı. 1. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, s.325-332.
133. Fadiloğlu Ç. (2002). Diyabetin Yönetimi ve Hemşirelik. İçinde: *Diyabet Hemşiresi El Kitabı*. Ed: Yılmaz C, Asya Tıp Yayıncılık Ltd. Şti., İzmir, s.74-120.
134. Faulkner MS. (2003). Quality of life for adolescents with type 1 diabetes: Parental and youth perspectives. *Pediatric Nursing*, 29 (5):362-368.
135. Fender G. (2003). Learning to Learn. Öğrenmenin ABC'si. Öğrenmeyi Öğrenmek ve Beyin Gücünüzü Geliştirmek. Dördüncü Basım, Çeviren: Akınhay O, Sistem Yayıncılık ve Mat. San.Tic. A.Ş., İstanbul, s.30-64.
136. Fettahoğlu EÇ, 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.

137. Figan G, Alphan ME, Söylemez D. (2002). 14-18 yaş grubundaki lise öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının saptanması ve değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 6 (6):159-164.
138. Finkelman AW. (2006). Leadership and Management in Nursing. Pearson Prentice Hall, New Jersey, p.405-422.
139. Frey MA, Ellis D, Naar-King S, Greger N. (2004). Diabetes management in adolescents in poor metabolic control. *The Diabetes Educator*, 30(4):647-657.
140. Funnell MM, Hunt C, Kulkarni K, Rubin RR, Yarborough PC. (1998). A Core Curriculum for Diabetes Education. Third Edition, Port City Pres, Inc., Chicago, Illinois, p.539.
141. Gafarian CT, Heiby EM, Blair P, Singer F. (1999). The diabetes time management questionnaire. *The Diabetes Educator*, 25(4):585-592.
142. Gallichan M. (1997). Self monitoring of glucose by people with diabetes: Evidence based practice. *British Medical Journal*, 314(7085):964-967.
143. Garipağaoğlu M. (2000). Tip 1 Diyabetli Çocuk ve Adolesanların Beslenmesi. İçinde: *Diyabet Diyetisyenliği Diyabette Beslenme Tedavisi*. Derleyen: Özer E, Gri Tasarım, İstanbul, s.71-13.
144. Garipağaoğlu M. (2005). Tip 1 Diyabette Beslenme Prensipleri. İçinde: *Sertifikalı Diyabet Hemşiresi Yetiştirme Programı Kitabı*, Marmara Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi, Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.
145. Gayef A, Sur H, Taşkın Demiray S, İşçi E, Şener S. (2004). Hastane yöneticileri açısından zamanın anlamı ve etkili zaman yönetiminin esasları. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 8(2):1-8.
146. Gibson DS. (1997). Time trials. *Better Homes and Gardens*, 75(9):225-226.
147. Glaab LA, Brownt R, Daneman D. (2005). School attendance in children with type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 22:421-426.
148. Glenn RE. (2003). Study skills to help kids use time wisely. *The Education Digest*, 69(3):51-53.
149. Goldstein DE., Little RR, Lorenz RA, Malone JI, Nathan D, Peterson CM, Sacks DM. (2004). Tests of glycemia in diabetes. *Diabetes Care*, 27(7):1761-1773.
150. Goodstein M. (2004). Everyday study skills. *Instructor*, 114(2):43-47.
151. Gökçay G, Garipağaoğlu M. (2002). Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Beslenme. Birinci Baskı, Saga Yayınları, İstanbul, s.118.
152. Görak G, Erdoğan S, Savaşer S, Çakıroğlu S. (1992). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. A.Ü. Açıköğretim Fakültesi Yayınları No:265, ETAM A.Ş., Eskişehir, s.353-362.
153. Graue M, Wintzel-Larsen T, Bru E, Hanestad BR, Sovik O. (2004). The coping styles of adolescents with type 1 diabetes are associated with degree of metabolic control. *Diabetes Care*, 27 (6):1313-1317.
154. Grey M, Boland EA, Yu C, Sullivan-Bolyai S, Tamborline WV. (1998). Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes. *Diabetes Care*, 21 (6):909-914.
155. Grey M, Kanner S. (2000). Care of the child or adolescent with type 1 diabetes. *Nursing Clinics of North America*, 35(1):1-12.

156. Gül A. (2006). Tip 1 Diabetes Mellituslu Çocuk ve Adolesan Hastaların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Tez Yöneticisi: SE Adal).
157. Gültekin G, Baran G. (2005). Hastalık ve çocuk. *Aile ve Toplum/Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 8(2):61-68.
158. Gün N. (2006). Zaman Yönetimi 1440 Dakika. Kuraldışı Yayıncılık, İstanbul.
159. Günöz H. (2003). İnsülin Tedavisi. İçinde: *Sertifikalı Diyabet Hemşiresi Yetiştirme Programı Kitabı*. Marmara Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi, Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.
160. Günöz H. (2004a). İnsülin Tedavisi. İçinde: *Sertifikalı Diyabet Hemşiresi Yetiştirme Programı Kitabı*. Marmara Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi, Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.
161. Günöz H. (2004b). Çocukluk çağı diyabeti. *Çağdaş Anne Babanın Dergisi Anne Bebek*, 10(47): 88-93.
162. Günöz H, Saka N, Darendeliler F, Bundak R. (2003). Büyüme, Gelişme ve Endokrin. İçinde: *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları*. Editörler: Cantez T, Ömeroğlu RE, Baysal SU, Oğuz F, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, s.104-114.
163. Günöz H, Saka N, Darendeliler F, Bundak R, Neyzi O. (1993). Endokrin Sistem ve Hastalıkları. İçinde: *Pediatric 2*. Düzenleyenler: Neyzi O, Ertuğrul T, Nobel Tıp Kitabevleri, Cilt.2, İstanbul, s.624-638.
164. Günöz H, Saka N, Darendeliler F, Bundak R, Neyzi O. (2002). Endokrin Sistem ve Hastalıkları. İçinde: *Pediatric 2*. Editörler: Neyzi O, Ertuğrul T, 3. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s.1306-1321.
165. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2003). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.
166. Hanas R. (2001). Çocuklarda, Adolesanlarda ve Genç Erişkinlerde Tip 1 Diyabet. Çev: Bundak R, Dünder Y, Gedikbaşı D, Gönüllü E, Hatun Ş, Kara B, Keklik D, Lilly ve BD Yayınları, İstanbul.
167. Hanna KM. (2003). Adolescents' behavioral autonomy related to diabetes management and adolescent activities/rules. *The Diabetes Educator*, 29(2):283-291.
168. Hanna KM, Guthrie DW. (1999). Involvement in health behaviors among youth with diabetes. *The Diabetes Educator*, 25 (2):211-219.
169. Hanson CL, De Guire MJ, Schinkel AM, Kolterman OG, Goodman JP, Buckingham BA. (1996). Self-care behaviors in insulin-dependent diabetes: Evaluate tools and their associations with glycemic control. *Journal of Pediatric Psychology*, 21(4):467-482.
170. Harwell TS, Dettori N, McDowall JM, Quesenberry K, Priest L, Butcher MK, Flook BN, Helgersson SD, Gohdes D. (2002). Do persons with diabetes know their (A1c) number ?. *The Diabetes Educator*, 28 (1):99-104.
171. Hasbay A. (2000). Diyabet ve Egzersiz. İçinde: *Diyabet Diyetisyenliği Diyabette Beslenme Tedavisi*. Derleyen: Özer E, Gri Tasarım, İstanbul, s.89-99.

172. Hatun Ş. (1996). Çocukluk çağında insüline bağımlı diabetes mellitus (IDDM). *Aktüel Tıp Dergisi*, 1(7):540-543.
173. Hatun Ş. (1999). Puberte ve İnsüline Bağımlı Diabetes Mellitus'un Tedavisi. İçinde: *Pediatric Gelişmeler*. Editörler: Özalp İ, Yurdakök M, Coşkun T, Sinem Ofset, Ankara, s.909-918.
174. Hatun Ş. (2001a). Çocukluk Çağı Diyabeti. İçinde: *Her Yönüyle Diabetes Mellitus*. Editörler: Yenigün M, Altuntaş Y, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s.173-210.
175. Hatun Ş. (2001b). Diyabetli Çocuk ve Gençler İçin Akıl Defteri. Türkiye Diyabet Vakfı Yayınları, İstanbul.
176. Hatun Ş. (2002). Çocukluk çağında diyabet. *Diyabet Forumu*, 7(6):56-68.
177. Hatun Ş. (2005). Tip 1 diyabet tedavisi: Daha fizyolojik insülin tedavisine doğru. *Diyafon*, 11(37):26-27.
178. Haynes EM. (1999). Personal Time Management. Kişisel Zaman Yönetimi. Birinci Basım, Çeviri: Bülbül Y, Alfa Basım Yayın Dağıtım Ltd. Şti., İstanbul.
179. Heiby EM, Carlson JG. (1986). The health compliance model. *The Journal of Compliance in Health Care*, 1(2):101-116.
180. Heiby EM, Gafarian CT, McCann SC. (1989). Situational and behavioral correlates of compliance to a diabetic regimen. *The Journal of Compliance in Health Care*, 4(2):101-116.
181. Heiby EM, Harada ASM, Taniguchi A, Fitz-Patrick D. (1991). Psychometric evaluation of the habits, attitudes, and knowledge questionnaire of diabetic compliance. Poster Presentation at 25 th Annual Association for Advancement of Behavior Therapy, Newyork.
182. Heidental P. (2004). Essential of Nursing Leadership&Management. Thomson-Delmar Learning, Australia, p.243-266.
183. Hellsten LM. (2005). The Development and Validation of a Time Management Instrument for Exercise Adoption, Participation, and Adherence. University of Alberta, Measurement, Evaluation, and Cognition Department of Educational Psychology, Degree of Doctor of Philosophy, Alberta.
184. Hendry C, Farley A. (2004). Making the most of time. *Nurse Researcher*, 12(2):81-88.
185. Hendry C, Farley AH. (2006). Essential skills for students who are returning to study. *Nursing Standard*, 21(6):44-48.
186. Hentinen M, Kyngas H. (1992). Compliance of young diabetics with health regimens. *Journal of Advanced Nursing*, 17:530-536.
187. Hill J. (2003). New insulin analogues and their impact on diabetes care. *British Journal of Community Nursing*, 8(11):515-518.
188. Holl RW, Swift PGF, Mortensen HB, Lynggaard H, Hougaard P, Aanstoot HJ, Chiarelli F, Daneman D, Danne T, Dorchy H, Garandeu P, Greene S, Hoey HMCV, Kaprio EA, Kocova M, Martul P, Matsuura N, Robertson KJ, Schoenle EJ, Sovik O, Tsou RM, Vanelli M, Aman J. (2003). Insulin injection regimens and metabolic control in an international survey of adolescents with type 1 diabetes over 3 years: Results from the Hvidore Study Group, *European Journal of Pediatrics*, 162:22-29.

189. Hood KK, Butler DA, Volkening LK, Anderson BJ, Laffel LMB. (2004). The blood glucose monitoring communication. *Diabetes Care*, 27 (11):2610-2615.
190. Hospital admission guidelines for diabetes. (2004). *Diabetes Care*, 27 (Supp.1):S103.
191. Howells L, Wilson AC, Skinner TC, Newtont R, Morrist AD, Greene SA. (2002). A randomized control trial of the effect of negotiated telephone support on glycaemic control in young people with type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 19:643-648.
192. Hvidore Study Group on Childhood Diabetes. (2001). Persistent differences among centers over 3 years in glycemic control and hypoglycemia in a study of 3805 children and adolescents with type 1 diabetes from the Hvidore Study Group. *Diabetes Care*, 24 (8):1342-1347.
193. Iannotti RJ, Nansel TR, Schneider S, Haynie DL, Simons-Morton B, Sobel DO, Zeitoff L, Plotnick LP, Clark L. (2006). Assessing regimen adherence of adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 29 (10):2263-2267.
194. İmamoğlu Ş, Akalın S, Yılmaz MT. (2001). Diyabet ve Siz. Eskort İletişim A.Ş. Asist Reklam Ajansı, İstanbul.
195. İmamoğlu Ş, Ersoy CÖ. (2006). Tip 1 Diabetes Mellitusta İnsülin Tedavisi. İçinde: *Diabetes Mellitus 2006*. Ed: İmamoğlu Ş, Deomed Medikal Yayıncılık, İstanbul, s. 69-80.
196. İmamoğlu Ş, Ersoy CÖ, Gürdal BŞ. (2006). Diabetes Mellitus'ta Beslenme Tedavisi. İçinde: *Diabetes Mellitus 2006*. Ed: İmamoğlu Ş, Deomed Medikal Yayıncılık, İstanbul, s. 165-175.
197. İmrek MK. (2003). Yöneticiler İçin Karar Verme Teknikleri El Kitabı. 1. Baskı, Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş., İstanbul, s.49-56.
198. Insulin Administration. (2003). *Diabetes Care*, 26(Supp.1), s.121-125.
199. ISPAD Uzlaşi Rehberi 2000. Çocuklarda ve Adölesanlarda Tip 1 Diabetes Mellitus'un Tanı ve Tedavisi için ISPAD Tarafından Hazırlanmış Uzlaşi Rehberi. Çev: Akçurin S, Baş F, Bircan İ, Bundak R, Darendeliler F, Garipağaoğlu M, Günöz H, Orbak Z, Ökten A, Özkan B, Saka N, Uluslararası Çocuk ve Adölesan Diyabetikler Derneği, Medical Forum International, 2000.
200. James SR, Ashwill JW, Droske SC. (2002). *Nursing Care of Children*. Second Edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia, p.922-940.
201. Johnston-Brooks CH, Lewis MA, Garg S. (2002). Self-efficacy impacts self-care and HbA1c in young adults with type I diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 64:43-51.
202. Johnson SB, Perwien AR, Silverstein JH. (2000). Response to hypo-and hyperglycemia in adolescents with type I diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 25 (3):171-178.
203. Josephs R. (1997). How to Gain an Extra Hour Every Day. Zaman Yönetimi. 3. Baskı, Çeviren: Koşar Ö, Epsilon Yayıncılık Hiz. Tic. San. Ltd. Şti., İstanbul.
204. Kabadayı A. (2006). Analysing the types of TV programmes viewed by children from different socio-economic strata based on their self-report in the Turkish context. *Educational Media International*, 43 (2):147-164.
205. Kahn CR, King GL, Jacobson AM, Moses AC, Smith RJ. (2005). *Joslin's Diabetes Mellitus*. Lippincott Williams Wilkins, Philadelphia, p.711-736.

206. Kara B. (2007). Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: Çok yönlü bir yaklaşım. *Gülhane Tıp Dergisi*, 49:132-136.
207. Karabulut S. (1996). Çağdaş Yöneticiye Yeni Ufuklar. Yönetimde 3 Boyut. Zaman-Toplantı-Stres Yönetimi. Mega Basım A.Ş., İstanbul, s.63-115.
208. Karakoç N. (1990). İşletmelerde etkenliği belirleyen bir kaynak: "Yönetimsel zaman". *Verimlilik Dergisi*, 2:33-42.
209. Kavaklı A, Pek H, Bahçecik N. (1995). Çocuk Hastalıkları Hemşireliği. Birinci Baskı, Yüce Reklam/Yayım/Dağıtım A.Ş., İstanbul, s.101-117.
210. Kaya M, Büyükşerbetçi M, Meriç MB, Çelebi AE, Boybeyi Ö, Işık A, Bozkurt İH, Vazioğlu SA, Güler Ç. (2006). Ankara'da bir lisenin 9 ve 10. sınıf öğrencilerinin kişisel hijyen konusunda davranışlarının belirlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15 (10):179-183.
211. Keenan K. (2004). Yöneticinin Kılavuzu Zamanı Doğru Kullanma. Üçüncü Basım, Çeviren: Koparan E, Remzi Kitabevi A.Ş., İstanbul.
212. Kelly WE. (2003a). No time to worry: The relationship between worry, time structure, and time management. *Personality and Individual Differences*, 35:1119-1126.
213. Kelly WE. (2003b). As achievement sails the river of time: The role of time use efficiency in grade-point-average. *Educational Research Quarterly*, 27(4):3-8.
214. Kelly WE, Johnson JE. (2005). Time use efficiency and the five-factor model of personality. *Education*, 125(3):511-515.
215. Kendi Kendini Takip. (1999). The Diabetes Education Study Group (DESG) Eğitim Notları, Sayı:3, Servier, İstanbul.
216. Kırca Ü. (1996). Zaman yönetimi. *Standard Ekonomik ve Teknik Dergi*, Zaman-Kalite-Çevre Yönetimi Özel Sayısı(35):39.
217. Kırılı S, Sarandöl A. (2006). Diyabet ve Psikiyatrik Sorunlar. İçinde: *Diabetes Mellitus 2006*. Ed: İmamaoğlu Ş, Deomed Medikal Yayıncılık, İstanbul, s.559-566.
218. Kısa A. (2005). The need for time management training is universal: Evidence from Turkey. *Hospital Topics*. 83(1):13-19.
219. Kneale PE. (1997). Maximising play time: Time management for geography students. *Journal of Geography in Higher Education*. 21(2):293-301.
220. Kocabaş İ, Erdem R. (2003). Yönetici adayı öğretmenlerin kişisel zaman yönetimi davranışları. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2):203-210.
221. Korugan Ü, İmamaoğlu Ş, Yılmaz MT, Hatun Ş, Özer E. (1999). Eczacılar İçin Güncel Bilgiler Işığında Diyabet. Gri Tasarım, İstanbul.
222. Koyuncu G, Aydın A, Adalı E, Çakır E, Kavunoğlu G, Çam H. (2002). Diyabetik çocuk ve adolesanlarda diyabet süresi, açlık kan şekeri ve HbA_{1c} düzeyleri ile serum karnitin fraksiyonları, keton cisimcikleri, serbest yağ asitleri arasındaki ilişkiler. *Türk Pediatri Arşivi*, 37:206-212.
223. Köksal G, Gökmen H. (2000). Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi. 1. Baskı, Hatiboğlu Yayınevi, İstanbul, s.568-600.

224. Kulaksızoğlu A. (2003). Kişisel Gelişim Uygulamaları. 1. Baskı, Nobel Basımevi, İstanbul, s.227-257.
225. Kulkarni KD. (2006). Value of diabetes self-management education. *Clinical Diabetes*, 24(2):54.
226. Kurt İ. (2003). Glikozile Hemoglobin (HbA_{1c}) ölçümü ve diabetes mellitusun uzun dönem glisemik kontrolünde kullanılması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 45 (4):387-395.
227. Küçükahmet L. (1999). Öğretimde Planlama ve Değerlendirme. Genişletilmiş 10. Baskı, Alkım Yayınevi, İstanbul, s.152-165.
228. Kyngas H. (2000a). Compliance of adolescents with chronic disease. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4):549-556.
229. Kyngas H. (2000b). Compliance of adolescents with diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*, 15 (4):260-267.
230. Kyngas H, Hentinen M. (1995). Meaning attached to compliance with self-care, and conditions for compliance among young diabetics. *Journal of Advanced Nursing*, 21:729-736.
231. Kyngas HA, Kroll T, Duffy ME. (2000a). Compliance in adolescents with chronic diseases: A review, *Journal of Adolescent Health*, 26:379-388.
232. Kyngas HA, Kroll T, Duffy ME. (2000b). Conceptual analysis of compliance. *Journal of Clinical Nursing*, 9:5-12.
233. Kyngas HA, Skaar-Chandler CA, Duffy ME. (2000). The development of an instrument to measure the compliance of adolescents with a chronic disease. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6):1499-1506.
234. Lacroix A, Assal JP. (2003). Therapeutic Education of Patients. Hastaların Terapötik Eğitimi. Kronik Hastalığa Yeni Yaklaşımlar. Çeviri Editörleri: Piyal B, Tabak RS, Palme Yayıncılık, Ankara.
235. Lahmers AG, Zulauf CR. (2000). Factors associated with academic time use and academic performance of college students: A recursive approach. *Journal of College Student Development*, 41(5):544-556.
236. Lakein A. (1997). How to Get Control of Your Time and Your Life. Zaman Hayattır. 2. Baskı, Çeviren: Tezcan S, Rota Yayın Yapım Tanıtım Tic. Ltd. Şti., İstanbul.
237. Lane J. (2003). Improving glycaemic control in adolescents with type diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*, 16.
238. Larson RW. (2001). How U.S. children and adolescents spend time: What it does (and doesn't) tell us about their development. *Current Directions in Psychological Science*. 10(5):160-164.
239. Latif H, Fidan F, Uçkun G. (2004). Örgütlerde zaman kaybettiren faktörler: Sorunlar ve çözüm önerileri (bir kamu kurumu örneği). *Yönetim*, 15(49):41-53.
240. Latif H, Fidan F, Uçkun G. (2005). Üniversite öğrencileri ne yapıyor ? Zaman değerlendirme mi zaman geçirme mi ? (Sakarya Üniversitesi örneği). *İktisat İşletme ve Finans*, 20:114-121.
241. Lawson ML, Cohen N, Richardson C, Orrbine E, Pham B. (2003). A randomized trial of regular standardized telephone contact by a diabetes nurse educator in adolescents with poor diabetes control. *Pediatric Diabetes*, 6:32-40.

242. Leichter SB. (2005). Making outpatient care of diabetes more efficient: Analyzing noncompliance. *Clinical Diabetes*, 23(4):187-190.
243. Livatyalı HY. (2004). Zaman Yönetimi ve Okul. İçinde: *Sınıf Yönetimi*. Editörler: Gürsel M, Sarı H, Dilmaç B, Eğitim Kitabevi Yayınları, Konya, s.293-314.
244. Lloyd C, Smith J, Weinger K. (2005). Stres and Diabetes: A review of the links. *Diabetes Spectrum*, 18(2):121-127.
245. Logan D, Zelikovsky N, Labay L, Spergel J. (2003). The illness management survey: Identifying adolescents' perceptions of barriers to adherence. *Journal of Pediatric Psychology*, 28 (6):383-392.
246. Lynch M. (1991). P-A-C-E yourself: Tips on time management. *Nursing*, 21(3):104-106.
247. Macan TH. (1996). Time-management training: Effects on time behaviors, attitudes, and job performance. *The Journal of Psychology*, 130 (3):229-236.
248. MacCracken J. (2007). Diyabetes Mellitus. Çeviren: Erkoçoğlu M, İçinde: *Pediatrics. Pediatri*. Çeviri Editörü: Yurdakök M, Cilt:2, Güneş Kitabevi Ltd.Şti., Elsevier, Mosby, Ankara, s.1039-1047.
249. Mackenzie A. (1995). Time for Success. Başarı ve Zaman. Birinci Basım, Türkçesi: Banger G, Bilim Teknik Yayınevi, İstanbul.
250. Majaliwa ES, Munubhi E, Ramaiya K, Mpembeni R, Sanyiwa A, Mohn A, Chiarelli F. (2007). Survey on acute and chronic complications in children and adolescents with type 1 diabetes at Muhimbili National Hospital in Dar es Salaam, Tanzania. *Diabetes Care*, 30 (9):2187-2192.
251. Makin PE, Lindley PA. (1995). Pozitive Stress Management. Pozitif Stres Yönetimi. Çeviren: Arslan A, Rota Yayın Yapım Tanıtım Tic. Ltd. Şti., İstanbul s.22-42.
252. Mancini M. (2003). Time Management. The McGraw-Hill Companies Inc., New York, p.57-65.
253. Margeirsdottir HD, Larsen JR, Brunborg C, Sandvik L, Dahl-Jorgensen K. (2007). Strong association between time watching television and blood glucose control in children and adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 30 (6):1567-1570.
254. Marquis BL, Huston CJ. (2006). Leadership Roles and Management Functions in Nursing Theory and Application. 5 th edition, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, p. 191-213.
255. Mazıcıoğlu MM, Öztürk A. (2003). Üniversite 3. ve 4. sınıf öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları ve bunu etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*, 25 (4):172-178.
256. McNabb WL. (1997). Adherence in diabetes: Can we define it and can we measure it? *Diabetes Care*, 20(2):215-218.
257. Meadow SR, Newell SJ. (2003). Lecture Notes on Pediatrics. Pediatri. 7. Baskı, Çeviri Editörü: Adal E, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s.211-213.
258. Merrill AR, Merrill R. (2006). Creating a Dynamic Balance of Work, Family,&Money. Dengeli Yaşam. 1. Basım, Türkçesi: Nayır F, Deniztekin O, Varlık Yayınları A.Ş., İstanbul, s.220.
259. Messmer M. (2000). Effective time management. *Business Credit*, 102(6):41-42.
260. Miller VA, Drotar D. (2007). Decision-making competence and adherence to treatment in adolescents with diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (2):178-188.

261. Misra R, McKean M. (2000). College students' academic stres and its relation to their anxiety, time management and leisure statisfaction. *American Journal of Health Studies*, 16(1):41-51.
262. Modi AC, Quittner AL. (2006). Barriers to treatment adherence for children with cystic fibrosis and asthma: What gets in the way ?. *Journal of Pediatric Psychology*, 31 (8):846-858.
263. Morwessel NJ. (2001). Diabetes Mellitüs. İçinde: *Birinci Basamak Pediyatri Hasta Çocuk Bakımı*. Çev: Demir İA, Turgut Yayıncılık ve Ticaret A.Ş., İstanbul, s.199-207.
264. Mullooly CA, Kemmis KL. (2005). Diabetes educators and exercise prescription. *Diabetes Spectrum*, 18(2):108-113.
265. Murat Z. (2007). Diyabetik Ketoasidoz Tablosu ile Başvuran Tip 1 Diabetes Mellituslu Hastalarda Prodrom Süresi Uzunluğunun İlk İki Yıldaki Metabolik Kontrol Üzerine Etkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Tez Yöneticisi: Uzm.Dr. SE Adal).
266. Naar-King S, Idalski A, Ellis D, Frey M, Templin T, Cunningham PB, Cakan N. (2006). Gender differences in adherence and metabolic control in urban youth with poorly controllly type 1 diabetes: The mediating role of mental health symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, 31 (8):793-802.
267. Nunn E, King B, Smart C, Anderson D. (2006). A randomized controlled trial of telephone calls to young patients with poorly cotrolled type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, 7:254-259.
268. Nutrition principles and recommendations in diabetes (2004). *Diabetes Care*, 27(Supp.1):36-46.
269. Nutrition recommendations and interventions for diabetes (2008). *Diabetes Care*, 31(Supp.1):61-78.
270. O'connor A. (2000). Time management for kids. *Better Homes and Gardens*, 78(10):104-105.
271. Odabaşı İ. (1991). Tip 1 Diabetli Hastalarda Akut Egzersize Cevap. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Prof.Dr. K Sarpyener).
272. Odabaşı İ. (2006). Egzersiz ve diyabet. *Diyabet Forumu*, 1(71):71-76.
273. Oktay S. (2002). Diyabet Bakımı: Sınırlar Ötesi Stratejiler. İçinde: *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*. Ed: Erdoğan S, Yüce Reklam/Yayım/Dağıtım A.Ş., İstanbul, s.1-10.
274. Orpen C. (1994).The effect of time-management training on employee attitudes and behavior: A field experiment. *The Journal of Psychology*, 128(4):393-396.
275. Oymak E. (1996). Tüketici-zaman-çevre-kalite. *Standard Ekonomik ve Teknik Dergi*, Zaman-Kalite-Çevre Yönetimi Özel Sayısı(35):84, 1996.
276. Öktem MK. (1993). Zaman yönetimi: Örgütsel etkililiği artırmada zaman faktöründen yararlanılması. *Amme İdaresi Dergisi*, 26(1):217-236.
277. Ölçer F. (1999). Verimli zaman kullanımının etmenleri. *Amme İdaresi Dergisi*, 32(3):129-148.
278. Özcan G. (2006). İlköğretim Dördüncü ve Beşinci Sınıf Öğrencilerinin Ders Çalışma Alışkanlıkları ve Ortamlarının İncelenmesi. M.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard.Doç.Dr. O Aydın).

279. Özçelik EM. (2001). Tip 1 Diyabetes Mellitusu Olan Adolesanlara Verilen Eğitimin Metabolik Kontrolleri ve Öz Bakımları Üzerine Etkisi. D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, (Danışman: Yard.Doç.Dr. C Öztürk).
280. Özdamar S. (1996). Zaman en ucuz ve en pahalı kaynaktır. *Standard Ekonomik ve Teknik Dergi*, Zaman-Kalite-Çevre Yönetimi Özel Sayısı(35):40-42.
281. Özenoğlu A, Hatemi H. (2004). Diabette Beslenme. 1. Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, s.167-171.
282. Özer E. (2002). Etkin Diyabet Hasta Eğitim Programlarının Geliştirilmesi. İçinde: *Diyabet Merkezleri Alt Yapısının Organizasyonu ve Diyabet Tanı& Tedavi Algoritması*. Editör: Yılmaz MT, Aventis, İstanbul, s.33-44.
283. Özer E. (2003). Kan Şekeri Kontrolü İçin Karbonhidrat Sayımı. Gri Tasarım, İstanbul, s.1-8.
284. Özer E. (2005). Etkin diyabet hasta eğitim programlarının geliştirilmesi. *Diyabet Forumu*. 1:61-66.
285. Özgen C. (2004). Etkili Zaman Yönetimi. Meteksan A.Ş., Ankara.
286. Özgen H. (1998). İşletmelerde zaman yönetimi. *Standard Ekonomik ve Teknik Dergi*, 37(442):56-59.
287. Özgen H, Doğan S. (1997). Zaman yönetiminde yeni yönetim ve organizasyon yaklaşımları. *Standard Ekonomik ve Teknik Dergi*, 36(425):136-145.
288. Özgüney S. (1996). Yönetici Hemşireler Açısından Zaman Yönetimi ve Yönetici Hemşirelerin Zaman ile İlgili Varsayımlarının Tespitine Yönelik Bir Çalışma. İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç.Dr. T Kılınç).
289. Özmen D, Çetinkaya AÇ, Ergin D, Şen N, Erbay PD. (2007). Lise öğrencilerinin yeme alışkanlıkları ve beden ağırlığını denetleme davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (2):98-105.
290. Öztürk H, Bahçecik N. (2003). Zaman yönetimi ve hemşirelikte önemi. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 7(2):41-45.
291. Öztürk ÖM. (1997). Tip 1 Diabetik Çocuklarda Davranış Sorunları ve Diabet Kontrolü ile İlişkisi. İ. Ü. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç.Dr. Ü Tüzün).
292. Özyazar M. (2004). Diabetes Mellitus'ta Medikal Beslenme Tedavisi. İçinde: *Sağlıkta ve Hastalıkta Beslenme*. Editörler: Oşar Z, Erkan T, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etkinlikleri, İstanbul, s.67-83.
293. Panogiotopoulos C, Preston JM, Stewart LL, Metzger DL, Chanoine JP. (2003). Weekly telephone contact by a diabetes educator in adolescents with type 1 diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*, 27 (4): 422-427.
294. Paşa M. (2001). Zaman Yönetimi ve Bir Uygulama. U.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Bursa, (Danışman: Prof.Dr. Z Sabuncuoğlu).
295. Patino AM, Sanchez J, Eidson M, Delamater AM. (2005). Health Beliefs and regimen adherence in minority adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 30 (6):503-512.

296. Pearce C. (2007). Ten steps to managing time. *Nursing Management*, 14(1):23.
297. Pek H. (2002a). Diyabet ve Beslenme. İçinde: *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*. Ed: Erdoğan S, Yüce Reklam/Yayım/Dağıtım A.Ş., İstanbul, s.21-30.
298. Pek H. (2002b). Diyabet ve Egzersiz. İçinde: *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*. Ed: Erdoğan S, Yüce Reklam/Yayım/Dağıtım A.Ş., İstanbul, s.31-37.
299. Pek H. (2002c). İnsülin Tedavisi. İçinde: *Sertifikalı Diyabet Hemşiresi Yetiştirme Programı Kitabı*. Marmara Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi, Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.
300. Pek H. (2003a). İnsülin Uygulamaları. İçinde: *Sertifikalı Diyabet Hemşiresi Yetiştirme Programı Kitabı*. Marmara Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi, Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.
301. Pek H. (2003b). İnsülin Uygulamaları. İçinde: *Sertifikalı Diyabet Hemşiresi Yetiştirme Programı Kitabı*. Marmara Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi, Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.
302. Pek H. (2004). İnsülin Uygulamaları. İçinde: *Sertifikalı Diyabet Hemşiresi Yetiştirme Programı Kitabı*. Marmara Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi, Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.
303. Pek H. (2005a). Diyabet Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları. İçinde: *Sertifikalı Diyabet Hemşiresi Yetiştirme Programı Kitabı*. Marmara Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi, Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.
304. Pek H. (2005b). İnsülin Uygulamaları. İçinde: *Sertifikalı Diyabet Hemşiresi Yetiştirme Programı Kitabı*. Marmara Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi, Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.
305. Pek H. (2005c). İnsülin tedavisi ve uygulaması. İçinde: *Diyabet Hemşireliği Derneği Sürekli Eğitim Programı. Temel Diyabet Bilgisi Kitabı*. İstanbul.
306. Peltekoğlu F. (1996). Zamanı iyi kullanmak zorundayız. *Kalkınmada Anahtar Verimlilik Dergisi*, 8(86):4.
307. Perwien AR, Johnson SB, Dymtrow D, Silverstain J. (2000). Blood glucose monitoring skills in children with type 1 diabetes. *Clinical Pediatrics*, 39(6):351-357.
308. Physical activity/exercise and diabetes mellitus. (2003). *Diabetes Care*, 26(Supp.1):73-77.
309. Physical activity/exercise and diabetes. (2004). *Diabetes Care*, 27(Supp.1):58-62.
310. Pınar R, Arslanoğlu İ, İşgüven P, Çizmeci F, Günöz H. (2003). Self-efficacy and its interrelation with family environment and metabolic control in Turkish adolescents with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*. 4:168-173.
311. Polat H. (2001). İlköğretim 1. Kademe Sınıf Öğretmenlerinin Sınıf İçi Eğitsel Durumlar ile İlgili Görüşleri ve Zamanı Kullanımı. M.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç.Dr. S Ada).
312. Reese S. (2006). Helping your students manage their time. *Techniques*, 81(7):21.
313. Renda SM. (2006). A practical look at self-monitoring of blood glucose. *İnsülin*, 1(4):141-147.
314. Rhodes M. (2006). Helping busy kids manage their time. *Instructor*, 116(1):67-68.
315. Rice R. (2006). Home Care Nursing Practice. Concepts and Application. Fourth Edition, Mosby Elsevier, St. Louis, p.268-280.
316. Riddell MC, Perkins BA. (2006). Type 1 diabetes and vigorous exercise: Applications of exercise physiology to patient management. *Canadian Journal of Diabetes*, 30(1):63-71.

317. Rigolosi ELM. (2005). Management and Leadership in Nursing and Health Care. Second Edition, Springer Publishing Company, New York, p.234-251.
318. Robinson J. (1991). It's 10 o'clock. Do you know where your teenager is ?. *American Demographics*, 13(10):8-10.
319. Robinson JP, Bianchi S. (1997). The children's hours. *American Demographics*. 19(12):20-24.
320. Romeo SA. (1993). Are you managing your time or is time managing you ?. *SuperVision*, 54(11):14-16.
321. Rosilio M, Cotton JB, Wieliczko MC, Gendraul B, Carel JC, Couvaras O, Ser N, Gillet P, Soskin S, Garandfau P, Stuckens C, Luyer BL, Jos J, Bony-Trifunovic H., Bertrand AM, Leturcq F, Lafuma A, The French Pediatric Diabetes Group Pierre-François Bougneres.(1998). Factors associated with glycemic control. *Diabetes Care*, 21 (7):1146-1153.
322. Rozakis L. (2003). Test Taking Strategies and Study Skills for the Utterly Confused. The McGraw-Hill Companies Inc., New York, p.33-48.
323. Russell LB, Suh D-C, Safford MM. (2005). Time requirements for diabetes self-management: Too much for many ?. *The Journal of Family Practice*, 54(1):52-56.
324. Sabuncuoğlu Z, Paşa M. (2002). Zaman Yönetimi. Birinci Baskı, Ezgi Kitabevi, Bursa.
325. Sabuncuoğlu Z, Tüz M. (1998). Örgütsel Psikoloji. 3. Baskı, Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd. Şti., Bursa, s.225-235.
326. Safford MM, Russell L, Suh D-C, Roman S, Pogach L. (2005). How much time do patients with diabetes spend on self-care ?. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 18(4):262-270.
327. Saka N. (2000). Diyabetli çocuk ve adolesanlarda geç komplikasyonların önlenmesi. *Diyafor*, 5(20):38-39.
328. Saka N. (2003). Diabetes Mellitus. İçinde: *Pediatric Endokrinoloji*. Editörler: Günöz H, Öcal G, Yordam N, Kurtoğlu S, I. Basım, Pediatric Endokrinoloji ve Oksoloji Derneği Yayınları:1, Kalkan Matbabacılık, Kayseri, s.415-443.
329. Salman S, Yılmaz MT. (2003). İnsülin Tedavisi ve Tedavi Protokolleri. İçinde: *Diabetes Mellitus'un Modern Tedavisi*. Editörler: Yılmaz MT, Bahçeci M, Büyükbeşe A, Özlem Grafik Matbaacılık, İstanbul, s.11-20.
330. Sangsiry SS, Bhosle M, Sail K. (2006). Factors that affect academic performance among pharmacy students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 70 (5):1-9.
331. Santiprabhob J, Weerakulwattana P, Nunloi S, Kiattisakthavee P, Wongarn R, Wekawanich J, Nakavachara P, Chaichanwattanakul K, Likitmaskul S.(2007). Etiology and glycemic control among thai children and adolescents with diabetes mellitus. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 90 (8):1608-1615.
332. Satman İ. (2006). Diabetes Mellitus Epidemiyolojisi. İçinde: Diabetes Mellitus 2006. Ed: İmamaoğlu Ş, Deomed Medikal Yayıncılık, İstanbul, s. 27-52.
333. Satman İ, Yılmaz C, İmamaoğlu Ş. (Editörler), (2007). Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. Genişletilmiş ve Güncelleştirilmiş 2. Baskı, Türkiye

Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Akal Ofset Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti., İstanbul, s.69.

334. Satman İ, Yılmaz MT, Şengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, Bastar İ, Tütüncü Y, Sargın M, Dinççağ N, Karşıdağ K, Kalaça S, Özcan C, King H. (2002). Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey. *Diabetes Care*, 25(9):1551-1556.
335. Satman İ, Yılmaz MT, Şengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, Bastar İ, Tütüncü Y, Sargın M, Dinççağ N, Karşıdağ K, Kalaça S, Özcan C, King H. (2003). Türkiye’de diyabet ve risk faktörlerinin popülasyon bazlı araştırması. *Calamus*, 2:1-10.
336. Sayan İ. (2005). Yönetici Hemşirelerde Zaman Yönetimi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard.Doç.Dr. N Bahçecik).
337. Saygısever Y. (2002). İşletme Yönetiminde Etkin Zaman Kullanımı ve Çalışanlar Açısından Zaman Yönetiminin Araştırılması. İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard.Doç.Dr. C Dikmen).
338. Schechter CB. (2002). Improving adherence to diabetes self-management recommendations. *Diabetes Spectrum*, 15(3):170-175.
339. Schreiner B, Brow S, Phillips M. (2000). Management strategies for the adolescent lifestyle. *Diabetes Spectrum*, 13(2):83.
340. Scoot M. (1997). Zaman Yönetimi. İkinci Baskı, Çeviri: Çelik AÇ, Rota Yayın Yapım Tanıtım Tic. Ltd. Şti., İstanbul.
341. Scottish Study Group for the Care of The Young Dibetic. (2001). Factors influencing glycemic control in young people with type 1 diabetes in Scotland. *Diabetes Care*, 24 (2):239-244.
342. Seçkin D. (2006). Tip 1 Diyabetli Çocuğa Sahip Ailelerin Çocuğun Bakımıyla Yaşadıkları Güçlükler. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman:Yard.Doç.Dr. A Yıldız).
343. Selçukbiricik F, Velibeyoğlu FM, Öztarhan K, Palabıyık M. (2005). Pediatri. 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s.706-716.
344. Semerci ZB. (1999). Hasta Çocuğa Yaklaşım. İçinde: *Pediatride Gelişmeler*. Editörler: Özalp İ, Yurdakök M, Coşkun T, Sinem Ofset, Ankara, s.110-113.
345. Senemoğlu N. (1994). Okulöncesi eğitim programı hangi yeterlikleri kazandırmalıdır ?. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10:21-30.
346. Shanahan MJ, Flaherty BF. (2001). Dynamic patterns of time use in adolescence. *Child Development*, 72(2):385-401.
347. Shann MH. (2001). Students’ use of time outside of shool: A case for after school programs for urban middle school youth. *The Urban Review*, 33 (4):339-356.
348. Shapiro M. (2004). 1 Haftada NLP. 7 Günde Yaşamınızı Değiştirin. 1. Baskı, Çeviri: Erengil C, Armoni Yayıncılık, İstanbul, s.89.
349. Sırmacı N. (2003). Matematik öğretmenliği anabilim dalı öğrencilerinin ders çalışma alışkanlıklarının farklı değişkenler açısından incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 44 (2):359-366.

350. Silahtaroglu F. (2004). Akademisyenlerde Zaman Yönetimi. G.O.P Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Tokat, (Danışman: Yard.Doç.Dr. K Ardic).
351. Silink M. (1997). Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Tip 1 Diyabet El Kitabı. Ed: Dünder Y, Hatun Ş, Medicographics Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri, Ankara.
352. Silverstein J, Klingensmith G, Copeland K, Plotnick L, Kaufman F, Laffel L, Deeb L, Grey M, Anderson B, Holzmeister LA, Clark N. (2005). Care of children and adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 28(1):186-212.
353. Silverstein JH, Rosenbloom AL. (2007). Insulin analogs in the intensive treatment of diabetes in children. *Touchbriefings*, s.20-23.
354. Siudikiene J, Maciulskiene V, Nedzelskiene I. (2005). Dietary and oral hygiene habits in children with type I diabetes mellitus related to dental caries. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*, 7 (2):58-62.
355. Smith HW. (1998). The 10 Natural Laws of Successful Time and Life Management. Hayatı ve Zamanı Yönetmenin 10 Doğal Yasası. İkinci Basım, Çeviri: Çelbiş A, Sistem Yayıncılık ve Mat.San.Tic.A.Ş., İstanbul.
356. Smith MS, Richard M, Palmer JP, Pecoraro R, Wenet G. (1991). Glycosylated hemoglobin and psychological adjustment in adolescents with diabetes. *Adolescence*, 26 (101):31-40.
357. SPSS Inc. (2004). SPSS for Windows. Version 13.00.
358. Standards of Medical Care in Diabetes. (2008). *Diabetes Care*, 31(Supp.1):12-54.
359. Stanley TL. (2004). The importance of time management. *SuperVision*, 65(7):10-12.
360. Stewart SM, Lee PWH, Waller D, Hughes CW, Low LCK, Kennard BD, Cheng A, Huen KF. (2003). A follow-up study of adherence and glycemic control among Hong Kong youths with diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 28 (1):67-79.
361. Stotland NL. (2006). Overcoming psychological barriers in Insulin Therapy. *Insulin*, 1 (1):38-45.
362. Strawhacker MT. (2001). Multidisciplinary teaming to promote effective management of type 1 diabetes for adolescents. *Journal of School Health*, 71(6):213-217.
363. Sudhir PM, Kumaraiah V, Munichoodappa C, Kumar KP. (2001). Management of children with diabetes mellitus-psychosocial aspects. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 21(2):69-76.
364. Süvarioğlu S. (2002). Zaman/Yaşam Yönetimi. İçinde: *Örgütte Kişisel Gelişim*. Ed: Aslan AE, 1. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım Ltd.Şti., Ankara, s.372-399.
365. Şencan H. (2005). Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. Birinci Baskı, Seçkin Yayıncılık Sanayi ve Ticaret A.Ş., Ankara.
366. Şengül AM. (1998). Tip 1 Diabetes Mellitus'ta Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
367. Şimşek E, Karabay M, Kocabay K. (2003). Batı karadeniz bölgesinde yaşayan çocuklarda insüline bağımlı diyabetes mellitusun epidemiyolojik özellikleri. *Türk Pediatri Arşivi*, 38:216-222.

368. Şimşek MŞ. (1997). Yönetim ve Organizasyon. 2. Baskı, Damla Ofset Matbaacılık ve Tic. A.Ş., Konya, s.114-125.
369. Tan H. (1996). Verimli Ders Çalışma ve Hayata Hazırlanma. Alkım Yayınevi, İstanbul, s.19-43.
370. Taner B. (2005). Zaman yönetimi. *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Öneri Dergisi*, Ocak:67-71.
371. Taşkın E, Yılmaz E, Kılıç M, Ertuğrul S. (2007). İnsüline bağımlı diyabetes mellitusun epidemiyolojik özellikleri. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 21(2):75-79.
372. Tengilimoğlu D, Coşan P. (2004). Yönetici Asistanlığı. 1. Baskı, Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti., Ankara, s.237-252.
373. Tengilimoğlu D, Tutar H, Altınöz M, Öztürk Başpınar N, Erdönmez C. (2003). Zaman Yönetimi. 1. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti., Ankara.
374. Tezer E. (2006). Diyabetli Hastanın Evde Bakımı. İçinde: *Evde Bakım*. Editörler: Fadiloğlu Ç, Doğan F, Ertem G, Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, İzmir, s.177-95.
375. Timur H. (1998). Zaman yönetimi. *Sayıştay Dergisi*, Özel Sayı(30):83-89.
376. Toparlak D. (1989). Juvenil Diyabetli Çocuk ve Adolesanlarda Psikososyal Değerlendirme. İ.Ü. Çocuk Sağlığı Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof.Dr. A Ekşi).
377. Toparlak D. (1999). Diyabetik Çocuk ve Adölesanlarla Uygulanan Ekip Çalışmasının Özellikleri ve Örnek Çalışmalar. İçinde: *Ben Hasta Değilim*. Ed: Ekşi A, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, s.631-634.
378. Toparlak D. (2003a). Psikolojik Yaklaşım ve Davranış Değiştirme Yöntemleri. İçinde: *Sertifikalı Diyabet Hemşiresi Yetiştirme Programı Kitabı*, Marmara Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi, Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.
379. Toparlak D. (2003b). Diyabeti söylemek. *Diyafon*, 9 (31-32):34-36.
380. Tuncer E, İmamoğlu Ş. (2001). İnsülin Tedavi Prensipleri. İçinde: *Her Yönüyle Diabetes Mellitus*. Editörler: Yenigün M, Altuntaş Y, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s.952-961.
381. Turgut E. (2002). İşletmelerde Etkin Zaman Yönetimi ve Bir Uygulama. D.P.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kütahya, (Danışman: Yard.Doç.Dr. BZ Erdoğan).
382. Tutar H, Altınöz M. (2004). Büro Yönetimi ve İletişim Teknikleri. Geliştirilmiş 3. Baskı, Seçkin Yayıncılık San. ve Tic. A.Ş., Ankara, s.111-120.
383. Tutar H, Altınöz M, Ö.Başpınar N, (2004). Sekreterlik El Kitabı. Temel Sekreterlik ve Yönetici Asistanlığı. Seçkin Yayıncılık San. ve Tic. A.Ş., Ankara, s.329-347.
384. Tümkeya S, Bal L. (2006). Çukurova Üniversitesi öğrencilerinin ders çalışma alışkanlıklarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15(2):313-326.
385. Türk M, Gürsoy ŞT, Ergin I. (2007). Kentsel bölgede lise birinci sınıf öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. *Genel Tıp Dergisi*, 17 (2):81-87.
386. Türkel S. (1996). Kişisel verimin artırılması ve zaman yönetimi. *Standard Ekonomik ve Teknik Dergi*, Zaman-Kalite-Çevre Yönetimi Özel Sayısı(35):50-51.

387. Türkel S, Leblebici DN. (2000). Yönetim bilimi açısından zamanın anlamı ve etkili zaman yönetiminin esasları. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(1):351-376.
388. Tüzün M. (2004). Diabetes Mellitus. İçinde: Endokrinoloji El Kitabı. Editörler: Kabalak T, Yılmaz C, Tüzün M, 3. Basım, Güven Kitabevi Yayıncılık Sanayi Ticaret Limited Şirketi, İzmir, s.609-630.
389. Uçan Ö, Ovayolu N. (2005). Diabetes Mellitus'da insülin kullanımı ve eğitimin önemi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, Mayıs-Haziran:62-66.
390. Uğur A. (2000). Çalışma hayatında zaman yönetimi. *Kalkınmada Anahtar Verimlilik Dergisi*, 12(143):18-19, 22.
391. Uğur A. (2007). İlköğretim Okullarında Zaman Yönetimi Programı Uygulamalar ve Sonuçlar. Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları No:694, Kozan Ofset Matbaacılık Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti., Ankara.
392. Uğur A, Kutlu Ö. (2007). Zaman yönetimi programının etkililiğinin değerlendirilmesi. *Verimlilik Dergisi*, 1:89-124.
393. Uluğ F. (2004). Okulda Başarı. 8. Basım, Remzi Kitabevi A.Ş., İstanbul, s.13-29.
394. Ulupınar Alıcı S. (2005). Diyabetli ve Ailenin Eğitimi. İçinde: *Sertifikalı Diyabet Hemşiresi Yetiştirme Programı Kitabı*. Marmara Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi, Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.
395. Uluşahin S. (1999). Zaman Yönetimi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: H Can).
396. Urbach SL, LaFranchi S, Lambert L, Lapidus JA, Daneman D, Becker TM. (2005). Predictors of glucose control in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Pediatric Diabetes*, 6 (2):69-74.
397. Usta R. (2001a). Yönetimde verimli ve etkin zamanlama. *Standard Ekonomik ve Teknik Dergi*, 40(469):14-21.
398. Usta R. (2001b). Zaman yönetimi ve yöneticilerin zamanı kullanma biçimleri. *Standard Ekonomik ve Teknik Dergi*, 40(478):75-80.
399. Uyer G. (1997). Hemşirelik ve Yönetim. 3. Baskı, Hürbilek Matbaacılık, Ankara, s.92, 255.
400. Uysal Ü. (1998). Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Kliniği'nde Çalışan Hemşirelerin Zaman Kullanımı. D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof.Dr. G Kocaman).
401. Uzunçarşılı Ü, Uzunçarşılı A. (1994). Managing time at work. *Marmara İletişim Dergisi*. 6:7-14.
402. Ünal S, Ada S. (2000). Sınıf Yönetimi. Marmara Üniversitesi Teknik Eğitim Fakültesi Döner Sermaye İşletmesi Matbaa Birimi, İstanbul, s.71-76.
403. Ünsal N. (2007). Tip 1 Diyabetes Mellituslu Çocuklarda ve Adölesanlarda Komplikasyonların ve Otoimmün Hastalıkların Retrospektif Değerlendirilmesi. S.B. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İzmir, (Danışman: Uz.Dr. Ş Can).

404. Üstün B, Akgün E, Partlak N. (2005). Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi. Okullar Yayınevi Matbaacılık ve Elektronik San. Tic. Ltd. Şti., İzmir, s.29-37.
405. Üstün E, Akman B. (2003). Üç yaş grubu çocuklarda kavram gelişimi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 24:137-141.
406. Vaizoğlu SA, Akça O, Akdağ A, Akpınar A, Omar AH, Coşkun D, Güler Ç. (2004). Genç erişkinlerde fiziksel aktivite düzeyinin belirlenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3 (4):63-71.
407. Vançelik S, Önal SG, Güraksın A, Beyhun E. (2007). Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi ve alışkanlıkları ile ilişkili faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (4):242-248.
408. Vestal WK. (1995). Nursing Management, Concepts and Issues. Second Edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, p.163.
409. Vural B. (2004). İş Hayatından Örneklerle Yönetici Asistanlığı ve Sekreterlik. 2. Baskı, Hayat Yayıncılık, İletişim, Yapım, Eğitim Hizmetleri ve Tic. Ltd. Şti., İstanbul, s.257-322.
410. Wdowik MJ. (1998). College Students with Diabetes: Predictors of Diabetes Management and Development of an Intervention. Colorado State University, Department of Food Science and Human Nutrition, Degree of Doctor of Philosophy, Colorado.
411. Weissberg-Benchell J. (2000). Balancing developmental needs and intensive management in adolescents. *Diabetes Spectrum*, 13(2):88.
412. Weissberg-Benchell J, Glasgow AM, Tynan WD. (1995). Adolescent diabetes management and mismanagement. *Diabetes Care*, 18(1):77-82.
413. Wells GD. (1993). Time-Management and Academic Achievement. BA University of Calgary, Department of Psychology, Degree of Master, Canada.
414. White JR, Schick J. (2004). Home blood pressure monitoring and diabetes. *Clinical Diabetes*, 22 (1):28-31.
415. Winnick S, Lucas DO, Hartman AL, Toll D. (2005). How do you improve compliance ?. *Pediatrics*, 115(6):718-724.
416. Wolfsdorf JL. (1999). Improving diabetes control in adolescents. *Diabetes Care*, 22(11):1767-1768.
417. Woods C. (2004). Çalışma Kılavuzu: İş Hayatında Gerekli Temel Bilgi ve Beceriler. Birinci Basım, Çeviren: Şensoy Ü, Optimist Yayın Dağıtım, İstanbul, s.250-253.
418. World Health Organization: Preventing Chronic Diseases a Vital Investment: WHO Global Report. (2005). WHO Press, Geneva, p.34, 37-38, 48.
419. Wysocki T, Xing D, Scharer RF, Doyle EA. (2005). Diabetes self-management profile for flexible insulin regimens. *Diabetes Care*, 28 (8):2034-2035.
420. Yavuz D. (2005). Dünya’da ve Türkiye’de Diyabetin Durumu ve Tanı Kriterleri-Sınıflama-Önlenmesi. İçinde: *Diyabet Hemşireliği Derneği Sürekli Eğitim Programı. Temel Diyabet Bilgisi Kitabı*. İstanbul.

421. Yavuz KE. (2004). Ergenlik Döneminde Yaşam Becerileri Eğitimi Program ve Uygulamaları. Öğretmenler ve Anne-Babalar İçin Bir Gelişim Rehberi. Birinci Baskı, Meter Matbaa, Ceceli Eğitim Hizmetleri A.Ş., Ankara.
422. Yavuzer H. (2001). Çocuk Psikolojisi. Geliştirilmiş 20. Basım, Remzi Kitabevi A.Ş., İstanbul, s.262-279.
423. Yavuzer H. (2005). Gençleri Anlamak, Ana-Babaların En Çok Sorduğu Sorular ve Cevaplarıyla. 2. Basım, Remzi Kitabevi A.Ş., İstanbul, s.20-26, 39.
424. Yaylalı M, Oktay E, Özen Ü, Akan Y, Özer H, Kızıltan A, Naralan A, Doğan EM, Özçomak MS, Aktürk E. (2006). Üniversite Gençliğinin Sosyo-Ekonomik Profili Araştırması. Mega Ofset, Erzurum, s.90.
425. Yazgan İnanç B, Bilgin M, Kılıç Atıcı M. (2005). Gelişim Psikolojisi Çocuk ve Ergen Gelişimi. İkinci Baskı, Nobel Kitabevleri, Adana, s.303-314.
426. Yetkin İ. (2002-2003). İnsülin tedavi ilkeleri. *Türk Diyabet Yıllığı*, s.55-68.
427. Yılmaz A, Aslan S. (2002). Örgütsel zaman yönetimi. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 3(1):25-46.
428. Yılmaz C. (2002). Giriş. İçinde: *Diyabet Hemşiresi El Kitabı*. Ed: Yılmaz C, Asya Tıp Yayıncılık Ltd. Şti., İzmir, s.1-12.
429. Yılmaz H. (2006). Gençler Bu Kitap Sizin İçin. 16. Baskı, Çizgi Kitabevi, Konya, s.89-116, 163-193.
430. Yılmaz MT. (1996). Tip 1 diabetin otoimmün patogenezi. *Aktüel Tıp Dergisi*, 1(7):512-517.
431. Yılmaz MT. (2003). Diabetes Mellitus'un Tanı Kriterleri ve Sınıflaması. İçinde: *Diabetes Mellitus'un Modern Tedavisi*. Editörler: Yılmaz MT, Bahçeci M, Büyükbeşe A, Özlem Grafik Matbaacılık, İstanbul, s.1-9.
432. Yılmaz MT. (2005). Dünyada ve Türkiye'de Diyabetin Durumu, Tanılaması ve Sınıflaması. İçinde: *Sertifikalı Diyabet Hemşiresi Yetiştirme Programı Kitabı*, Marmara Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi, Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.
433. Yılmaz MT. (2006). Tip 1 Diabetes Mellitus. İçinde: *Diabetes Mellitus 2006*. Ed: İmamaoğlu Ş, Deomed Medikal Yayıncılık, İstanbul, s. 55-66.
434. Yopp JM. (2004). The Impact of Family Functioning on Treatment Adherence and Metabolic Control for Adolescents with Poorly Controlled Type 1 Diabetes. Central Michigan University, Degree of Doctor of Philosophy, Michigan.
435. Yorulmaz M. (1997). İnsüline Bağımlı Diabetes Mellitus'lu 11-19 Yaş Grubu Çocuklarda Öz-Bakımlarının Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, (Danışman: Yrd.Doç.Dr. S Ergüney).
436. Yozgat O. (1992). İşletme Yönetiminde Zaman Kullanımı ve Uygulamadan Örnekler. M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof.Dr. O Yozgat).
437. Zülfiyar B, Apak M, Günöz H, Yüksel L, Nayır A. (2000). Kronik Hastalıklar Alt Komisyonu Raporu. İçinde: *İstanbul Çocuk Raporu*.Yayına Hazırlayan: Usta Sayita S, Şirin MR, Birinci Baskı, İstanbul Çocukları Vakfı Yayınları:1, Milli Eğitim Basımevi, İstanbul, s.290-302.

9. EKLER

EK 1	DZYA ve DUADBA'ni Kullanma İzni
EK 2	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Büyüme-Gelişme ve Pediatrik Endokrinoloji Bilim Dalı İzin Yazısı
EK 3	Adolesan Bilgilendirme Formu
EK 4	Adolesan Onam Formu
EK 5	Diyabetli Adolesan Tanılama Formu
EK 6	İngilizce DZYA
EK 6A	Türkçe DZYA
EK 7	İngilizce DUADBA
EK 7A	Türkçe DUADBA
EK 8	Metabolik Kontrol Formu
EK 9	Günlük Kayıt Formu
EK 9A	Günlük Kayıt Formunun Değerlendirilmesinde Kullanılan Kriterler
EK 10	DZYA VE DUADBA'nin Dil Geçerliliğinde Görüşleri Alınan Dil Uzmanları
EK 10A	DZYA VE DUADBA'nın Kapsam Geçerliliğinde Görüşleri Alınan Uzmanlar

EK 1



University of Hawai'i at Mānoa

Clinical Studies Program
Department of Psychology
2430 Campus Road • Honolulu, Hawai'i 96822
Telephone: (808) 956-7644 • Facsimile: (808) 956-4700

Elaine M. Heiby, Ph.D.
Professor
E-mail: *heiby@hawaii.edu*
<http://www2.hawaii.edu/~heiby/>

February 10, 2006

Tülin Dedik
İcadiye Mahallesi,
Hacı Bakkal Sokak,
Günaydin Apt. No:2 Daire: 6
Uskudar - Istanbul / Turkey

Dear Mr. Dekik:

I hereby provide Tülin Dedik permission for unlimited use of the Diabetes Time Management Questionnaire (DTMQ), the Habits, Attitudes, and Knowledge Questionnaire of Diabetic Compliance (HAK), and the Diabetes Knowledge Schedule (DKS).

Sincerely,

Elaine M. Heiby, Ph.D.

EK 2

T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
BÜYÜME-GELİŞME VE PEDIATRİK ENDOKRİNOLOJİ BİLİM DALI

14 Aralık 2005

Sayın Prof. Dr Hatice Pek;
Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı Başkanı,

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora öğrencisi Tülin Dedik'in "Tip 1 Diyabetli Adölesanlarda Zaman Yönetimi" başlıklı ve yöneticisi olduğunuz tez çalışmasını İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Büyüme-Gelişme ve Pediatrik Endokrinoloji Bilim Dalı'nda izlenen diyabetli olgularımızda yürütmesinin uygun olduğunu belirtir, işbirliğinizden duyduğumuz memnuniyet ile sevgi ve saygılarımı sunarım.

Prof. Dr Hülya Günöz


İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Büyüme-Gelişme ve Pediatrik Endokrinoloji
Bilim Dalı Başkanı

EK 3

ADOLESAN BİLGİLENDİRME FORMU

ÇALIŞMANIN ADI: Tip 1 Diyabetli Adolessanlarda Zaman Yönetimi

“Tip 1 Diyabetli Adolessanlarda Zaman Yönetimi” başlıklı tez çalışması; 13-19 yaş arasındaki Tip 1 diyabetli adolessanların zaman yönetimi becerileri ve bu becerilerin metabolik kontrol üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu nedenle size **“Diyabetli Adolessanı Tanılama Formu”**, **“Diyabet Zaman Yönetimi Anketi”**, **“Diyabete Uyumda Alışkanlıklar, Davranışlar ve Bilgi Anketi”** ve **“Günlük Kayıt Formu”** uygulanacaktır.

Bizim için sizin görüşleriniz değerlidir. Ekte sunulan form ve anketlere en doğru cevabı vererek doldurunuz.

Bu çalışmaya katılma, katılmama veya istediğiniz zaman çalışmayı bırakma hakkına sahipsiniz. İsminiz ve sizinle ilgili tüm bilgiler gizli kalacaktır.

Bu form ve anketleri tamamlamada zaman harcadığınız ve yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

	Adı-Soyadı:	İmza:	Tarih:
Doktor			
Adolessan			
Araştırmacı			

EK 4

ADOLESAN ONAM FORMU

ÇALIŞMANIN ADI: Tip 1 Diyabetli Adolessanlarda Zaman Yönetimi

“Tip 1 Diyabetli Adolessanlarda Zaman Yönetimi” başlıklı tez çalışmasının amacı, ne tür form ve anketlerin uygulanacağı, benimle ilgili her türlü bilginin gizli kalacağı konusunda bilgilendirildim.

Bu koşullarda çalışmanıza hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

	Adı-Soyadı:	İmza:	Tarih:
Doktor			
Adolesan			
Araştırmacı			

EK 5

DİİYABETLİ ADOLESANI TANILAMA FORMU

YÖNERGE: “**Tip 1 Diyabetli Adolesanlarda Zaman Yönetimi**” başlıklı tez çalışması; 13-19 yaş arasındaki Tip 1 diyabetli adolesanların zaman yönetimi becerileri ve bu becerilerin metabolik kontrol üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Bizim için sizin görüşleriniz değerlidir. Aşağıdaki tüm sorulara en doğru cevabı vererek işaretleyiniz. Verdiğiniz tüm bilgiler gizli kalacaktır. Bu tanılama formunu tamamlamada zaman harcadığınız ve yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Tülin DEDİK

1. Adınız-Soyadınız:
2. Doğum tarihiniz: Gün:/ Ay:/ Yıl:
3. Cinsiyetiniz: ☐ 1. Erkek ☐ 2. Kız
4. Sizinle birlikte kaç kardeşiniz ?
5. Büyükten küçüğe doğru sıralandığında ailenizin kaçınıcı çocuğusunuz ?
6. Sosyal güvenceniz :
☐ 1. Emekli sandığı
☐ 2. SSK
☐ 3. Bağ-kur
☐ 4. Yeşil kart
☐ 5. Özel
☐ 6. Sosyal güvencem yok
☐ 7. Diğer (Açıklayınız.....)
7. Annenizin eğitim durumu nedir ?
☐ 1. Okur yazar değil
☐ 2. Okur-yazar
☐ 3. İlkokul
☐ 4. Ortaokul
☐ 5. Lise
☐ 6. Üniversite
8. Babanızın eğitim durumu nedir ?
☐ 1. Okur yazar değil
☐ 2. Okur-yazar
☐ 3. İlkokul
☐ 4. Ortaokul
☐ 5. Lise
☐ 6. Üniversite
9. Eğitim durumunuz:
☐ 1. İlköğretim sınıf
☐ 2. Lise sınıf
☐ 3. Üniversite sınıf
☐ 4. Üniversiteye hazırlanıyorum
☐ 5. Okula gitmiyorum
10. Okula gitmiyorsanız nedenini yazınız :
11. Çalışıyor musunuz ?
☐ 1. Evet ☐ 2. Hayır ☐ 3. Diğer (Açıklayınız.....)
12. Cevabınız evet ise yaptığınız işi ve çalışma sürenizi yazınız:
Çalışma süresi: dk- saat /gün dk- saat /hafta
13. Ailenizde sizin dışınızda tip 1 diyabetli olan var mı ?
☐ 1. Evet ☐ 2. Hayır ☐ 3. Diğer (Açıklayınız.....)
14. Cevabınız evet ise diyabetli bireyin kim ve kaç yıldır diyabetli olduğunu yazınız:
15. Kaç yıldır diyabetlisiniz ?

16. Son bir yılda hiç kontrole gelmediğiniz oldu mu ?

☐ 1. Evet ☐ 2. Hayır

17. Cevabınız evet ise nedenlerini yazınız:.....

18. Diyabetiniz dışında başka bir sağlık sorununuz varsa yazınız:

19. İnsülin tedavinizi yazınız.

Adı:

Saati:

Ünitesi:

•	•	•
•	•	•
•	•	•
•	•	•
•	•	•
•	•	•

20. Son 3 aydır aldığınız insülin tedavisinde hekiminiz tarafından değişiklik yapıldı mı ?

☐ 1. Yapıldı ☐ 2. Yapılmadı

21. Cevabınız evet ise yapılan değişikliği yazınız.

22. Son bir haftada hekiminize/hemşirenize danışmadan aldığınız insülin dozunu değiştirdiniz mi ?

☐ 1. Değiştirdim ☐ 2. Değiştirmedim

23. Cevabınız evet ise nedenlerini yazınız:

24. Kullandığınız insülini ücretle alıyorsanız, ekonomik sorun oluşturuyor mu ?

☐ 1. Oluşturuyor ☐ 2. Oluşturmuyor

25. Cevabınız evet ise nedenlerini yazınız:

26. İnsülininizi uygularken kullandığınız cihaz hangisidir ?

☐ 1. Enjektör

☐ 2. Kalem

27. İnsülininizi nerede saklıyorsunuz (sakladığınız yeri ayrıntılı olarak yazınız) ?

Günlük kullandığım insülinisaklıyorum.

Yedek insülinlerimi saklıyorum.

28. Kan şekeri ölçüm cihazınız var mı ?

☐ 1. Evet

☐ 2. Hayır

29. Ne kadar sıklıkla kan şekeri ölçümü yapıyorsunuz ?

☐ 1. kez /gün

☐ 2. kez /gün ve gerektiğinde daha sık

☐ 3. kez /hafta

30. Düzenli ölçüm yapmıyorsanız nedenlerini yazınız:

31. Son bir haftada kan şekerinizi ölçmediğiniz oldu mu ?

☐ 1. Ölçmedim kez/hafta

☐ 2. Ölçtim

32. Cevabınız ölçmedim ise nedenlerini yazınız:

33. Kan şekeri ölçüm cihazınızın striplerini/ çubuklarını ücretle alıyorsanız sorun oluşturuyor mu ?

☐ 1. Oluşturuyor

☐ 2. Oluşturmuyor

34. Cevabınız oluşturuyor ise nedenlerini yazınız:

35. Kan şekeri ölçüm sonuçlarınızı kaydediyor musunuz ?
☐ 1. Kaydediyorum kez /gün / kez /hafta
☐ 2. Kaydetmiyorum
36. Cevabınız hayır ise nedenlerini yazınız :
37. İdrarınızda keton ölçümü yapıyor musunuz ?
☐ 1. Yapıyorum kez /gün / kez /hafta
☐ 2. Kan şekeri yüksek çıktığında
☐ 3. Yapmıyorum
38. Cevabınız yapmıyorum ise nedenlerini yazınız :
39. İdrar ketonu ölçüm sonuçlarınızı kaydediyor musunuz ?
☐ 1. Kaydediyorum kez /gün / kez /hafta
☐ 2. Bakmıyorum
☐ 3. Hayır
40. Cevabınız hayır ise nedenlerini yazınız :
41. Son bir haftada sabah, öğle ve akşam yemeklerini yemediğiniz oldu mu ?
☐ 1. Yemedim kez /hafta
☐ 2. Yedim
42. Cevabınız yemedim ise nedenlerini yazınız :
43. Son bir haftada gece yatmadan önce ara öğünleri almadığınız oldu mu ?
☐ 1. Almadım kez /hafta
☐ 2. Aldım
44. Cevabınız almadım ise nedenlerini yazınız :
45. Son bir haftada beslenme planına uygun olmayan besinler yediğiniz oldu mu ?
☐ 1. Yedim kez /hafta
☐ 2. Yemedim
46. Cevabınız yedim ise nedenlerini yazınız :
47. Egzersiz yapıyorsanız yaptığınız egzersiz çeşitlerini yazınız (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).
() Yürüyüş
() Koşu
() Bisiklete binme
() Yüzme
() Tenis
() Futbol
() Basketbol
() Voleybol
() Diğer (Açıklayınız.....)
48. Son bir haftada egzersiz yapmadığınız oldu mu ?
☐ 1. Yapmadım kez /hafta
☐ 2. Yaptım
49. Cevabınız yapmadım ise nedenlerini yazınız :
50. En son bakılan HbA_{1c} değerinizi biliyor musunuz ?
☐ 1. Biliyorum %
☐ 2. Bilmiyorum
51. Cevabınız hayır ise nedenlerini yazınız :

52. Son bir haftada kaç kez hipoglisemi (kan şekeri düşmesi) yaşadınız ?

- ☐ 1. 1-3 kez
- ☐ 2. 4-6 kez
- ☐ 3. 7-9 kez
- ☐ 4. 10 kez veya daha fazla
- ☐ 5. Hiç yaşamadım
- ☐ 6. Bilmiyorum

53. Son bir haftada kaç kez hiperglisemi (kan şekeri yükselmesi) yaşadınız ?

- ☐ 1. 1-3 kez
- ☐ 2. 4-6 kez
- ☐ 3. 7-9 kez
- ☐ 4. 10 kez veya daha fazla
- ☐ 5. Hiç yaşamadım
- ☐ 6. Bilmiyorum

54. Son bir haftada kaç kez idrarınızda keton saptadınız ?

- ☐ 1. 1-3 kez
- ☐ 2. 4-6 kez
- ☐ 3. 7-9 kez
- ☐ 4. 10 kez veya daha fazla
- ☐ 5. Hiç saptamadım
- ☐ 6. Bilmiyorum
- ☐ 7. İdrarımda keton bakmadım

55. Ev dışındaki yerlere giderken (okul, işyeri, arkadaşlarınızın yanı gibi) yanınıza kan şekeri kontrolünüzü sağlamak amacıyla neler alıyorsunuz ? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Kan şekeri ölçüm cihazı
- ☐ Ölçüm çubukları
- ☐ Otomatik lanset/parmak delici
- ☐ İnsülin kalemi/ enjektör
- ☐ Yedek kartuşlar/ flakon
- ☐ İğne uçları
- ☐ Günlük kayıt defteri
- ☐ Pamuk gibi malzemeler
- ☐ Glukagon
- ☐ Basit şeker (kesme şeker, meyve suyu gibi)
- ☐ Yiyecek
- ☐ Diğer ölçüm cihazları(idrar veya keton ölçüm cihazı) ve ölçüm çubukları
- ☐ Hiçbir şey almıyorum

56. Eğer hiçbir şey almıyorsanız nedenini yazınız:.....

57. Ne kadar sıklıkla banyo yapıyorsunuz ?

- ☐ 1.kez / gün
- ☐ 2.kez / hafta

58. Ne kadar sıklıkla dişlerinizi fırçalıyorsunuz ?

- ☐ 1.kez / gün
- ☐ 2.kez / hafta
- ☐ 3. Bazen fırçalıyorum
- ☐ 4. Hiç fırçalamıyorum

59.Cevabınız bazen/hiç fırçalamıyorum ise nedenlerini yazınız:

60. Ne kadar sıklıkla ayak bakımı yapıyorsunuz ?

- ☐ 1. kez / gün
- ☐ 2.kez / hafta
- ☐ 3.kez / ayda
- ☐ 4. Bazen yapıyorum
- ☐ 5.Hiç yapmıyorum

61.Cevabınız bazen/hiç yapmıyorum ise nedenlerini yazınız:

62. Sigara içiyor musunuz ?
☐ 1.İçiyorum Sigara içmeye başlama yaşıınız :..... tane/ güntane/ hafta
☐ 2. Bıraktım Ne kadar süredir bıraktığınızı yazınız: ayyıl
☐ 3. İçmiyorum
63. Alkol kullanıyor musunuz?
☐ Kullanıyorum Alkol kullanmaya başlama yaşıınız :..... bardak/gün bardak/hafta
☐ Kullanmıyorum
64. Ailenizden kaç kişi diyabetli olduğunuzu biliyor ?
☐ 1. Hiçbiri bilmiyor
☐ 2. Sadece annem biliyor
☐ 3. Sadece babam biliyor
☐ 4. Annem ve babam biliyor
☐ 5. Sadece kardeşlerim biliyor
☐ 6. Kardeşlerimin bir kısmı biliyor
☐ 7. Ailemin hepsi biliyor
☐ 8. Diğer (Açıklayınız.....)
65. Arkadaş çevrenizden kaç kişi diyabetli olduğunuzu biliyor ?
☐ 1. Hiçbiri bilmiyor
☐ 2. Bir kısmı biliyor
☐ 3. Çoğunluğu biliyor
☐ 4. Hepsi biliyor
☐ 5. Diğer (Açıklayınız.....)
66. Öğretmenleriniz diyabetli olduğunuzu biliyor mu ?
☐ 1. Hiçbiri bilmiyor
☐ 2. Bir kısmı biliyor
☐ 3. Çoğunluğu biliyor
☐ 4. Hepsi biliyor
☐ 5. Okula gitmiyorum
☐ 6. Diğer (Açıklayınız.....)
67. Çalışıyorsanız işyerinizdeki bireyler diyabetli olduğunuzu biliyor mu ?
☐ 1. Hiçbiri bilmiyor
☐ 2. Bir kısmı biliyor
☐ 3. Çoğunluğu biliyor
☐ 4. Hepsi biliyor
☐ 5. Diğer (Açıklayınız.....)
68. Diyabetinizin yönetiminde ailenizden/çevrenizden yardım alıyor musunuz ?
☐ 1. Evet ☐ 2. Hayır ☐ 3. Diğer (Açıklayınız.....)
69. Diyabetinizin yönetiminde yardım alıyorsanız ailenizde size en çok kim/kimler yardımcı oluyor ? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
☐ 1. Annem
☐ 2. Babam
☐ 3. Kardeşim
☐ 4. Ağabeyim/ ablam
70. Diyabetinizin yönetiminde hangi konularda yardım alıyorsunuz ? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
☐ 1. İnsülin tedavisi
☐ 2. Kendi kendine izlem (kan şekeri ölçümü gibi)
☐ 3. Beslenme
☐ 4. Egzersiz
☐ 5. Özel durumlar (seyahat, özel günler gibi) (Açıklayınız.....)
☐ 6. Diğer (Açıklayınız.....)

71. Diyabetinizin yönetiminde insülin uygularken yardım alıyorsanız ailenizde/çevrenizde size kim/kimler yardımcı oluyor? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
- ☐ 1. Bir aile bireyim
 - ☐ 2. Arkadaşım
 - ☐ 3. Öğretmenim
 - ☐ 4. Diğer (Açıklayınız.....)
72. Diyabetinizin yönetiminde kan veya idrarınızda şekerinizi ölçerken yardım alıyorsanız ailenizde/çevrenizde size kim/kimler yardımcı oluyor? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
- ☐ 1. Bir aile bireyim
 - ☐ 2. Arkadaşım
 - ☐ 3. Öğretmenim
 - ☐ 4. Diğer (Açıklayınız.....)
73. Diyabetinizin yönetiminde sağlık ekibi üyelerinden yardım alıyor musunuz ?
- ☐ 1. Alıyorum
 - ☐ 2. Almıyorum
74. Diyabetinizin yönetiminde yardım alıyorsanız sağlık ekibi üyelerinden size kim/kimler yardımcı oluyor ? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
- ☐ 1. Hekim (doktor)
 - ☐ 2. Hemşire
 - ☐ 3. Diyetisyen
 - ☐ 4. Psikolog
 - ☐ 5. Diğer (Açıklayınız.....)
75. Diyabetinizin yönetiminde sağlık ekibi üyelerinden hangi konularda yardım alıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
- ☐ 1. İnsülin tedavisi
 - ☐ 2. Kendi kendine izlem
 - ☐ 3. Beslenme
 - ☐ 4. Egzersiz
 - ☐ 5. Özel durumlar (seyahat, özel günler vb.) (belirtiniz).....
 - ☐ 6. Kronik komplikasyonlar
 - ☐ 7. Diğer (Açıklayınız.....)
76. Diyabetinizin yönetiminde telefonla sağlık ekibi üyelerinden yardım alıyor musunuz ?
- ☐ 1. Alıyorum
 - ☐ 2. Almıyorum
77. Diyabetinizin yönetiminde telefonla yardım alıyorsanız sağlık ekibi üyelerinden size kim/kimler yardımcı oluyor ? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
- ☐ 1. Hekim (doktor)
 - ☐ 2. Hemşire
 - ☐ 3. Diyetisyen
 - ☐ 4. Psikolog
 - ☐ 5. Diğer (Açıklayınız.....)
78. Sağlık ekibi üyelerinden telefonla size en çok kim yardımcı oluyor ?
- ☐ 1. Hekim (doktor)
 - ☐ 2. Hemşire
 - ☐ 3. Diyetisyen
 - ☐ 4. Psikolog
 - ☐ 5. Diğer (Açıklayınız.....)
79. Diyabetinizin yönetiminde telefonla sağlık ekibi üyelerinden hangi konularda yardım alıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
- ☐ 1. İnsülin tedavisi
 - ☐ 2. Kendi kendine izlem
 - ☐ 3. Beslenme
 - ☐ 4. Egzersiz
 - ☐ 5. Özel durumlar (seyahat, özel günler gibi) (belirtiniz).....
 - ☐ 6. Kronik komplikasyonlar
 - ☐ 7. Diğer (Açıklayınız.....)

80. Diyabet nedeniyle son 1 yıldır hastaneye yattınız mı ?
☐ 1. Yattım/ kez
☐ 2. Yatmadım
81. Cevabınız yattım ise hastaneye yatma nedenlerini yazınız (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.).
☐ 1. Hipoglisemi
☐ 2. Hiperglisemi
☐ 3. Diyabetik ketoasidoz
☐ 4. Koma
☐ 5. Diğer (Açıklayınız.....)
82. Bu yıl içinde okula devam ederken diyabet nedeniyle devamsızlık yaptınız mı ?
☐ 1. Yaptımgün / yıl
☐ 2. Yapmadım
83. Cevabınız yaptım ise devamsızlık nedenlerini yazınız (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.).
☐ 1. Hipoglisemi
☐ 2. Hiperglisemi
☐ 3. Diyabetik ketoasidoz
☐ 4. Koma
☐ 5. Diğer (Açıklayınız.....)
84. Son bir haftada ailenizle veya arkadaşlarınızla ilişkilerinizi bozan herhangi bir fiziksel (sağlık sorunu gibi) veya duygusal (üzüntü, korku gibi) bir sorun yaşadınız mı ?
☐ 1. Yaşadım ☐ 2. Yaşamadım
85. Cevabınız yaşadım ise sorununuzu yazınız:
- 86 . Diyabet yönetiminize ilişkin başka yorum ve düşünceleriniz var mı ? Lütfen açıklayınız ?
.....
87. Diyabetinizin kontrol altına alınmadığı durumlarda körlük, böbrek hastalığı, kalp hastalığı, sinir hasarı gibi sonuçlara yol açabileceğini inanıyorsanız hangi sonuçlara yol açabileceğini yazınız. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
☐ 1. Körlük
☐ 2. Böbrek hastalığı
☐ 3. Kalp hastalığı
☐ 4. Sinir hasarı
☐ 5. Diğer (Açıklayınız.....)
88. Diyabet kontrolünüze gelirken diyabet hemşirenize sormayı düşündüğünüz veya bilmeyi istediğiniz şeylerin listesini yapar mısınız ?
☐ 1. Hayır yapmam
☐ 2. Hemen hemen hiç yapmam
☐ 3. Bazen yaparım
☐ 4. Çoğu zaman yaparım
☐ 5. Her zaman yaparım
89. Diyabet kontrolünüze geldiğinizde sizi kontrol eden hekimin size yeterli zaman ayırdığını düşünüyor musunuz ?
☐ 1. Hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum
☐ 2. Hemen hemen hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum
☐ 3. Bazen zaman ayırdığını düşünüyorum
☐ 4. Çoğu kez zaman ayırdığını düşünüyorum
☐ 5. Her zaman ayırdığını düşünüyorum
90. Diyabet kontrolünüze geldiğinizde diyabet hemşiresinin size yeterli zaman ayırdığını düşünüyor musunuz ?
☐ 1. Hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum
☐ 2. Hemen hemen hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum
☐ 3. Bazen zaman ayırdığını düşünüyorum
☐ 4. Çoğu kez zaman ayırdığını düşünüyorum
☐ 5. Her zaman ayırdığını düşünüyorum

91. Diyabet kontrolünüze geldiğinizde diyetisyenin size yeterli zaman ayırdığını düşünüyor musunuz?

- ☐ 1. Hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum
- ☐ 2. Hemen hemen hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum
- ☐ 3. Bazen zaman ayırdığını düşünüyorum
- ☐ 4. Çoğu kez zaman ayırdığını düşünüyorum
- ☐ 5. Her zaman ayırdığını düşünüyorum

92. Diyabet kontrolünüze geldiğinizde psikoloğun size yeterli zaman ayırdığını düşünüyor musunuz ?

- ☐ 1. Hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum
- ☐ 2. Hemen hemen hiç zaman ayırmadığını düşünüyorum
- ☐ 3. Bazen zaman ayırdığını düşünüyorum
- ☐ 4. Çoğu kez zaman ayırdığını düşünüyorum
- ☐ 5. Her zaman ayırdığını düşünüyorum

93. Diyabet kontrolünüze geldiğinizde zaman yönetimi ile ilgili eğitim aldınız mı ?

- ☐ 1. Aldım ☐ 2. Almadım

94. Cevabınız evet ise kimden aldığınızı yazınız:

95. Diyabetinizin kontrolünde zaman yönetimi ile ilgili bilgi almayı ister miydiniz ?

- ☐ 1. İstiyorum ☐ 2. İstemiyorum

EK 6**THE DIABETES TIME MANAGEMENT QUESTIONNAIRE**

PLEASE ANSWER ALL OF THE FOLLOWING QUESTIONS BY GIVING THE BEST POSSIBLE ANSWER ABOUT YOUR GENERAL TIME MANAGEMENT SKILLS AND SCHEDULING YOUR DAILY DIABETES HEALTHCARE ACTIVITIES. PLEASE BE AS HONEST AS POSSIBLE AND ANSWER ALL QUESTIONS. PLEASE PROVIDE ONLY ONE ANSWER TO EACH QUESTION. YOUR NAME WILL NOT BE ASSOCIATED WITH YOUR RESPONSES AND ALL INFORMATION YOU PROVIDE WILL REMAIN CONFIDENTIAL. THANK YOU FOR TAKING THE TIME TO COMPLETE THIS QUESTIONNAIRE.

1. I have enough time to accomplish my daily responsibilities.
1 2 3 4 5
Often Sometimes Never
2. I use my time effectively and efficiently.
1 2 3 4 5
Often Sometimes Never
3. I am concerned about how I manage my time.
1 2 3 4 5
Often Sometimes Never
4. I wake up and go to sleep at approximately the same time every day and night.
1 2 3 4 5
Often Sometimes Never
5. I take my diabetes medication (insulin or pills) at approximately the same time each day.
1 2 3 4 5
Often Sometimes Never
6. I meet deadlines (e.g., paying bills on time, showing up for appointments on time).
1 2 3 4 5
Often Sometimes Never
7. I eat my meals at approximately the same time each day.
1 2 3 4 5
Often Sometimes Never
8. I schedule exercise into my routine at least three or more times per week.
1 2 3 4 5
Often Sometimes Never
9. I put off doing things I want to get done even when I have the time to do them.
1 2 3 4 5
Often Sometimes Never
10. I schedule blood glucose monitoring into my daily routine at set times.
1 2 3 4 5
Often Sometimes Never
11. When I have more to do than I can accomplish in a day, I prioritize things so the most important ones can be done first.
1 2 3 4 5
Often Sometimes Never

12. I keep my diabetes healthcare plan on a regular schedule.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
13. I feel overwhelmed by what I need to do in a day.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
14. When I take my diabetes medication (insulin or pills) before a meal, I take it with in the time prescribed prior to eating.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
15. When I have more to do than I can accomplish in a day, I can't seem to figure out where to begin.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
16. I procrastinate (put things off).
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
17. When I have a lot of things to do, I like to get the hardest tasks out of the way first.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
18. When I exercise, it is at approximately the same time each week.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
19. I make lists of things I have to do each day.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
20. I make lists of things that I have to get done eventually.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
21. I check my blood glucose prior to taking my medication.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
22. I get upset when I can't get the things done I had wanted to do that day.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
23. When something unexpected interrupts my plans, I reschedule, for another time, the things I had planned to do.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
24. If things aren't done myself, they are rarely done right.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
25. I organize my schedule with a planner or calendar.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |

26. I accomplish what I set out to do on a daily basis.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
27. I procrastinate (put things off) on the things I need to do for my diabetes.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
28. When I have a lot of things to do, I like to start with the easiest things first.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
29. I set specific goals (e.g., I am going to jog three miles every morning at 7:00 am) rather than general goals (e.g., I am going to start exercising more often).
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
30. When there is someone to help me out on a task or project, I will let that person do a share of the work.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
31. I set goals that are reasonable (e.g., on the first day of a new exercise plan, jogging 1/2 mile instead of 3 miles).
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
32. When a task seems too large or difficult, I cut it down to size.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
33. I feel guilty when I don't finish a task.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
34. I reward myself with something special when I finish a task.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
35. I feel like there is not enough time in the day.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
36. I am able to find a balance between both work and leisure time.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
37. I do not feel in control of my time.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
38. I know where my time goes.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |

39. I set goals for improving my diabetes control (e.g., losing 10 lbs in 3 months; lowering my glycosylated hemoglobin by 1% every three months).
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
40. I keep my diabetes supplies (blood testing strips and meter, syringes, etc.) in an organized place where I can always find them.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
41. When I don't accomplish my goals, I know the reason why.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
42. When unexpected changes occur in my schedule which may effect my diabetes control, I am able to make quick decisions about modifying my diabetes regimen (e.g., adjusting the amount of medication you take or the amount food you eat).
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
43. I feel good when I finish a task.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
44. I often find myself doing things which interfere with my diabetes healthcare plan simply because I hate to say "No" to people.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
45. I plan my day before I start it.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
46. I find myself waiting a lot without anything to do.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
47. I find myself rushing to get things done at the last minute.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
48. I keep a record of my blood glucose values.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |
49. There is room for improvement in the way I manage my time.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Often | | Sometimes | | Never |

EK 6A

DIYABET ZAMAN YÖNETİMİ ANKETİ

“Tip 1 Diyabetli Adolesanlarda Zaman Yönetimi” başlıklı tez çalışması, 13-19 yaş arasındaki Tip 1 diyabetli adolesanların zaman yönetimi becerileri ve bu becerilerin metabolik kontrol üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Bizim için sizin görüşleriniz değerlidir. **Genel zaman yönetimi becerileriniz** ve **günlük diyabet bakım aktiviteleriniz** ile ilgili aşağıdaki tüm sorulara en doğru cevabı vererek işaretleyiniz. Her soruya tek bir yanıt veriniz. Verdiğiniz tüm bilgiler gizli kalacaktır. Bu anketi tamamlamada zaman harcadığınız ve yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Araş.Gör. Tülin DEDİK

Genel zaman yönetimi becerileriniz ve günlük diyabet bakım aktiviteleriniz	Sıklıkla	Bazen			Hiçbir zaman
	1	2	3	4	5
1. Günlük sorumluluklarımı yerine getirmek için yeterli zaman bulabiliyorum.	1	2	3	4	5
2. Zamanımı etkin ve verimli bir şekilde kullanırım.	1	2	3	4	5
3. Zamanımı nasıl kullanacağım konusunda endişelenmekteyim.	1	2	3	4	5
4. Her gün sabah ve akşam yaklaşık olarak aynı saatte kalkar ve yatarım.	1	2	3	4	5
5. İnsülinimi her gün yaklaşık olarak aynı saatte yaparım.	1	2	3	4	5
6. Tüm işlerimi (ödevleri zamanında verme, randevulara zamanında gitme gibi) zamanında yaparım.	1	2	3	4	5
7. Her gün yemeklerimi yaklaşık olarak aynı saatte yerim.	1	2	3	4	5
8. Egzersizlerimi haftada en az üç kez yarım saat (30 dk) düzenli olarak yaparım.	1	2	3	4	5
9. Yapmak istediğim işler için yeterli zamanım olsa bile bu işleri ertelerim.	1	2	3	4	5
10. Günlük düzenimde belirli zamanlarda kan şekeri takibimi yaparım.	1	2	3	4	5
11. Gün içinde çok fazla işim olduğunda, önemli işlerimi öncelik sırasına koyarım.	1	2	3	4	5
12. Diyabet bakım planımı düzenli bir programa göre yürütürüm.	1	2	3	4	5
13. Gün içinde yapmam gereken işler nedeniyle kendimi bunalmış hissediyorum.	1	2	3	4	5
14. İnsülinimi bana önerilen(reçete edilen) zaman içinde uygulardım.	1	2	3	4	5
15. Gün içinde çok fazla işim olduğunda, nereden başlayacağımı bilemem.	1	2	3	4	5
16. Yapmam gereken her şeyi ertelerim.	1	2	3	4	5
17. Yapmam gereken çok iş olduğunda, ilk önce en zor olanları yapmayı tercih ederim.	1	2	3	4	5
18. Egzersizlerimi her hafta yaklaşık olarak aynı saatlerde yaparım.	1	2	3	4	5
19. Her gün yapmam gereken işlerin listesini çıkarırım.	1	2	3	4	5
20. Yapmam gereken zorunlu işlerin listesini çıkarırım.	1	2	3	4	5
21. İnsülinimi yapmadan önce kan şekeri kontrol ederim.	1	2	3	4	5
22. Gün içinde yapmak istediğim işleri yapamadığımda üzülürüm.	1	2	3	4	5
23. Beklenmedik bir şekilde planlarım bozulursa, planladığım işleri başka bir zamanda yapmak üzere yeniden program yaparım.	1	2	3	4	5
24. Eğer işlerimi kendim yapmazsam hatalar olabilir.	1	2	3	4	5
25. Programımı bir plana/zaman çizelgesine /takvime göre düzenliyorum.	1	2	3	4	5

Genel zaman yönetimi becerileriniz ve günlük diyabet bakım aktiviteleriniz	Sıklıkla	Bazen			Hiçbir zaman
	1	2	3	4	5
26. Günlük olarak planladığım işleri bitiririm.	1	2	3	4	5
27. Diyabetim için yapmam gereken şeyleri istemeden geciktiririm (ertelerim).	1	2	3	4	5
28. Yapmam gereken pek çok iş olduğu zaman, önce en kolaydan başlamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5
29. Genel hedefler (daha sık egzersiz yapmaya başlayacağım gibi) yerine daha belirgin hedefler (her sabah 09.00'da yarım saat yürüyüş yapacağım gibi) belirlerim.	1	2	3	4	5
30. Bir görev veya projede bana yardım edecek birisi olduğu zaman, o kişinin işin bir bölümünü yapmasına izin veririm.	1	2	3	4	5
31. Gerçekleştirilebilir/ulaşılabilir hedefler (yeni bir egzersiz planının ilk gününde, bir saat yerine yarım saat yürüyüş yapmak gibi) belirlerim.	1	2	3	4	5
32. Görev/iş çok büyük veya zor olduğunda, parçalara bölerim.	1	2	3	4	5
33. Görevi/işi bitiremediğim zaman kendimi suçlu hissederim.	1	2	3	4	5
34. Görevi bitirdiğim zaman kendimi ödüllendiririm.	1	2	3	4	5
35. Gün içerisinde işlerimi yapmak için yeterli zamanımın olmadığını hissediyorum.	1	2	3	4	5
36. İşim ile boş zaman yaratma arasında denge kurabilirim.	1	2	3	4	5
37. Gün içerisinde zamanımı kontrol edemediğimi hissediyorum.	1	2	3	4	5
38. Zamanımı nasıl kullandığımı farkındayım.	1	2	3	4	5
39. Diyabetimi kontrol altında tutabilmek için hedefler (3 ayda 4,5 kg vermek, her 3 ayda glikolize hemoglobini % 1 düşürmek gibi) oluştururum.	1	2	3	4	5
40. Diyabet gereçlerimi (kan testi stripleri/çubukları ve ölçüm cihazı, enjektör gibi) her zaman bulabileceğim belirli bir yere koyarım.	1	2	3	4	5
41. Hedeflerime ulaşamadığımda nedenlerini bilirim.	1	2	3	4	5
42. Programımda diyabet kontrolümü etkileyebilecek beklenmedik değişiklikler olduğunda, diyabet tedavimi değiştirme konusunda hızlı karar (insülin dozunu veya yiyecek miktarını ayarlamak gibi) verebilirim.	1	2	3	4	5
43. Bir görevi/işi tamamladığımda kendimi iyi hissederim.	1	2	3	4	5
44. İnsanları kırmaktan, onlara hayır demekten hoşlanmadığım için, sıklıkla kendimi diyabet bakım planımı aksatacak şeyleri yaparken bulurum.	1	2	3	4	5
45. Güne başlamadan önce günümü planlarım.	1	2	3	4	5
46. Yapacak bir şey olmadan kendimi öylesine beklerken bulurum.	1	2	3	4	5
47. Kendimi işleri son anda bitirmek için koştururken bulurum.	1	2	3	4	5
48. Kan şekeri değerlerimin kaydını tutarım.	1	2	3	4	5
49. Zamanımı kullanmayı/ hayatımı yönetmeyi geliştirmem gerekiyor.	1	2	3	4	5

EK 7

THE HABITS, ATTITUDES, AND KNOWLEDGE QUESTIONNAIRE OF DIABETIC COMPLIANCE

Please answer all of the following questions by giving the best possible answer about your habits and attitudes toward diabetes. Please be as honest as possible and answer all questions. Please provide only one answer to each question. There is a space at the end of this questionnaire for comments. Your name will not be associated with your responses and all information you provide will remain confidential. Thank you for taking the time to complete this questionnaire.

1. How often do you follow the diet/food plan ?

1	2	3	4	5
Never		Sometimes		Always

2. I exercise regularly for my diabetes.

1	2	3	4	5
Not at all		Sometimes		Always

3. I vary the amount of medication I take without having to consult my doctor.

1	2
No	Yes

4. I forget to take my medication.

1	2	3	4	5
Never		Sometimes		Always

5. I do self blood glucose testing in places other than home, such as at work or at school.

1	2	3	4	5
Never		Sometimes		Always

6. How often do you inspect your feet for blisters, infections or cuts ?

- 1 I did not know that I should inspect my feet as part of my diabetes care.
- 2 Never, even though I know I should inspect them.
- 3 Sometimes.
- 4 Approximately once a month.
- 5 Approximately once a week.
- 6 Daily.

7. I visit my diabetes' doctor.

- 1 Less than once a year.
- 2 Every 10-12 months.
- 3 Every 7-9 months.
- 4 Every 4-6 months.
- 5 Every 1-3 months.

8. I avoid going to the doctor because. I know my diabetes is not under good control.

1	2	3	4	5
Never		Sometimes		Often

9. I am afraid of needles.

1	2	3	4	5
Not at all		Somewhat		Very much

10. I am afraid to take my medication because it might hurt.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Never | | Sometimes | | Always |
11. I fear checking my blood glucose or urine because I am afraid of what the results will tell me.
- | | | | | |
|------|---|------|---|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| None | | Some | | Very much |
12. It is a nuisance to take my medication at home.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Never | | Sometimes | | Always |
13. How much of a financial problem or burden is it to be diabetic ?
- | | | | | |
|------|---|------|---|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| None | | Some | | Very much |
14. My mood during the past two week has been.
- | | | | | |
|-----|---|---------|---|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sad | | Neutral | | Good |
15. How much of the time do you find yourself feeling angry, or hostile ?
- | | | | | |
|------------|---|------|---|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Not at all | | Some | | Very often |
16. I feel good about checking my blood glucose or urine (for example, because it gives you immediate results and it helps you control your diabetes and health; you've done something you didn't want to do).
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Never | | Sometimes | | Always |
17. I receive pleasure from exercising.
- | | | | | |
|------------|---|----------|---|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Not at all | | Somewhat | | Very much |
18. I feel I am not as good as others because of my diabetes.
- | | | | | |
|-------------------|---|---------|---|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Strongly disagree | | Neutral | | Strongly agree |
19. I believe that poor diabetic control will eventually lead to diabetic complications such as blindness, kidney disease, heart disease, etc.
- | | | | | |
|------------|---|----------|---|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Not at all | | Somewhat | | Very much |
- 20a. If you take insulin, does anyone such as a family member, friend or roomote assist you with your insulin injection (such as deciding how much insulin to take, loading the syringe or giving you the injection) ?
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Never | | Sometimes | | Always |
- 20b. If you take pills, does anyone such as a family member, friend or roomote have to remind you to take your medication ?
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Never | | Sometimes | | Always |

21. Does anyone such as a family member, friend or roommate assist you in checking your blood or urine for glucose ?
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Never | | Sometimes | | Always |
22. My family (or friends) show an interest and support me in my diabetes care.
- | | | | | |
|------------|---|----------|---|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Not at all | | Somewhat | | Very much |
23. How well do you manage your daily schedule ?
- | | | | | |
|-------------|---|------------|---|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Very poorly | | Moderately | | Very well |
24. I feel I can organize my responsibilities in their order of importance.
- | | | | | |
|-------|---|-----------|---|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Never | | Sometimes | | Always |
25. How active would you describe your leisure time to be ?
- | | | | | |
|-----------------------------------|---|------------|---|--------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Very inactive
(e.g., watch TV) | | Moderately | | Very active
(e.g., clubs, sports) |
26. When people have diabetes, their bodies cannot use (check one):
- | | |
|---------------------|----------------|
| ----- Protein | ----- Fat |
| ----- Carbohydrates | ----- Vitamins |

EK 7A

DİYABETE UYUMDA ALIŞKANLIKLAR, DAVRANIŞLAR VE BİLGİ ANKETİ

“**Tip 1 Diyabetli Adölesanlarda Zaman Yönetimi**” başlıklı tez çalışması 13-19 yaş arasındaki Tip 1 diyabetli adölesanların zaman yönetimi becerileri ve bu becerilerin metabolik kontrol üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Bizim için sizin görüşleriniz değerlidir. **Diyabete yönelik alışkanlık ve davranışlarınız** ile ilgili aşağıdaki tüm sorulara en doğru cevabı vererek işaretleyiniz. Her soruya tek bir yanıt veriniz. Bu anketin sonunda yorumlarınız için boş bir bölüm bulunmaktadır. Verdiğiniz tüm bilgiler gizli kalacaktır. Bu anketi tamamlamada zaman harcadığınız ve yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Araş.Gör. Tülin DEDİK

Diyabete yönelik alışkanlık ve davranışlarınız	Puanlama										
1.Beslenme planına uyabiliyor musunuz ?	<table><tr><td>Hiçbir zaman</td><td colspan="3">Bazen</td><td>Her zaman</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	Hiçbir zaman	Bazen			Her zaman	1	2	3	4	5
Hiçbir zaman	Bazen			Her zaman							
1	2	3	4	5							
2.Diyabetim için düzenli olarak egzersiz yaparım.	<table><tr><td>Hiçbir zaman</td><td colspan="3">Bazen</td><td>Her zaman</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	Hiçbir zaman	Bazen			Her zaman	1	2	3	4	5
Hiçbir zaman	Bazen			Her zaman							
1	2	3	4	5							
3.Doktoruma danışmadan insülin ünitemde değişiklik yaparım.	<table><tr><td>Hayır</td><td>Evet</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>	Hayır	Evet	1	2						
Hayır	Evet										
1	2										
4. İnsülinimi yapmayı unuturum.	<table><tr><td>Hiçbir zaman</td><td colspan="3">Bazen</td><td>Her zaman</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	Hiçbir zaman	Bazen			Her zaman	1	2	3	4	5
Hiçbir zaman	Bazen			Her zaman							
1	2	3	4	5							
5. Ev dışındaki yerlerde (işyeri veya okul gibi) kan şekeri ölçümümü yaparım.	<table><tr><td>Hiçbir zaman</td><td colspan="3">Bazen</td><td>Her zaman</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	Hiçbir zaman	Bazen			Her zaman	1	2	3	4	5
Hiçbir zaman	Bazen			Her zaman							
1	2	3	4	5							
6. Ayaklarınızı (su toplaması, enfeksiyon veya kesikler gibi belirtiler yönünden) ne kadar sıklıkla kontrol ediyorsunuz ?	1.Diyabet bakımında ayaklarımı kontrol etmem gerektiğini bilmiyorum. 2. Hiçbir zaman 3. Bazen 4. Ayda bir kez 5. Haftada bir kez 6. Günde bir kez										
7. Diyabet doktoruma giderim.	1. Yılda bir kez bile gidemiyorum. 2. 10-12 ayda bir kez gidebiliyorum. 3. 7-9 ayda bir kez gidebiliyorum. 4. 4-6 ayda bir kez gidebiliyorum. 5. 1-3 ayda bir kez gidebiliyorum.										
8. Diyabet test sonuçlarımın iyi çıkmayacağını bildiğim için doktora gitmekten kaçınıyorum.	<table><tr><td>Hiçbir zaman</td><td colspan="3">Bazen</td><td>Sıklıkla</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	Hiçbir zaman	Bazen			Sıklıkla	1	2	3	4	5
Hiçbir zaman	Bazen			Sıklıkla							
1	2	3	4	5							

Diyabete yönelik alışkanlık ve davranışlarınız	Puanlama										
9. İnsülin iğnesinden korkarım.	<table border="1"> <tr> <td>Hiçbir zaman</td> <td colspan="3">Biraz</td> <td>Çok fazla</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	Hiçbir zaman	Biraz			Çok fazla	1	2	3	4	5
Hiçbir zaman	Biraz			Çok fazla							
1	2	3	4	5							
10.İnsülin iğnemi yapmaktan canımı acıtabileceği için korkarım.	<table border="1"> <tr> <td>Hiçbir zaman</td> <td colspan="3">Bazen</td> <td>Her zaman</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	Hiçbir zaman	Bazen			Her zaman	1	2	3	4	5
Hiçbir zaman	Bazen			Her zaman							
1	2	3	4	5							
11.Kan şekeri ya da idrarımı kontrol etmekten çekiniyorum, çünkü çıkacak sonuçlara hazır değilim.	<table border="1"> <tr> <td>Hiçbir zaman</td> <td colspan="3">Bazen</td> <td>Çok fazla</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	Hiçbir zaman	Bazen			Çok fazla	1	2	3	4	5
Hiçbir zaman	Bazen			Çok fazla							
1	2	3	4	5							
12. Evde insülinimi uygulamak bana sıkıntı veriyor.	<table border="1"> <tr> <td>Hiçbir zaman</td> <td colspan="3">Bazen</td> <td>Her zaman</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	Hiçbir zaman	Bazen			Her zaman	1	2	3	4	5
Hiçbir zaman	Bazen			Her zaman							
1	2	3	4	5							
13. Sizce diyabetli olmak, size/ailenize ekonomik sorun oluşturuyor mu?	<table border="1"> <tr> <td>Hiçbir zaman</td> <td colspan="3">Biraz</td> <td>Çok fazla</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	Hiçbir zaman	Biraz			Çok fazla	1	2	3	4	5
Hiçbir zaman	Biraz			Çok fazla							
1	2	3	4	5							
14. Son iki haftadır ruhsal durumum.....	<table border="1"> <tr> <td>Üzgün/ İyi değil</td> <td colspan="3">Normal</td> <td>İyi</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	Üzgün/ İyi değil	Normal			İyi	1	2	3	4	5
Üzgün/ İyi değil	Normal			İyi							
1	2	3	4	5							
15.Kendinizi ne kadar sık öfkeli ya da saldırgan hissediyorsunuz ?	<table border="1"> <tr> <td>Hiçbir zaman</td> <td colspan="3">Bazen</td> <td>Çok sık</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	Hiçbir zaman	Bazen			Çok sık	1	2	3	4	5
Hiçbir zaman	Bazen			Çok sık							
1	2	3	4	5							
16.Kan şekeri veya idrarımı kontrol ettiğim için kendimi iyi hissediyorum (“çünkü diyabetimi kontrol etmeme yardım eder” gibi)	<table border="1"> <tr> <td>Hiçbir zaman</td> <td colspan="3">Bazen</td> <td>Her zaman</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	Hiçbir zaman	Bazen			Her zaman	1	2	3	4	5
Hiçbir zaman	Bazen			Her zaman							
1	2	3	4	5							
17. Egzersiz yapmaktan hoşlanırım.	<table border="1"> <tr> <td>Hiçbir zaman</td> <td colspan="3">Biraz</td> <td>Çok fazla</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	Hiçbir zaman	Biraz			Çok fazla	1	2	3	4	5
Hiçbir zaman	Biraz			Çok fazla							
1	2	3	4	5							
18.Diyabetli olmam nedeniyle sağlığımın diğer insanlar kadar iyi olmadığını hissediyorum.	<table border="1"> <tr> <td>Kesinlikle katılmıyorum</td> <td colspan="3">Fikrim yok</td> <td>Çok fazla katılıyorum</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	Kesinlikle katılmıyorum	Fikrim yok			Çok fazla katılıyorum	1	2	3	4	5
Kesinlikle katılmıyorum	Fikrim yok			Çok fazla katılıyorum							
1	2	3	4	5							
19.Diyabetim yeterince kontrol altına alınmazsa, ileri dönemlerde; körlük, böbrek hastalığı, kalp hastalığı, sinir hasarı gibi sonuçlara yol açabileceğine inanıyorum.	<table border="1"> <tr> <td>Hiçbir zaman</td> <td colspan="3">Biraz</td> <td>Çok fazla</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	Hiçbir zaman	Biraz			Çok fazla	1	2	3	4	5
Hiçbir zaman	Biraz			Çok fazla							
1	2	3	4	5							

Diyabete yönelik alışkanlık ve davranışlarınız	Puanlama										
20a. İnsülin uygularken herhangi bir kişi, örneğin bir aile bireyi, arkadaşınız, oda arkadaşınız, öğretmeniniz, insülininizi uygulamanızda (ne kadar insülin yapacağınıza karar verme, enjektöre çekme veya enjeksiyonu uygulama gibi) yardımcı oluyor mu?	<table border="1"> <tr> <th>Hiçbir zaman</th> <th colspan="3">Bazen</th> <th>Her zaman</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	Hiçbir zaman	Bazen			Her zaman	1	2	3	4	5
Hiçbir zaman	Bazen			Her zaman							
1	2	3	4	5							
20b.Hap alırken, herhangi bir kişi, örneğin bir aile bireyi, arkadaşınız, oda arkadaşınız hap almanız gerektiğini hatırlatıyor mu ?	<table border="1"> <tr> <th>Hiçbir zaman</th> <th colspan="3">Bazen</th> <th>Her zaman</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	Hiçbir zaman	Bazen			Her zaman	1	2	3	4	5
Hiçbir zaman	Bazen			Her zaman							
1	2	3	4	5							
21.Herhangi bir kişi, örneğin bir aile bireyi, arkadaşınız, oda arkadaşınız, öğretmeniniz, kan veya idrarınızda şekerinizi ölçmeniz için size yardımcı oluyor mu ?	<table border="1"> <tr> <th>Hiçbir zaman</th> <th colspan="3">Bazen</th> <th>Her zaman</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	Hiçbir zaman	Bazen			Her zaman	1	2	3	4	5
Hiçbir zaman	Bazen			Her zaman							
1	2	3	4	5							
22. Diyabetli olmam sebebiyle ailem (veya arkadaşlarım) diyabet bakımında bana ilgi gösterir ve destek olurlar.	<table border="1"> <tr> <th>Hiçbir zaman</th> <th colspan="3">Biraz</th> <th>Çok fazla</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	Hiçbir zaman	Biraz			Çok fazla	1	2	3	4	5
Hiçbir zaman	Biraz			Çok fazla							
1	2	3	4	5							
23. Günlük programınızı ne kadar iyi uygulayabiliyorsunuz ?	<table border="1"> <tr> <th>Çok yetersiz</th> <th colspan="3">Biraz</th> <th>Çok iyi</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	Çok yetersiz	Biraz			Çok iyi	1	2	3	4	5
Çok yetersiz	Biraz			Çok iyi							
1	2	3	4	5							
24. Yapmam gereken işleri önem sırasına koyabildiğimi düşünüyorum.	<table border="1"> <tr> <th>Hiçbir zaman</th> <th colspan="3">Bazen</th> <th>Her zaman</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	Hiçbir zaman	Bazen			Her zaman	1	2	3	4	5
Hiçbir zaman	Bazen			Her zaman							
1	2	3	4	5							
25.Boş zamanınızda ne kadar aktifsiniz ?	<table border="1"> <tr> <th>Çok pasif (örneğin TV izleme)</th> <th colspan="3">Biraz aktif</th> <th>Çok aktif (örneğin klüpler, spor)</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	Çok pasif (örneğin TV izleme)	Biraz aktif			Çok aktif (örneğin klüpler, spor)	1	2	3	4	5
Çok pasif (örneğin TV izleme)	Biraz aktif			Çok aktif (örneğin klüpler, spor)							
1	2	3	4	5							
26. Diyabetli bireylerin vücutlarında yandakilerden hangisi kullanılamaz ?	<table border="1"> <tr> <td>1. Proteinler</td> <td>2. Yağlar</td> </tr> <tr> <td>3. Karbonhidratlar</td> <td>4. Vitaminler</td> </tr> <tr> <td>5. Bilmiyorum</td> <td></td> </tr> </table>	1. Proteinler	2. Yağlar	3. Karbonhidratlar	4. Vitaminler	5. Bilmiyorum					
1. Proteinler	2. Yağlar										
3. Karbonhidratlar	4. Vitaminler										
5. Bilmiyorum											

EK 8

METABOLİK KONTROL FORMU

- | | |
|---|---|
| 1. ☐ 1.Son 24 saatte bakılan açlık kan şekeri: mg/ dl | ☐ 2.Açlık kan şekerimi ölçmedim. |
| 2. ☐ 1.Son 24 saatte bakılan tokluk kan şekeri: mg/ dl | ☐ 2.Tokluk kan şekerimi ölçmedim. |
| 3. HbA1c: % / | |
| 4. Kronik komplikasyon var mı ? | ☐ 1. Var ☐ 2. Yok |
| 5. Böbrek problemleri (nefropati) | ☐ 1. Var ☐ 2. Yok |
| 6. Kalp ve dolaşım problemleri(hipertansiyon gibi) | ☐ 1. Var ☐ 2. Yok |
| 7. Sinir hasarı(bacaklarda his kaybı, uyuşma, karıncalanma gibi) | ☐ 1. Var ☐ 2. Yok |
| 8. Göz problemleri (katarakt, bulanık görme gibi) | ☐ 1. Var ☐ 2. Yok |
| 9. Ayak yarası | ☐ 1. Var ☐ 2. Yok |
| 10. Amputasyon | ☐ 1. Var ☐ 2. Yok |

EK 9

GÜNLÜK KAYIT FORMU

“Tip 1 Diyabetli Adolesanlarda Zaman Yönetimi” başlıklı tez çalışması; 13-19 yaş arasındaki Tip 1 diyabetli adolesanların zaman yönetimi becerileri ve bu becerilerin metabolik kontrol üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Bizim için sizin görüşleriniz değerlidir. Verdiğiniz tüm bilgiler gizli kalacaktır. Bu günlük kayıt formunu tamamlamada zaman harcadığınız ve yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Tülin DEDİK

Günlük Kayıt Formunuzu, günlük olarak ve Salı günü olan poliklinik kontrolünüzün ertesi günleri olan Çarşamba, Perşembe ve Cuma günü için günlük olarak doldurunuz.

TEZ ÇALIŞMASINA KATILAN BİREYİN:

Adınız-Soyadınız :
Cinsiyetiniz : ☐ 1. Kız ☐ 2. Erkek
Yaşınız(Gün/Ay/Yıl) : Gün:/ Ay:/ Yıl:
İletişim Adresiniz :

Ev Tel :
Cep Tel :

TEZ ÇALIŞMASINI YAPAN DOKTORA ÖĞRENCİSİ:

Adı-Soyadı : Tülin DEDİK
İletişim Adresi :

Ev Tel
Cep Tel

Gereksinim duyduğunuzda arayabilirsiniz.

GÜNLÜK KAYIT	1. GÜN	2. GÜN	3. GÜN
SAĞLIK SORUNU/ DUYGUSAL SORUN			
SAĞLIK SORUNU	VAR YOK Açıklayınız:.....	VAR YOK Açıklayınız:.....	VAR YOK Açıklayınız:.....
Kilo	ÖlçmedimKg	ÖlçmedimKg	ÖlçmedimKg
Tansiyon	ÖlçmedimmmHg	ÖlçmedimmmHg	ÖlçmedimmmHg
DUYGUSAL SORUN (üzüntü, korku gibi)	VAR YOK Açıklayınız:.....	VAR YOK Açıklayınız:.....	VAR YOK Açıklayınız:.....
UYANMA VE UYKU SAATLERİ			
UYANMA SAATİ			
UYKU SAATİ			
OKULA VE İŞE GİDİŞ - DÖNÜŞ SAATLERİ			
OKULA GİDİŞ/ DÖNÜŞ SAATİ	Okula gitmiyorum /	Okula gitmiyorum /	Okula gitmiyorum /
İŞE GİDİŞ/DÖNÜŞ SAATİ	Çalışmıyorum /	Çalışmıyorum /	Çalışmıyorum /
BİLGİSAYAR/ TELEVİZYON VE DERS ÇALIŞMA SAATLERİ			
BİLGİSAYAR BAŞINDA GEÇİRDİĞİNİZ ZAMAN	Bilgisayarım yok Bilgisayar başında zaman geçirdim / dk/saat Bilgisayar başında zaman geçirmedi	Bilgisayarım yok Bilgisayar başında zaman geçirdim / dk/saat Bilgisayar başında zaman geçirmedi	Bilgisayarım yok Bilgisayar başında zaman geçirdim / dk/saat Bilgisayar başında zaman geçirmedi
TELEVİZYON İZLEYEREK GEÇİRDİĞİNİZ ZAMAN	Televizyon izledim / dk/saat Televizyon izlemedi	Televizyon izledim / dk/saat Televizyon izlemedi	Televizyon izledim / dk/saat Televizyon izlemedi
DERS ÇALIŞARAK GEÇİRDİĞİNİZ ZAMAN	Ders çalıştım / dk/saat Ders çalışmadım	Ders çalıştım / dk/saat Ders çalışmadım	Ders çalıştım / dk/saat Ders çalışmadım

[illegible]

- 338

ÖLÇÜMLER

[illegible]

- | | |
|--|--|
| • KAN ŞEKERİ ÖLÇÜMÜNÜ YAPMADISANIZ NEDENİNİ YAZINIZ: | |
| • KAN ŞEKERİ ÖLÇÜMÜNÜ ÇOK SAYIDA YAPTIYSANIZ NEDENİNİ YAZINIZ: | |
| • İNSÜLİN DOZUNU DEĞİŞTİRDİYSENİZ NEDENİNİ YAZINIZ: | |
| • BESLENME PLANINIZA UYGUN OLMAYAN BESİNLER YEDİYSENİZ NEDENİNİ YAZINIZ: | |
| • EGZERSİZ YAPMADISANIZ NEDENİNİ YAZINIZ: | |
| • HİPOGLİSEMİ YAŞADIYSANIZ NEDENİNİ VE YAPTIĞINIZ UYGULAMALARI YAZINIZ: | |
| • HİPERGLİSEMİ YAŞADIYSANIZ NEDENİNİ VE YAPTIĞINIZ UYGULAMALARI YAZINIZ: | |
| • KETOASİDOZ YAŞADIYSANIZ NEDENİNİ VE YAPTIĞINIZ UYGULAMALARI YAZINIZ: | |

EK 9A

GÜNLÜK KAYIT FORMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN KRİTERLER

1.KAN GLUKOZU ÖLÇÜMÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN KRİTERLER

Kan Glukozu Düzeyleri

Kan Glukozu	Yemekten önce	Yemekten 1 ½ saat sonra	Gece
İdeal	80-110 mg/dl	90-140 mg/dl	145-180 mg/dl
Kabul edilebilir	110-145 mg/dl	145-180 mg/dl	

Hanas R. (2001). Çocuklarda, Adolesanlarda ve Genç Erişkinlerde Tip 1 Diyabet. Çev: Bundak R, Dündar Y, Gönüllü E, Hatun Ş, Kara B, Keklik D, Lilly ve BD Yayınları, İstanbul.

Hipoglisemi	
Yüksek düzey hipoglisemi	> 65-75 mg/dl
Normal düzey hipoglisemi	55-65 mg/dl
Düşük düzey hipoglisemi	< 55 mg/dl
Hiperglisemi	180 mg/dl

Hanas R. (2001). Çocuklarda, Adolesanlarda ve Genç Erişkinlerde Tip 1 Diyabet. Çev: Bundak R, Dündar Y, Gönüllü E, Hatun Ş, Kara B, Keklik D, Lilly ve BD Yayınları, İstanbul.

Hipoglisemide Pratik Kurallar	Hiperglisemide Pratik Kurallar
Kan glukozu ölçülmelidir. Yakınmalar yoksa kan glukozu ölçümünde güçlük çekilirse bu durumda mümkün olan en kısa sürede glukoz veya şeker içeren bir şeyler yenilmesi yeterlidir. Eğer kan glukozu 55-65 mg/dl'den düşükse glukoz tableti, meyva suyu gibi şekerli besinler alınması önemlidir. 10-15 dakika glukozun etkisinin başlaması için beklenilmelidir. Eğer 15 dakika sonunda kişi kendisini iyi hissetmezse ve kan glukozu yükselmezse aynı miktarda glukozun tekrar alınması gereklidir. Kan glukozunun çabuk yükselmesi isteniyorsa yağ içeren besin veya içecekler (çukolata, süt ve sütlu çukolata gibi) yenilmemelidir. Yemekten hemen önce hipoglisemi varsa glukoz alınmalı ve yemeğe başlamadan önce 10-15 dakika beklenilmelidir. Yemekten 45-90 dakika önce hipoglisemi varsa glukoz alınmalı, yemeğe başlamadan 10-15 dakika beklenilmeli, yemeğe kadar kan glukozunun düşmemesi için meyve gibi besinler yenilmelidir. Yemekten 1-2 saat önce hipoglisemi varsa glukoz alınmalı ve bir şeyler yemeden önce 10-15 dakika beklenilmelidir. Bir sonraki yemek zamanına kadar uzun bir süre olduğundan uzun etkili bir karbonhidrat yenilmesi gereklidir. Hipoglisemi yavaş gelişirse glukoz yerine bir bardak süt veya sandviç alınması daha uygundur.	Kişi kendisini iyi hissediyorsa hemen ilave insülin alınmamalıdır, bu sadece hipoglisemi riskini artırır. Geçici kan şekeri yüksekliği kendiliğinden normale döner. Bir sonraki yemek saatinde kan glukozu hala yüksekse insülin dozu 1-2 ünite arttırılmalı veya yemeğin bir kısmı azaltılmalıdır. Yemekten önce kan glukozu yüksekse insülin dozunu arttırmak yerine yemek miktarı azaltılabilir. Süt veya meyva suyu yerine su içilmelidir. Kan glukozu 270-360 mg/dl'den yüksek ise normal insülin dozu alınarak yemek yememe denenebilir. Yatmadan önce kan glukozu yüksekse ilave insülin alınması gerekiyorsa kısa etkili insülin yerine hızlı etkili insülin alınması daha az risklidir. Eğer yatmadan önce kan glukozu 215 mg/dl'den yüksek ise orta etkili insülin dozunu 1-2 ünite arttırılabilir. Ancak sabah 2-3'te kalkarak kan glukozu kontrol edilmelidir. Kişi kendisini iyi hissetmiyorsa, idrar testi yapılmalıdır. İdrarda keton varsa ilave kısa etkili insülin alınmalıdır. Hipoglisemi ile karşılaşmamak için ilave insülin 2-3 saat arayla ve daha sık olmamak koşuluyla verilmelidir. Eğer hızlı etkili insülin varsa kullanılması daha uygundur. Kan glukozunun yüksek olması nedeniyle daha fazla idrar kaybı olacağı için mutlaka içecek alınmalıdır. Bir kaç gün arka arkaya kan glukozu hep aynı saatte yükseliyorsa bir kaç arka arkaya yemeklerden 1 ½ saat sonra kan glukozu ölçülmeli, eğer 180 mg/dl'den yüksekse dozu 1-2 ünite arttırılmalıdır.

Hanas R. (2001). Çocuklarda, Adolesanlarda ve Genç Erişkinlerde Tip 1 Diyabet. Çev: Bundak R, Dündar Y, Gönüllü E, Hatun Ş, Kara B, Keklik D, Lilly ve BD Yayınları, İstanbul.

2. İNSÜLİN TEDAVİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN KRİTERLER

İnsülin Dozunda Ayarlamalar

Bir defada insülin dozunda 1-2 üniteden fazla değişiklik yapılmamalıdır.
Enjeksiyonlar için ± 1 saatlik ayarlamalar yapılabilir.

Hanas R. (2001). Çocuklarda, Adolesanlarda ve Genç Erişkinlerde Tip 1 Diyabet. Çev: Bundak R, Dündar Y, Gönüllü E, Hatun Ş, Kara B, Keklik D, Lilly ve BD Yayınları, İstanbul.

Öğün Öncesi İnsülinin Yapılma Zamanı

Öğün	Kısa Etkili İnsülin	Hızlı Etkili İnsülin
Kahvaltı	En az 30 dakika önce	Yemekten hemen önce
Diğer öğünler	0-30 dakika önce	Yemekten hemen önce
Yemek zamanı hipoglisemi	Yemekten hemen önce	Yemekten sonra
Yemek zamanı hiperglisemi	Yemekten önce 30-60 dakika beklenilmelidir	Yemekten önce 15-30 dakika beklenilmelidir

Hanas R. (2001). Çocuklarda, Adolesanlarda ve Genç Erişkinlerde Tip 1 Diyabet. Çev: Bundak R, Dündar Y, Gönüllü E, Hatun Ş, Kara B, Keklik D, Lilly ve BD Yayınları, İstanbul.

Yemek Öncesi Kısa Etkili İnsülin Dozu Değişiklikleri

Yemekten Önce Kan Glukozu	Dozda Yapılan Değişim
< 55 mg/dl	10 g glukoz alınmalı veya 1 bardak şekerli meyva suyu içilmelidir Başka bir şey yemeden önce 15 dakika beklenmelidir İnsülin yemekten hemen önce alınmalıdır Dozu 1-2 ünite arttırmak gerekebilir
55-145 mg/dl	Normal doz alınmalıdır
145-200 mg/dl	Doz 1-2 ünite artırılmalı veya yemekte alınması gereken süt içilmemelidir İnsülin yemekten en az 30 dakika önce alınmalıdır
200-250 mg/dl	Doz 1-2 ünite artırılmalı veya süt içilmemelidir
250-360 mg/dl	Doz 2-4 ünite artırılmalı ve süt içilmemelidir İnsülin yemekten 45-60 dakika önce alınmalı veya kan glukozunun normale düşmesi beklenmelidir

Hanas R. (2001). Çocuklarda, Adolesanlarda ve Genç Erişkinlerde Tip 1 Diyabet. Çev: Bundak R, Dündar Y, Gönüllü E, Hatun Ş, Kara B, Keklik D, Lilly ve BD Yayınları, İstanbul.

3. BESLENMENİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN KRİTERLER

Besin Grupları

EKMEK	6-11 değişim birimi
SEBZE - MEYVA	5-9 değişim birimi
SÜT	2-3 değişim birimi
ET, TAVUK, BALIK	2-3 değişim birimi
YAĞ VE TATLILAR	Az miktarda (yağ 35-40 g, şeker 50-60 g)

İmamoğlu Ş, Akalın S, Yılmaz MT. (2001). Diyabet ve Siz. Eskort İletişim A.Ş. Asist Reklam Ajansı, İstanbul.

Gökçay G, Garipağaoğlu M. (2002). Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Beslenme. Birinci Baskı, Saga Yayınları, İstanbul, s.118.

Sakınılması Gereken Besinler

- Yağda kızartmalar
- Sucuk, sos, salam
- Hamburger
- Kokoreç

Alphan EM. (1998). Sağlıklı ve Aktif Yaşamak İçin Diyabette Beslenme. İstanbul.

Hatun Ş. (2001). Diyabetli Çocuk ve Gençler İçin Akıl Defteri. Türkiye Diyabet Vakfı Yayınları, İstanbul.

Öğün Sayısı ve Zamanı

Günlük 3 ana öğün almalı, regüler kısa etkili insülinler ile çoklu enjeksiyon tedavisi uygulamasında öğünler arasında 5 saatten fazla süre olmamasına dikkat edilmelidir.

Genellikle öğünler için ± 1 saatlik ayarlamalar yapılabilir.

Hanas R. (2001). Çocuklarda, Adolesanlarda ve Genç Erişkinlerde Tip 1 Diyabet. Çev: Bundak R, Dündar Y, Gönüllü E, Hatun Ş, Kara B, Keklik D, Lilly ve BD Yayınları, İstanbul.

Değişim Listeleri

Süt Grubu

YIYECEK ADI	ÖLÇÜ	MİKTAR (gram)
Süt (Tam yağlı)	1 büyük su bardağı	240
Yoğurt (Tam yağlı)	1 büyük su bardağı	240
*Az yağlı süt	1 büyük su bardağı	240
*Az yağlı yoğurt	1 büyük su bardağı	240

*Az yağlı süt veya yoğurt yenildiğinde, o günü yemeğe veya salataya 1 tatlı kaşığı zeytinyağı ilave edilebilir

Et Grubu

YIYECEK ADI	ÖLÇÜ	MİKTAR (gram)
Köfte	1 adet	30
Kıyma	1 köfte kadar	30
Pirzola (kemiksiz)	1 küçük boy	30
Kuşbaşı et	3-4 parça	30
Bitlek	1 avuç içi büyüklüğünde	30
Tavuk eti (derisiz)	1 yumurta büyüklüğünde	50
Balık eti	4-5 adet hamsi kadar	50
Beyaz peynir (orta yağlı)	1 kibrit kutusu kadar	30
Kaşar peyniri (ve benzeri)	2/3 kibrit kutusu kadar	20
Krem peynir	1 yemek kaşığı	15
Eritme peynir	1 adet (öçgen şeklinde)	15
Çökelek, lor	1/4 su bardağı	40
Yumurta	1 adet	50
Sosis	1 adet	50
Salam	1 dilim	50

Kurubaklagil Grubu

YIYECEK ADI	ÖLÇÜ	MİKTAR (gram)
Kuru fasulye (pişmiş)	5-6 yemek kaşığı	100
Kuru nohut (pişmiş)	5-6 yemek kaşığı	100
Barbunya (pişmiş)	5-6 yemek kaşığı	100
Yeşil mercimek (pişmiş)	5-6 yemek kaşığı	100
Börülce (pişmiş)	5-6 yemek kaşığı	100
Kuru bakla (pişmiş)	5-6 yemek kaşığı	100
Leblebi-Nohut	1 çay bardağı	25

NOT:1 Kurubaklagil değişimi (1 et grubu+1 ekmek grubu) yerine yenilebilir.

Sebze-Meyve Grubu

YIYECEK ADI	ÖLÇÜ	MİKTAR (gram)
Ahudutu	1/2 su bardağı	75
Ananas		75
* Armut	1 küçük boy	100
Avokado	1/2 adet	125
Ayva	1/4 orta boy	75
Böğürtlen	1/2 su bardağı	75
Çilek	1 su bardağı	150
Dut	1/2 su bardağı	50
* Elma	1 küçük boy	100
Erik (kırmızı)	2-3 adet	60
Erik (yeşil)	10 adet	100
Erik (mürdüm/taze)	2-3 adet	50
Greyfurt	1/2 küçük	125
İncir (taze)	1 adet	50
Karpuz	1 ince dilim	175
Kavun	1 ince dilim	150
Kayısı	2-3 adet	100
* Kiraz	15 adet	75
Kiwi	1 adet	100
Limon	1 orta boy	100
Mandalina	1 orta boy	100
Muz	1/4 büyük boy	50
Nar	1/2 adet	75
* Portakal	1 orta boy	125
* Şeftali	1 orta boy	125
Üzüm	15-20 adet	75
Vişne	15 adet	75
Yeni dünya (malta eriği)	6 adet	60
Portakal, mandalina suyu	1 çay bardağı	100
Greyfurt suyu	1 çay bardağı	100

* İşareti meyvelerin glikemik indeksi düşüktür, tercih edilmelidir.

Alphan EM. (1998). Sağlıklı ve Aktif Yaşamak İçin Diyabette Beslenme. İstanbul.

Değişim Listeleri (Devam)

Ekmek Grubu

YIYECEK ADI	ÖLÇÜ	MİKTAR(gram)
Beyaz ekmek	1 dilim etmek kadar	25
* Kopekli ekmek	1 dilim etmek kadar	25
* Çavdar ekmeği	1 dilim etmek kadar	25
* Yulaf ekmeği	1 dilim etmek kadar	25
Hamburger ekmeği	1/2 adet	25
Sandviç ekmeği	1/3 adet	25
Yulfa ekmeği	1/8 adet	25
Böreklik yulfa	1/4 adet	50
* Kepek	3 yemek kaşığı	25
* Kopekli diyet bisküvisi	4-5 adet	20
Galeta (20 cm uzunlukta)	2 adet	20
Grisini	3 adet	20
Tuzlu bisküvi	2-3 adet	20
Etirmek	2 adet	20
İrmek (çig)	2-3 yemek kaşığı	20
Un (buğday, pirinç)	2 yemek kaşığı	20
Nişasta	2 yemek kaşığı	20
Tahhana çorbası (pişmiş)	1 kase	150
* Mercimek çorbası (pişmiş)	1 kase	150
Şehriye çorbası (pişmiş)	1 kase	150
Pirinç çorbası (pişmiş)	1 kase	150
Pirinç pilavı (pişmiş)	3 tepelme yemek kaşığı	(çig) 20
* Bulgur pilavı (pişmiş)	3 tepelme yemek kaşığı	(çig) 20
Makarna (pişmiş)	3 tepelme yemek kaşığı	(çig) 20
Erişte, kuskus (pişmiş)	3 tepelme yemek kaşığı	(çig) 20
** Patates	1 orta boy	100
Kestane (haşlanmış)	4-5 orta boy	50
Kestane (kavrulmuş)	2 orta boy	25
Haşlanmış mısır	1 küçük boy	70
Patlama mısır	1 su bardağı dolusu	20
** Corn flakes	3 yemek kaşığı dolusu	20
Bloener (buğday özü)	2 yemek kaşığı dolusu	20

Yağ Grubu

YIYECEK ADI	ÖLÇÜ	MİKTAR(gram)
Zeytinyağı	1 tatlı kaşığı	5
Bitkisel sıvı yağ	1 tatlı kaşığı	5
Yumuşak margarin	1 tatlı kaşığı	5
Mayonez	1 tatlı kaşığı	5
Tereyağı	1 tatlı kaşığı	5
Kaymak, krema	1 yemek kaşığı	15
Krem peynir	1 yemek kaşığı	15
Zeytin (siyah, yeşil)	7-8 adet	25
* Fındık, badem	20 adet	20
* Ceviz	3-4 adet	20

* Kuruyemişler, belirtilen miktarlarda (1 yağ değişimi+1/2 et değişimi) yerine yenilebilir.

Ev Dışında Yenilen Yiyeceklerin Değişim Karşılıkları

Yemek adı	Ölçü	Değişim ölçüsü
Izgara köfte	3 adet	3 et
Tavuk şiş	7-8 adet	3 et
Et şiş	7-8 adet	3 et
Döner (sade)	1 porsiyon	3 et + 1 yağ
Döner + 3 YK pilav	1 porsiyon	3 et + 1 ekmek + 1 yağ
Lahmacun	1 orta boy	2 ekmek + 1 et + 1 yağ
Etlili veya peynirli pide	1 adet	4 ekmek + 2 et + 1 yağ
Pizza (karışık)	14 cm. çapında	2 ekmek + 2 et + 1 yağ
Hamburger	1 adet	2 ekmek + 1 et + 1 yağ
Cheeseburger	1 adet	2 ekmek + 2 et + 1 yağ
Tavuklu sandviç	1 adet	3 ekmek + 2 et + 1 yağ
Dönerli sandviç	1 adet	3 ekmek + 2 et + 1 yağ
Sosisli sandviç	1 adet	3 ekmek + 1 et + 1 yağ
Tost (kaşar peynirli-yağsız)	1 adet	2 ekmek + 1 et
İzmir köfte + patates	3 köfte + patates	3 et + 1 ekmek + 1 yağ
Terbiyeli (ekşili) köfte	7-8 adet köfte (sulu)	3 et + 1 ekmek + 1 yağ
Sebzeli köfte	5-6 adet	2 et + 1/2 sebze + 1 yağ
Etlili kurubaklagil yemeği	5-6 YK	2 et + 1 ekmek
Zeytinyağlı barbunya	5-6 YK	1 et + 1 ekmek
Piyaz veya pilaki	5-6 YK	1 et + 1 ekmek
Kıymalı sebze yemekleri	1 tabak	1 et + 1 sebze
Tavuklu sebze yemekleri	1 tabak	1 et + 1 sebze + 1 yağ
Yumurtalı ispanak	1 tabak (1 yumurta)	1 et + 1 sebze + 1 yağ
Sebzeli börekler	1/2 adet yufkadan	2 ekmek + 1 sebze + 1 yağ
Etlili kabak dolması	1 büyük boy	1 et + 1 sebze + 1/2 ekmek
Etlili biber dolması	1 orta boy	1 et + 1/2 sebze + 1/2 ekmek
Zeytinyağlı biber dolması	1 orta boy	1 et + 1/2 sebze + 1 yağ
Zeytinyağlı yaprak sarması	3-4 adet orta boy	1 ekmek + 1/2 sebze + 1 yağ
Kıymalı-peynirli börekler	1/2 adet yufkadan	2 ekmek + 1 et + 1 yağ
Kızarmış patates	1 küçük boy patates	1 ekmek + 5 yağ
Mercimek köftesi	2-3 adet	1 ekmek + 1 et + 1 yağ
Kısır (bol yeşillikli)	3-4 YK	1 ekmek + 1 yağ
Poğaç	1 adet	2 ekmek + 1 et + 1 yağ
Mantı	6-7 YK	2 ekmek + 1 et + 1/2 süt + 1 yağ
Simit (sokakta satılan)	1 adet	4 ekmek + 1/2 yağ

Alphan EM. (1998). Sağlıklı ve Aktif Yaşamak İçin Diyabette Beslenme. İstanbul.

4. FİZİKSEL EGZERSİZİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN KRİTERLER

Egzersiz Tipleri

Hafif-orta şiddette 30 dakikadan daha az süreli egzersiz	Orta derecede, 1 saat süreli egzersiz	Kuvvetli, ağır 1-2 saat süreli egzersiz
Yarım mil yürüme veya 30 dakikadan az yavaş tempolu bisiklete binme	1 saat tenis, yüzme, jogging, bisiklet, golf	1-2 saat futbol, hokey, basketbol, hızlı bisiklet, yüzme

Hasbay A. (2000). Diyabet ve egzersiz. İçinde: *Diyabet Diyetisyenliği Diyabette Beslenme Tedavisi*. Derleyen: Özer E, Gri Tasarım, İstanbul, s. 89-99.
(www.iasn.org, Erişim tarihi: 20 Ağustos 2005).

Fiziksel Egzersiz- Kurallar

Yemek öncesi insülin dozu egzersizden 1-2 saat önce almış ve yemek yenilmiş olacak şekilde plan yapılmalıdır.

Her ana öğünden 1 saat sonra en az 30 dakika egzersiz yapılmalıdır.

Egzersiz öncesi yeterli insülin varsa egzersiz yapılmalıdır. İnsülinin bitme zamanı yaklaşmışsa ilave insülin alınmalıdır. İnsülin dozunun % 5-10' u kadar insülin yapılabilir, bu 2-3 üniteye kadar çıkabilir.

Egzersize başlamadan önce kan glukozu ve idrar ketonu ölçülmelidir. Eğer kan glukozu seviyesi 90-110 mg/dl'den az ise başlamadan önce bir şeyler yenilmelidir. İdrarda keton varsa kan glukoz düzeyinin yükselmesi beklenmelidir.

Eğer kan glukozu 270-300 mg/dl'ün üzerinde ise egzersize başlamadan önce ilave insülin alınmalıdır. Eğer aynı zamanda idrarda keton da varsa egzersiz insülin etkisini gösterene kadar 1-2 saat ertelenmelidir.

Egzersiz 30 dakikadan uzun sürecekse egzersiz boyunca ek bir şeyler (karbonhidrat) yenilmelidir. Her 30 dakikalık ağır egzersiz için 10-15 g ilave karbonhidrat alınmalıdır. Egzersiz sırasında kan glukozu ölçülmeli ve takip defterine kaydedilmelidir.

Egzersiz sonrası insülin dozları azaltılmalıdır (akşam yemeği öncesi doz 1-2 ünite ve gece dozu 2-4 ünite, ağır egzersiz sonrası gece insülini 4 ünite azaltılmalı)

Gerekli ise egzersiz öncesi insülin dozu da azaltılmalıdır (özellikle ağır egzersizlerde)

Hanas R. (2001). Çocuklarda, Adolesanlarda ve Genç Erişkinlerde Tip 1 Diyabet. Çev: Bundak R, Dündar Y, Gönüllü E, Hatun Ş, Kara B, Keklik D, Lilly ve BD Yayınları, İstanbul.

Hatun Ş. (2001). Diyabetli Çocuk ve Gençler İçin Akıl Defteri. Türkiye Diyabet Vakfı Yayınları, İstanbul.

EK 10

DZYA VE DUADBA’NİN DİL GEÇERLİLİĞİNDE GÖRÜŞLERİ ALINAN DİL UZMANLARI (Soyadı Alfabetik dizilişine göre)

• Uzm.Dr. Latif Abik	T.C. Sağlık Bakanlığı Pendik Devlet Hastanesi (Aile Hekimliği Uzmanı)
• Uzm.Dr. Anıl Akkan	T.C. Sağlık Bakanlığı Pendik Devlet Hastanesi (Aile Hekimliği Uzmanı)
• Uzm.Dr. Mehmet Fikri DEDİK	T.C. Sağlık Bakanlığı Pendik Devlet Hastanesi (Aile Hekimliği Uzmanı, Yeminli Tercüman)
• Uzm. Sakine Koca	İstanbul Teknik Tercüme Bürosu (Çevirmen)
• Uzm.Dr. A. Mete ŞENYOL	Merck Sharp Dohme İlaçları Ltd.Şti. (Aile Hekimliği Uzmanı, MSD Türkiye-Klinik Bilgi İşlem ve İdari Uygulamalar Yardımcı Müdürü ve İlaç Güvenlik Sorumlusu)
• Okutman Nurgül YILDIZ	Marmara Üniversitesi Türk Dili Okutmanı

EK 10A

DZYA VE DUADBA’NİN KAPSAM GEÇERLİLİĞİNDE GÖRÜŞLERİ ALINAN UZMANLAR (Ünvan ve Soyadı Alfabetik dizilişine göre)

• Prof.Dr. Abdullah BEREKET	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Pediatrik Endokrinoloji Bilim Dalı Öğretim Üyesi
• Prof.Dr. Turgay BİÇER	Marmara Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Spor Yöneticiliği Bölüm Başkanı
• Prof.Dr. Rüveyde BUNDAK	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Büyüme-Gelişme ve Pediatrik Endokrinoloji Bilim Dalı Öğretim Üyesi
• Prof.Dr. Hicran ÇAVUŞOĞLU	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı
• Prof.Dr. Canan ÇETİN	Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü, Yönetim ve Organizasyon Anabilim Dalı Başkanı
• Prof.Dr.Hülya GÜNÖZ	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Büyüme-Gelişme ve Pediatrik Endokrinoloji Bilim Dalı Başkanı
• Prof.Dr. Melda KARAVUŞ	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı
• Prof.Dr. Sevgi OKTAY	Diyabet Hemşireliği Derneği Yönetim Kurulu Başkanı
• Prof.Dr. Hatice PEK	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı, Emekli Öğretim Üyesi
• Prof.Dr. Suzan YILDIZ	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
• Prof.Dr. M. Temel YILMAZ	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı Öğretim Üyesi
• Doç.Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı
• Doç. Dr. Dilek GOGAS YAVUZ	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı Öğretim Üyesi
• Yard.Doç.Dr. Sevim ULUPINAR ALICI	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelikte Öğretim Anabilim Dalı Başkanı
• Yard.Doç.Dr. Nefise BAHÇECİK	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Başkanı
• Yard.Doç.Dr.H.Demet GÖNENER	Sinop Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi
• Yard.Doç.Dr. Candan ÖZTÜRK	Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
• Öğretim Görevlisi Nevriye ELMAS EREN	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Emekli Öğretim Elemanı
• Uzm.Hemşire Esen ÇAVUŞLU	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği
• Uzm. Psikolog Derya TOPARLAK	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

10.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Tülin	Soyadı	Dedik
Doğum Yeri	Tarsus	Doğum Tarihi	17.10.1975
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti	TC Kimlik No	40612703968
E-mail	akdovan2003@yahoo.com	Tel	0 216 492 66 50

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	1999
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	1996
Lise	Tarsus Cengiz Topel Lisesi	1992

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	1997-2007
2.	Hemşire	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi	1996 (Aralık) - 1997 (Nisan)
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Zayıf	Zayıf - Orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu #								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	52.5, 51.25, 55, 60, 57.5							

Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; IELTS:

International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	49.954	48.817	47.679
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Windows	İyi
Excell	Orta

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifikaları/Ödülleri/Diğer

Uluslararası Yayınları:

1. Pek H, Yıldırım Z, Akdovan T. (2000). Empathic skill progress of Marmara University School of Nursing: A Longitudinal Study, I. Uluslararası&VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi, pp.56-57, Antalya.
2. Pek H, Yıldırım Z, Dedik (Akdovan) T. (2001). Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Empatik Beceri Gelişimi: Longitudinal Bir Çalışma, I. Uluslararası&VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, Antalya, ss.428-430.
3. Akdovan T, Yıldırım Z. (2001). Assessment of pain in healthy neonates, investigation of the effects of pacifying, and holding in arms (Abstracts). *Journal of Perinatal Medicine*, 29 (Supp.II):43.
4. Pek H, Yıldırım Z, Akdovan T, Yılmaz S. (2002). Self-esteem in Turkish Diabetic Children. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(4):279-282.

Ulusal Yayınları:

1. Pek H, Akdovan T. (1999). Yenidoğan Sağlığının Değerlendirilmesi ve Hemşirenin Sorumlulukları. III. Ulusal Perinatoloji Hemşireliği Kursu Kitabı, Antalya.
2. Dedik T. (04 Mart-29 Mart 2002, 13 Ocak-07 Şubat 2003, 02 Haziran-27 Haziran 2003, 09 Şubat – 05 Mart 2004, 31 Ocak - 25 Şubat 2005). Genel Sağlık Önerileri. İçinde: *Sertifikalı Diyabet Hemşiresi Yetiştirme Programı Kurs Kitabı*. Marmara Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi, İstanbul.
3. Dedik T. (2003a). Sinaktif Teori ve Yenidoğanın Değerlendirilmesi. İçinde: *Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Kursu Kitabı*. Düzenleme: Çocuk Hemşireliği Derneği, Destekleyen Kurum ve Kişiler: Johnson&Johnson, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Çalışanları, Asibe Özkan, Fikri Dedik, Semih Mirapoğlu, Yılmaz Özdoğru, İstanbul.
4. Dedik T. (2003b). Sinaktif Teori ve Yenidoğanın Değerlendirilmesi. İçinde: *Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Kursu Kitabı*. Düzenleme: Çocuk Hemşireliği Derneği, Destekleyen Kurum ve Kişiler: Johnson&Johnson, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Çalışanları, Asibe Özkan, Fikri Dedik, Semih Mirapoğlu, Yılmaz Özdoğru, İstanbul.
5. Dedik T. (2004). Sinaktif Teori ve Yenidoğanın Değerlendirilmesi. İçinde: *Yoğun Bakım Ünitelerinde Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Kursu Kitabı*. 48. Milli Pediatri Kongresi 4. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi 3. Pediatri Asistanları Kongresi ve Pediatrik Aciller Kursu, Yenidoğan Düzenleyen: Çocuk Hemşireliği Derneği.
6. Dedik T. (2005a) Hijyen-Uyku . İçinde: *0-6 Yaş Evde Çocuk Bakım ve Eğitim Elemanı Yetiştirme Programı Kitabı*. Avrupa Birliği, İŞKUR, Beşiktaş Belediyesi, İstanbul, 2005.
7. Dedik T. (2005b). Kazalar ve Korunma. İçinde: *0-6 Yaş Evde Çocuk Bakım ve Eğitim Elemanı Yetiştirme Programı Kitabı*. Avrupa Birliği, İŞKUR, Beşiktaş Belediyesi, İstanbul, 2005.
8. Dedik T. (2005c). Diyabete Genel Bakış. *HASİAD*, 9:42-43.

Bildirileri:

1. Akdovan T, Yıldırım Z. (1999). Sağlıklı yenidoğanlarda ağrının değerlendirilmesi, emzik verme ve kucağa alma yönteminin etkisinin incelenmesi. *Perinatoloji Dergisi*, 7(7. Ulusal Perinatoloji Kongresi Kongre Özet Kitapçığı):2.
2. Yıldırım Z, Pek H, Akdovan Dedik T. (2000). İstanbul'da bir ilköğretim okulundaki çocukların benlik saygıları ve etkileyen faktörler. 44. Milli Pediatri Kongresi, 1. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi, 1. Pediatri Asistanları Toplantısı, Özet Kitabı, ss.203, Bursa.
3. Balcı S, Dedik T. (5 Eylül 2000). Bebek/Çocuk Transportu. 1. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi, Bursa.
4. Dedik T. (2004). Çocuk Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım. 48. Milli Pediatri Kongresi 4. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi 3. Pediatri Asistanları Kongresi ve Pediatrik Aciller Kursu Özet Kitabı, ss.448-451.
5. Dedik T. (17 Eylül 2005). Lisansüstü (yüksek lisans/doktora) eğitim programları. 5. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi.
6. Dedik T. (9 Kasım 2006). Tip 1 Diyabetli Çocuklarda Kendi Kendine İzlem. 6. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi, Antalya.

Sertifikaları:

1. Öğretmenlik Formasyonu Kurs Belgesi. (18 Mart-30 Ekim 1996). İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dekanlığı, İstanbul.
2. Araştırma Yöntemleri ve İstatistik Semineri. (26-28 Ocak 1998). Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.
3. Modern Öğretim Yöntemleri. (29-30 Eylül 1998). Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.

4. II. Ulusal Perinatoloji Hemşireliği Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu. (11-12 Mayıs 1998). Antalya.
5. 7. Ulusal Perinatoloji Kongresi. (2-6 Mayıs 1999). Antalya.
6. Fetal Anomaly Scanning. (3 May 1999). 7. Ulusal Perinatoloji Kongresi, Antalya.
7. I. Diyabet Hemşireliği Sempozyumu. (12 Mayıs 1999). İstanbul.
8. Hemşirelikte Beceri Kazanma ve Değerlendirme Workshop. (22-24 Eylül 1999). Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.
9. 1. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi. (4-8 Eylül 2000). Bursa.
10. I. Uluslararası&VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ist International&8th National Nursing Congress. (October 29 - November 2, 2000). Antalya.
11. Nursing Interventions Classification&Nursing Outcomes Classification: NIC&NOC. (October 30-31, 2000). Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, University of Iowa College, Antalya.
12. XXXVII. Ulusal Diyabet Kongresi. (21-25 Mayıs 2001). Kuşadası.
13. III. Ulusal Diyabet Hemşireliği Kursu. (21-22 Mayıs 2001). Diyabet Hemşireliği Derneği, Kuşadası.
14. Pediatrik Aciller Sempozyumu. (14-15 Haziran 2001). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul.
15. 46. Milli Pediatri Kongresi, 20. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi, 6. Çocuk Cerrahisi Hemşireliği Kongresi, 2. Çocuk Hemşireliği Kongresi, 1. Pediatri Asistanları Kongresi. (15-19 Ekim 2002). Pediatriye Yenilikler ve Standartlar Kongresi, Mersin.
16. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Kursu. (12-13 Nisan 2003). Çocuk Hemşireliği Derneği, Destekleyen Kurum ve Kişiler: Johnson&Johnson, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Çalışanları, Asibe Özkan, Fikri Dedik, Semih Mirapoğlu, Yılmaz Özdoğru,, İstanbul.
17. Sertifikalı Diyabet Hemşiresi Yetiştirme Programı. (02 -27 Haziran 2003). MÜSEM (Marmara Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi), Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.
18. Diyabeti Öğrenelim. (11 Haziran 2003). 12. İnteraktif Eğitim Kursu, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Büyüme-Gelişme ve Pediatrik Endokrinoloji Bilim Dalı, Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Çocuk ve Adolesan Diyabetikler Derneği, İstanbul.
19. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Bireyselleştirilmiş Destekleyici Gelişimsel Bakım Kursu. (21-22 Haziran 2003). Çocuk Hemşireliği Derneği, Destekleyen Kurum ve Kişiler: Johnson&Johnson, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Çalışanları, Asibe Özkan, Fikri Dedik, Semih Mirapoğlu, Yılmaz Özdoğru, İstanbul.
20. 47. Milli Pediatri Kongresi 3. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi 2. Pediatri Asistanları Kongresi. (21-23 Ekim 2003). İstanbul.
21. 26. Pediatri Günleri ve 5. Pediatri Hemşireliği Günleri. (20-22 Nisan 2004). İstanbul.
22. 48. Milli Pediatri Kongresi 4. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi 3. Pediatri Asistanları Kongresi ve Pediatrik Aciller Kursu. (21-24 Eylül 2004). Samsun.
23. 49. Milli Pediatri Kongresi, 29. Umemps Kongresi Ortadoğu ve Akdeniz Ülkeleri Pediatri Dernekleri Birliği. (14-17 Eylül 2005). İstanbul.
24. 49. Milli Pediatri Kongresi, 29. Umemps Kongresi Ortadoğu ve Akdeniz Ülkeleri Pediatri Dernekleri Birliği, 5. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi. (17 Eylül 2005). İstanbul.
25. 50. Milli Pediatri Kongresi, Fin-Türk Pediatri Günleri, 6. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi. (08-12 Kasım 2006). Antalya.

Diğer:

1. Diyabet Hemşireliği Derneği, Yaz Kampı/Yaz Okulu Uygulaması Grup Çalışması. (1 Mayıs 1998). İstanbul, (Danışman).
2. II. Ulusal Perinatoloji Hemşireliği Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu. Prenatal-Postnatal ve Yenidoğan ile İlgili Klinik Bakım Yöntemleri (Clinical Pathways) (11-12 Mayıs 1998) (Bilimsel Kurul Üyesi).
3. I. Uluslararası&VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ist International&8th National Nursing Congress. (29 Ekim- 2 Kasım 2000), Antalya, (Düzenleme Komitesi Üyesi).
4. Oktay S, Erdoğan S, Özcan Ş, Olgun N, Pek H, Coşansu G, Aydın G, Afşar F. (7-8 th September 2001). Diabetes prevention project for earthquake victims in Turkey, FEND (Federation of European Nurses in Diabetes), Sixth Annual Conference, pp.20, Glasgow (Collaborator Person).
5. Sertifikalı Diyabet Hemşiresi Yetiştirme Programı. (04 Mart-29 Mart 2002, 13 Ocak-07 Şubat 2003, 02 Haziran-27 Haziran 2003, 09 Şubat – 05 Mart 2004, 31 Ocak - 25 Şubat 2005). İstanbul, (Kurs Görevlisi).
6. 2. Çocuk Hemşireliği Kongresi, (15-19 Ekim 2002). Mersin, (Kongre Düzenleme Kurulu Üyesi).
7. 3. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi, (21-23 Ekim 2003). İstanbul, (Organizasyon Komitesi Üyesi).
8. 5. Pediatri Hemşireliği Günleri. (20-22 Nisan 2004). İstanbul, (Düzenleme Kurulu Üyesi).
9. 4. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi, (24 Eylül 2004). Samsun, (Organizasyon Komitesi Üyesi).