

T.C
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TİP 1 DİYABETİ OLAN ADÖLESANLARIN ANNELERİNİN
YAŞADIKLARI SORUNLARIN BELİRLENMESİ VE GELİŞTİRİLEN
HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARININ ETKİNLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Handan BOZTEPE

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ

ANKARA

2010

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TİP 1 DİYABETİ OLAN ADÖLESANLARIN ANNELERİNİN
YAŞADIKLARI SORUNLARIN BELİRLENMESİ VE GELİŞTİRİLEN
HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARININ ETKİNLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Handan BOZTEPE

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu

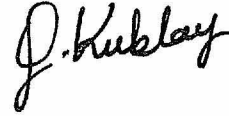
ANKARA

2010

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne:

Bu çalışma jürimiz tarafından Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programında Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

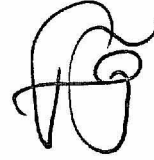
Jüri Başkanı: Prof. Dr. Gülümser Kublay
Hacettepe Üniversitesi



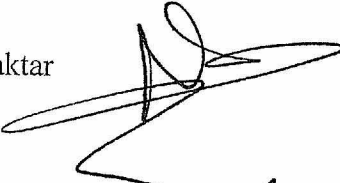
Danışman: Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Prof. Dr. Fatma Öz
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Prof. Dr. Nurhan Bayraktar
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Prof. Dr. Yurdağül Erdem
Kırıkkale Üniversitesi



ONAY:

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Eğitim – Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hakan S. ORER

Enstitü Müdürü 4.

TEŞEKKÜR

Araştırmacı, çalışmanın gerçekleşmesindeki katkılarından dolayı aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu, tez danışmanı olarak çalışmanın planlanmasını ve yürütülmesini yönlendirmiş ve her aşamasında destek vermiştir.

Sayın Prof. Dr. Gülümser Kubilay ve Prof.Dr. Yurdagül Erdem tez izleme jürisi olarak çalışmanın yürütülmesinde katkıda bulunmuşlardır.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Çocuk Endokrin ve Metabolizma Ünitesi ve Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji ve Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrin Ünitesi araştırmanın yürütülmesi için izin vermiş ve gerekli ortam ve olanakları sağlamışlardır.

Çalışmaya katılan tüm anneler çalışmaya katılmayı kabul ederek çalışmanın başarılı bir şekilde uygulanmasını sağlamışlardır.

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Birimi tarafından desteklenmiştir (H.Ü.B.A.B. 010D06401003).

ÖZET

Boztepe, H. Tip 1 diyabeti olan adölesanların annelerinin yaşadıkları sorunların belirlenmesi ve geliştirilen hemşirelik yaklaşımlarının etkinliğinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2010.

Araştırma Tip 1 diyabeti olan adölesanların annelerinin yaşadıkları sorunların belirlenerek geliştirilen hemşirelik yaklaşımlarının etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yarı deneysel olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemine Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Çocuk Endokrin ve Metabolizma Ünitesi ve Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji ve Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrin Ünitesi'nde Tip 1 diyabet tanısıyla izlenen 23 adölesanın annesi alınmıştır. Veriler Demografik Veri Formu, Tip 1 Diyabetli Adölesana Sahip Annelerin Yaşadıkları Sorunlara İlişkin Veri Toplama Formu, Annelerin Diyabet Hakkındaki Bilgilerini Değerlendirme Formu, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri ile toplanmıştır. Araştırmacı tarafından sorunların çözümüne yönelik bakım planı rehberliğinde yedi ev ziyareti yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde iki eş arasındaki farkın önemlilik testi, tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ve Mc Nemar testi kullanılmıştır. Yapılan hemşirelik girişimleri sonucunda annelerin adölesanlarla yaşadıkları sorunların azaldığı ve Tip 1 diyabetle ilgili bilgilerinin arttığı belirlenmiştir. Ayrıca annelerin Stresle Başa Çıkma Ölçeği; kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt boyutları puan ortalamaları son ziyarette istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmıştır ($p<0.05$). Annelerin çok boyutlu algıladıkları sosyal destek ölçeğinden aldıkları toplam ve tüm alt boyutlara ilişkin puan ortalamaları son ziyarette istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmıştır ($p<0.05$). Araştırmadan elde edilen bu bulgular doğrultusunda, Tip 1 diyabetli adölesana sahip annelerin bu dönemde yaşadıkları sorunlar yönünden değerlendirilmeleri ve hemşireler tarafından danışmanlık ve eğitim olarak desteklenmeleri önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tip1 diyabet, çocuk hemşireliği, ebeveyn, başetme becerileri, sosyal destek, problem çözme

Destekleyen Kurumlar:H.Ü.B.A.B. (010D06401003).

ABSTRACT

Boztepe, H. Determination of problems experienced by mothers of adolescents having type 1 diabetes and evaluation of efficacy of improved nursing approaches. Hacettepe University Institute of Health Sciences, PhD Thesis in Child Health and Sickness Nursing Program, Ankara, 2010. The study was made as quasi-experimental in order to evaluate nursing approaches by determining issues experienced by mothers of adolescents having Type 1 Diabetes. Examples of the study are 23 mothers of adolescents followed up with diagnosis of Type 1 Diabetes in Ankara University Medical Faculty Cebeci Hospital Pediatric Endocrine and Metabolism Unit and Ankara Pediatrics, Hematology and Oncology Training and Research Hospital Endocrine Unit. Data is gathered through Demographical Data Form, Data Gathering Form Related to Issues Experienced by Mothers of Adolescents having Type 1 Diabetes, Evaluation Form Concerning Knowledge of Mothers on Diabetes, The Ways of Coping Inventory, Multi-dimensionally Perceived Social Support Scale and Problem Solving Inventory. Seven home visits were carried out with guidance of care plan focusing on solution of problems. Test on importance of difference between two spouses, variance analysis in repeated measurements and Mc Nemar test were used in data evaluation. As a result of nursing interventions, it was determined that mothers' problems experienced with adolescents were decreased and their knowledge on Type 1 Diabetes was increased. Furthermore, in The Ways of Coping Inventory, total point averages of "self- confident", "optimistic approach" and "searching for social support" was statistically significant increased last visit measurements ($p<0.05$). Mothers' total point averages related to all sub-dimensions obtained from multi dimensionally perceived social support scale were statistically significant increased last visit measurements ($p<0.05$). In direction of findings obtained from the study, it has been recommended to evaluate mothers of adolescents having Type 1 diabetes in terms of problems experienced during this period and to support them by providing consultancy and training through nurses.

Key Words: Type 1 diabetes mellitus, pediatric nursing, parent, coping skills, social support, problem solving

Supported by H.U.B.A.B. (010D06401003).

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	7
1.3. Araştırmanın Hipotezi	8
2.GENEL BİLGİLER	9
2.1. Kronik Hastalığın Adölesan Üzerindeki Etkileri	9
2.1.1. Tip 1 Diyabetin Adölesan Üzerindeki Etkisi	9
2.1.1.1. Hastalığın Yönetimi İle İlgili Sorunlar	10
2.1.1.2. Arkadaşlarla İlişkiler	10
2.1.1.3. Ebeveynlerle İlişkiler	11
2.1.1.4. Psikiyatrik ve Davranışsal Sorunlar	12
2.1.1.5. Yeme Bozuklukları	13
2.2. Kronik Hastalığın Aile Üzerine Etkisi	13
2.3. Stres ve Stresle Başetme	16
2.3.1. Stresle Başetme	19
2.3.2. Stresle Başetme Kaynakları	21
2.3.3. Sosyal Destek	22
2.3.4. Sosyal Destek Türleri	23
2.3.5. Problem Çözme	24
2.4. Hemşirelik Bakımı	25
2.4.1. Metabolik Kontrolün Sağlanması	25

2.4.1.1. İnsülin Uygulaması	25
2.4.1.2. Diyetin Yönetimi	25
2.4.1.3. Diyabetli Çocukta Metabolik Kontrolün Sürdürülmesi	25
2.4.1.4. Komplikasyonların Önlenmesi	26
2.4.2. Adölesan ve Ailesinin Psikososyal Uyumunu Sağlama	26
2.4.2.1. Diyabetin Psikososyal Etkileri	26
2.4.2.2. Hastalık ve Tedaviye Uyumunu Sağlama	26
2.4.2.3. Sağlıklı Psikososyal Gelişimin Sağlanması	27
2.4.3. Kendine Bakımın Yönetimi	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Şekli	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	29
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	30
3.4. Veri Toplama Form ve Araçları	31
3.4.1. Demografik Veri Formu	31
3.4.2. Tip 1 Diyabetli Adölesana Sahip Annelerin Yaşadıkları Sorunlara İlişkin Veri Toplama Formu	31
3.4.3. Annelerin Diyabet Hakkındaki Bilgilerini Değerlendirme Formu	32
3.4.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	32
3.4.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	33
3.4.6. Problem Çözme Envanteri	33
3.4.7. Tip 1 Diyabetli Adölesanların Annelerine Yönelik Hemşirelik Bakım Planı	34
3.4.8. Eğitim Kitapçığı	34
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması	34
3.6. Araştırmanın Uygulanması	35
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	38
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	38
4. BULGULAR	39
4.1. Tip 1 Diyabetli Adölesanlar Ve Annelerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	40

4.2. Tip 1 Diyabetli Adölesanların Annelerinin Yaşadıkları Sorunlar Ve Uygulanan Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliğine İlişkin Bulgular	42
5. TARTIŞMA	66
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	76
6.1. Sonuçlar	76
6.2. Öneriler	79
KAYNAKLAR	80
EKLER	
EK 1: Demografik Veri Formu	
EK 2: Tip 1 Diyabetli Adölesana Sahip Annelerin Yaşadıkları Sorunlara İlişkin Veri Toplama Formu	
EK 3: Annelerin Diyabet Hakkındaki Bilgilerini Değerlendirme Formu	
EK 4: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	
EK 5: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	
EK 6: Problem Çözme Envanteri	
EK 7: Tip 1 Diyabetli Adölesanların Annelerine Yönelik Hemşirelik Bakım Planı	
EK 8: Eğitim Kitapçığı	
EK 9: Eğitimin İçeriği	
EK 10: Etik Kurul Değerlendirmesi	
EK 11: İzin Belgeleri	
EK 12: Onam Formu	
EK 13: Ek Tablolar	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
PÇE	Problem Çözme Envanteri
SBTÖ	Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
2. 1. Tip 1 Diyabetli Adölesanların Annelerinin Stres ve Başetme Modeline Göre Stresle Başetme Sürecinin Tanımlanması	18

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 3.1. Araştırmanın Akış Şeması	37
Tablo 4.1.1. Tip 1 Diyabetli Adölesanlara Ve Annelerine İlişkin Tanıtıcı Özellikler	40
Tablo 4.1.2. Tip 1 Diyabetli Adölesanlara İlişkin Tanıtıcı Özellikler	41
Tablo 4.2.1. Annelerin Çocuklarına Tip 1 Diyabet Tanısı Konduktan Sonra İlişkilerinin Etkilenme Durumu	42
Tablo 4.2.2. Annelerin Tip 1 Diyabetin Adölesanın Okul ve Arkadaşlık İlişkisine Etkisine İlişkin Görüşleri	43
Tablo 4.2.3. Annelerin İfadelerine Göre Çocuğun Adölesan Döneminde Gösterdiği Davranışlar	44
Tablo 4.2.4. Annelerin Ev Ziyaretleri Sırasında Belirlenen Sorunları	45
Tablo 4.2.5. Ev Ziyaretleri Sırasında Yapılan Hemşirelik Girişimleri	47
Tablo 4.2.6. Annelerin İlk ve Son Ziyarete Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Problem Çözme Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	53
Tablo 4.2.7. Annelerin Tip 1 Diyabetli Adölesanlarla Yaşadıkları Sorunların İlk ve Son Ziyarete Göre Dağılımları	55
Tablo 4.2.8. Annelerin İlk ve Son Ziyarete Adölesanlarla Yaşadıklarını Belirttikleri Sorunların Çocuğun Yaşı, Cinsiyeti ve HgbA1c Değerine Göre Dağılımı	56
Tablo 4.2.9. Annelerin Yaşadıkları Sorunlarla Başetmede Kullandıkları Yöntemler	58
Tablo 4.2.10. Tip 1 Diyabetli Adölesanların Aile İçindeki Kararlara Katılma ve Sorumluluk Alma Durumlarının İlk ve Son Ziyarete Göre Dağılımı	59
Tablo 4.2.11. Annelerin Adölesanların Geleceğine Yönelik Endişeleri	61
Tablo 4.2.12. Annelerin Tip 1 Diyabetle İlgili Grup/Dernek Üyesi Olma	

Durumları ve Dernek Üyesi Olmama Nedenleri	62
Tablo 4.2.13. Annelerin Tip 1 Diyabet Hakkında Bilgileri	63

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde kronik hastalığı olan çocuk ve yetişkinlerin nüfusu gittikçe artmakta ve kronik hastalıklar, dünyada ve bütün sanayileşmiş ülkelerde görülen en önemli sağlık sorununu oluşturmaktadır. Son yirmi yıl süresince kronik hastalığı olan çocukların sayısında önemli ölçüde artış olmuştur. Çocuklarda kronik hastalıkların insidansının 13 yaşın altındaki nüfusta %10-15 arasında olduğu tahmin edilmektedir (1). 2002 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre 0-19 yaşlar arasında kronik hastalığı olan 698.406 çocuk bulunmaktadır (2).

Diyabetes mellitus çocukluk döneminin en sık görülen kronik hastalıklarından biridir (1,3). Son yıllarda diyabetin çocuk ve adölesanlarda görülme oranı her yıl %3 oranında artmaktadır. Her yıl 15 yaşın altında 70.000 çocuğun diyabet tanısı alması beklenmektedir (günde ortalama 200 çocuk). Dünyada toplam 440.000 tip 1 diyabetli çocuğun olduğu tahmin edilmektedir (4). Karvonen ve diğ.(5)'ne göre diyabet tüm dünyada hızla artmakta ve sıklıkla başlangıç yaşı 10-14 yaşları arasında olmaktadır. Finlandiya'da ise her yıl 15 yaşın altında yaklaşık 300-350 çocuk diyabet tanısı almaktadır ve yeni vakaların sayısı son 30 yılda 2 katına çıkmıştır (6). Benzer şekilde, Amerika Birleşik Devletleri'nde de Tip 1 diyabet tanısı alan çocukların sayısı artmıştır. Yaklaşık her 400 - 600 çocuk ve adölesandan biri diyabet tanısıyla izlenmektedir ve hastalık en sık 11-13 yaşları arasında görülmektedir (7). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise tanı yaşının 11-13 arasında en yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir (8-10).

Kronik hastalık hem birey hem de aile sisteminin uyum yapmasını ve sürekli başa çıkma tepkilerini kullanmasını gerektiren bir stresördür (11). Çünkü; çocuğa kronik hastalık tanısı konmasıyla birlikte aile yaşamı ekonomik, sosyal, duygusal, davranışsal ve bilişsel yönlerden etkilenir (1). Kronik hastalık tanısı konduktan sonra aile içindeki rol ve sorumluluklar değişir ve ebeveynler zaman, enerji ve maddi kaynaklarını zorlayan deneyimler yaşarlar (3). Ebeveynler kendi normal fonksiyonları ile çocuğun özel gereksinimlerine duyarlı olma arasında sürekli denge kurmaya çalışırlar (1).

Çocuğa kronik hastalık tanısı konması tüm aile üyelerini etkilese bile bu durumdan en fazla etkilenen aile üyesi annelerdir (12). Aile içindeki sorumlulukları yerine getirmek, kardeşlerin hastalığa tepkilerini yönetmek, ailenin normal yaşantısını sürdürebilmesi ve kronik hastalığın yönetimini sağlamaya çalışmak annelerin yoğun stres yaşamalarının en önemli nedenlerindendir (13). Yapılan çalışmalarda da annelerin hem çocuğun günlük bakımını ve hem de hastalığın yönetimine ilişkin diğer sorumlulukları (hastaneden randevuların alınması ve okulla işbirliğinin sağlanması vb.) yerine getirdikleri belirlenmiştir (14-17). Cabizuca ve diğ.(18) Tip 1 diyabetli adölesanların ebeveynleri ile yaptıkları çalışmada; annelerin babalardan daha fazla endişe yaşadıklarını ve adölesanların hastalığın metabolik kontrolünün kötü olmasından daha fazla etkilendiklerini ve babaların hastalığın yönetimine daha az katıldıklarını belirlemişlerdir. Ayrıca aynı çalışmada hasta çocuğun bakım yükünün annelerde olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle anneler psikolojik sorunlar gelişmesi yönünden babalara göre daha büyük risk altındadırlar. Landolt ve diğ. (19) çocuklarına Tip 1 diyabet tanısı konan anne ve babalardaki post-travmatik stres bozukluğu görülme sıklığını incelemişlerdir. Bu çalışmada, annelerde prevelans %22,4 olarak ve babalardan yüksek bulunmuş ve zaman içinde post-travmatik stres bozukluğu prevelansı azalmamıştır. Ayrıca aynı çalışmada çocuktaki kötü metabolik kontrol ile annedeki postravmatik stres bozukluğu semptomları arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (19). Bu nedenle annelerin babalardan daha fazla sosyal desteğe ve bireysel başetme yöntemlerini geliştirmeye gereksinimleri vardır (3). Anneler sadece tanı anında değil, hastalığın yönetiminin güçleştiği krizli dönemlerde de desteklenmelidir. Annelerin desteklenmesi gereken bu dönemlerden biri de adölesan dönemidir.

Kronik hastalığın çocuklar üzerindeki etkileri adölesan dönemde en yoğun biçimde yaşanır (1,3). Adölesan dönemi; kimlik geliştirme, fiziksel değişikliklere uyum, geleceğe ilişkin planlar yapma ve bağımsızlığın kazanılması ile karakterizedir. Gelişimsel bir kriz dönemi olan adölesan döneminde kronik hastalık tanısı almak, adölesan için kimliğini ve bağımsızlığını kaybetme, geleceğe ilişkin planların değişmesi anlamına gelmektedir. Kronik hastalık tanısı almak ve bunun beraberinde getirebileceği olası kayıplar adölesanın yoğun bir yas yaşamasına neden olabilir (1).

Kronik hastalığı olan adölesanın kendini çirkin ve değersiz hissetmesi ve benlik saygısının düşüklüğü, onu arkadaşları ile iletişim kurmaktan ve uygun sosyal aktivitelerden uzaklaştırır (1). Helgeson ve diğ.(20) 127 diyabetli, 129 sağlıklı adölesanla diyabetin adölesanların akran ilişkileri üzerine etkisini incelemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada, diyabetli olan grupta karşı cinsten arkadaşların daha az olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada sağlıklı adölesanlarda arkadaş desteğinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Storch ve diğ.(21) nin 32 diyabet ve 32 diyabetli olmayan adölesanla yaptığı bir çalışmada ise; diyabetli çocukların sosyal ilişkilerinde daha fazla sorun yaşadıkları ve sağlıklı akranlarına göre daha fazla akran baskısına maruz kaldıkları ve daha az akran desteği aldıkları belirlenmiştir. Akran kabulünün son derece önemli olduğu bu dönemde adölesanlar akranlarından farklı görünmemek için hastalığını arkadaşlarından gizleyebilirler (1). Bayat ve Çavuşoğlu (22)' nun 40 adölesanla yaptıkları çalışmada adölesanların %37,5'i hastalıklarını arkadaşlarına açıklamadıklarını ifade etmişlerdir. Bu adölesanlara diyabetli olduklarını neden ifade etmedikleri sorulduğunda ise; akranları tarafından farklı algılanmak istemediklerini ve reddedilmekten korktukları için açıklamadıklarını belirtmişlerdir.

Ayrıca bu dönemde adölesanlar hormonal değişimlerin etkisiyle hızlı bedensel değişiklikler yaşarlar. Ancak adölesan döneminde olan bu fiziksel değişiklikler kronik hastalığın yönetimini ve hastalığa uyumunu olumsuz şekilde etkiler (1). Gelişimsel krizlerin yoğun biçimde yaşandığı bu dönemde diyabet gibi kronik bir hastalığın olması hem hastalığın metabolik kontrolünü hem de bu döneme özgü gelişimsel görevlerin başarılmasını güçleştirmektedir (23). Faulkner (24) 69 adölesanla yaptığı çalışmada; diyabetli adölesanların yaşam kalitelerinin sağlıklı adölesanlara göre daha düşük olduğunu belirlemiştir.

Yapılan çalışmalar adölesan döneminde çocuğu olan ebeveynlerin de hastalığın yönetimine ve adölesan dönemine ilişkin birçok sorun yaşadıklarını ve endişelerinin olduğunu göstermektedir (25-27). Carroll ve Marrero (28) yaptıkları bir çalışmada; diyabetli çocuğu olan ebeveynler, tedaviye uyumun adölesan döneminde daha da güçleştiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca aynı çalışmada ebeveynler çocuklarının tedaviye uyumsuzlukları nedeniyle komplikasyon gelişme riskinin onlarda endişeye neden olduğunu ifade etmişlerdir. Yine Carroll ve diğ.(29)' nin yaptıkları bir başka

çalışmada da, Tip 1 diyabetli adölesanların anneleri hastalığın çocuklarının arkadaş ilişkilerini etkilediğini ve bu durumun kendilerinde endişeye neden olduğunu belirtmişlerdir. Mellin ve diğ.(26) 30 adölesan kızın annesi ile yaptıkları bir çalışmada, annelerin diyabetin adölesanın sağlığı ve bağımsız yaşantısı üzerine etkisi (evlilik, okul) konusunda endişelerinin olduğunu belirlemişlerdir. Aynı çalışmada anneler, adölesanla diyabetin yönetimine ilişkin sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Benzer şekilde Viikinsalo ve diğ.(27) yaptıkları çalışmada; tip 1 diyabetli adölesanların annelerinin sağlıklı çocuğu olan annelere göre, çocuklarıyla daha fazla sorun yaşadıklarını belirlemişlerdir. Miller ve Drotar (30) yaptıkları bir çalışmada da anneler adölesanların hastalığın yönetimine ilişkin uygulamaları uygun şekilde yapmamaları ihtimaline karşı korku ve anksiyete yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Yukarıda sözü edilen çalışmalarla da belirlenen bu stresli dönemin adölesan ve ebeveynleri için en az stresle geçmesi, hastalığın metabolik kontrolünün istendik düzeyde olabilmesi ve adölesanın gelişimsel görevlerini yerine getirebilmesi için ebeveynlerin sağlayacağı destek ve adölesanlarla kuracağı olumlu ilişkiler son derece önemlidir (31-33). Adölesanla kurulan olumlu iletişim, onun hastalığın yönetimine ilişkin yaşadığı sorunlarla ve stresörlerle daha iyi baş etmesini sağlamaktadır (34). Yapılan çalışmalarda da adölesan ve ebeveynle arasında kurulan olumlu ve destekleyici ilişkilerin, hastalığın metabolik kontrolünün sağlanabilmesinde son derece önemli bir etken olduğu belirlenmiştir (35-37). Hanson ve diğ.(38) çocuğun diyabetinin iyi bir şekilde kontrol edilmesinin ailedeki uyumun ve iletişimin iyi olması ile ilgili olduğunu belirlemişlerdir. Leonard ve diğ.(39) 14-16 yaşları arasındaki 18 adölesanla yaptıkları çalışmada; metabolik kontrolü iyi olan adölesanların ebeveynleriyle olumlu ilişkiler içerisinde olduklarını; metabolik kontrolü kötü olanların ise ebeveynleriyle daha fazla çatışma yaşadıklarını belirlemişlerdir. Benzer şekilde Helgeson ve diğ.(40) 70 kız 62 erkekle yaptıkları bir çalışmada Tip 1 diyabetli adölesanlardaki metabolik kontrolü etkileyen faktörleri incelemişlerdir. Bu çalışmada; metabolik kontrolün adölesan döneminde kötü olduğu ve ebeveynlerin destekleyici davranışlarının metabolik kontrol üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Faulkner ve Chang (41) 10-18 yaşlarındaki 99 adölesanla yaptıkları çalışmada; ebeveynleri ile sıcak ve olumlu bir ilişkiye sahip adölesanların özbakımlarını karşılamada daha başarılı olduklarını ve diyabetle ilgili

endişelerinin daha az ve yaşamdan memnuniyetlerinin daha fazla olduğunu belirlemişlerdir.

Bu dönemde ebeveynin hastalığın yönetimini adölesana bırakmak istememesi veya hastalığın yönetimine hiç katılmaması hastalığın metabolik kontrolü için bir risktir (36). Ebeveynlerin diyabetin yönetimine katılmaları erken adölesan döneminden geç adölesan dönemine doğru azalmakta ve çocuk hastalığın yönetimi konusunda diğer dönemlere göre daha bağımsız olmaktadır. Ancak yine de adölesanların ebeveynlerin denetim ve rehberliğine gereksinimleri vardır (23,42). Ebeveynlerin diyabetin yönetimi ile ilgili bilgi sahibi olmaları, hem bilgisizlik nedeniyle yaşayabilecekleri anksiyete düzeyini azaltmakta hem de hastalığın metabolik kontrolünün daha iyi olmasını sağlamaktadır. Yapılan çalışmalarda da ebeveynleri bakımın yönetimine katılan çocuk ve adölesanlarda hastalığın metabolik kontrolünün daha iyi olduğu belirlenmiştir (37,43). Butler ve diğ.(44) 8-16 yaşları arasındaki 153 adölesan ve anneleriyle yaptıkları çalışmada; annelerin diyabetle ilgili bilgileri arttıkça, onlarda diyabete bağlı tükenmenin azaldığını ve metabolik kontrolün daha iyi olduğunu belirlemişlerdir. Weissberg-Benchell ve diğ.(45) yaptıkları bir çalışmada, ebeveyn gözetiminde olmayan ya da sınırlı rehberliğe sahip olan adölesanların diyabete ilişkin daha az bilgiye sahip olduklarını, hastaneye yatış sıklıklarının daha fazla ve glisemik kontrolün kötü olduğunu belirlemişlerdir. Bu nedenle ebeveynlerin bakıma katılması ve Tip 1 diyabet konusunda bilgi sahibi olmaları hastalığın yönetiminde son derece önemlidir. Adölesan ve ebeveynler arasında sorumlulukların uygun şekilde paylaşılması hastalığın en iyi şekilde yönetimini sağlar.

Adölesanın hastalığının yönetiminin iyi olmasında diğer bir önemli faktör ise bakım veren kişinin stresle başetme durumudur. Bakım veren kişinin stresle baş edebilmesi çocuk ve adölesanların hastalık belirtilerini ve glisemik kontrolünü yönetmede etkili olabilmektedir (46). Ebeveynin düşük düzeyde anksiyetesinin olması, iletişim çatışmalarını uygun şekilde çözebilmesini dolayısıyla hastalığın metabolik kontrolünün iyi olmasını sağlamaktadır (34). Seppanen ve diğ.(6) yaptıkları bir çalışmada, diyabetli adölesanların ebeveynleri hastalıkla başedebildiğinde, adölesanların da başetmelerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Hentinen ve Kyngas (47) 2-16 yaşları arasında kronik hastalıklı 189

ebeveynle yaptıkları çalışmanın sonucuna göre ise; ebeveynler çocuğun hastalığına iyi uyum yaptığında ve hastalıkla baş edebildiğinde, hastalığın yönetiminde sorun yaşanmadığı belirlenmiştir.

Bu nedenle, aile merkezli bakım yaklaşımı doğrultusunda; hemşire diyabet tanısı konduğu andan itibaren belirli aralıklarla sadece adölesanın değil, ailesinin özellikle de annelerinin stresle baş etmesini değerlendirmeli ve uygun girişimleri planlamalıdır. Çünkü, annelerin hastalık sürecinde karşılaştıkları stresörlerle en iyi şekilde baş edebilmeleri için adölesanın gelişimsel özellikleri, ebeveynlik becerileri, hastalık süreci ve bu dönemde yaşanacak sorunların çözüm yolları hakkında sağlık profesyonelleri tarafından desteklenmeye ve danışmanlık almaya gereksinimleri vardır. Hanna ve Guthrie (23) yaptıkları çalışmada diyabetli çocuğu olan annelerin adölesan döneminde çocuklarının duyguları ve tavırları ile nasıl baş edebilecekleri ve onlara hastalığın sorumluluğunu nasıl devredebilecekleri konusunda bilgilendirilmek istediklerini belirlemişlerdir. Buckloh ve diğ.(48) yaptıkları çalışmada, ebeveynlerin diyabetin ve komplikasyonlarını önleme ile ilgili olarak sağlık personelinden daha ayrıntılı bilgi istedikleri ve çocuklarının geleceği ile ilgili daha fazla umut gereksinimlerinin olduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde Pelletier ve diğ.(49) 6-18 yaşları arasında kronik hastalıklı (astım, diyabet) çocuğa sahip 213 anne ile bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada anneler daha fazla sosyal destek gereksinimlerinin olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca anneler, sağlık personeli ile çocuğun hastalığına ilişkin endişe ve duygularını paylaşmaya ve onlar tarafından bilgilendirilmeye gereksinimlerinin olduğunu ifade etmişlerdir.

Pediatric hemşireleri, diyabetli adölesan ve ailesiyle çalışan ve onlara en yakın pozisyonda olan sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle pediatri hemşireleri, annelere bilgi ve duygusal destek sağlayarak, sosyal destek sistemlerini belirlemelerine rehberlik ederek, problem çözme becerilerini ve etkili baş etme yöntemlerini öğretirken stresle baş etmelerine ve bu dönemi daha az sorun yaşayarak geçirmelerine yardım edebilirler.

Ancak ülkemizdeki durum incelendiğinde; polikliniklerdeki hasta yoğunluğu nedeniyle çocuğun klinik izlemleri, anne ve çocuğa verilen diyabet eğitimi dışında annelere yaşadıkları stres ve baş etme yöntemleri ve adölesanla ilişkileri konusunda hemşireler tarafından sürekli bir değerlendirme, eğitim ve danışmanlık yapılmadığı

gözlennmektedir. Ayrıca bu konuda ülkemizde evde bakıma yönelik izlemlerin olmaması nedeniyle de Tip 1 diyabetli adölesanlar ve aileleri rutin poliklinik izlemleri dışında sağlık ekibi tarafından değerlendirilmemektedir. Oysa hastalığın yönetiminde çocuk ve ailenin gereksinimlerini karşılayabilmek ve etkili destek sağlayabilmek için izlemlerin sürekli olması önemlidir. Ülkemizdeki sağlık sistemi dikkate alındığında, kronik hastalığı olan bu grubun izlemlerinin sürekliliğinin sağlanması için ev ziyaretlerinin yapılması ya da evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesinin gerekli olduğuna inanılmaktadır.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada; Tip 1 diyabeti olan adölesanların annelerinin yaşadıkları sorunların belirlenmesi ve bu sorunlara yönelik geliştirilen hemşirelik yaklaşımlarının etkinliğinin değerlendirilmesi hedeflenmektedir.

1.3.Araştırmanın Hipotezi

Hipotez 1: Tip 1 diyabeti olan adölesanların annelerinin sorunlarına yönelik geliştirilen hemşirelik yaklaşımları annelerin yaşadıkları sorunları azaltır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalığın Adölesan Üzerindeki Etkileri

Adölesan dönemi birçok fizyolojik değişimle birlikte kazanılması gereken gelişimsel görevleri de beraberinde getirmektedir (50). Bu nedenle kronik hastalığın adölesan üzerindeki etkisi bu dönemde daha yoğun bir şekilde hissedilmekte ve kronik hastalığın yönetimi güçleşmektedir. Kronik bir hastalığın varlığı adölesanın bu dönemi daha güç yaşamasına neden olabilir. Çünkü kronik hastalığın varlığı adölesanın bağımsızlık ve otonomisini kazanmasına engel olabilir veya kısıtlayabilir. Ayrıca kronik hastalığın yaptığı etkiler nedeniyle adölesan benlik saygısı ve benlik kavramı olumsuz şekilde etkilenebilir. Adölesan döneminde çocuklar akranlarından “farklı olmak” istemezler. Çünkü farklılık onların kendilerini reddedilmiş hissetmelerine neden olabilir (1). Ayrıca kronik hastalık adölesanın fiziksel, duygusal ve maddi olarak ailesine bağımlı olmasına neden olur.

Tüm bu fiziksel, psikolojik ve entellektüel değişiklikler adölesanın hastalığa uyumunu olumsuz etkileyebilir. Ancak bu dönemde ebeveynin adölesana destek olması, adölesan ve ebeveynin hastalık ve yönetimi ile ilgili bilgili olmaları ve adölesanın akranları tarafından anlaşılması ve kabul görmesi onun bu dönemi benlik saygısı zedelenmeden bireyselliğini geliştirerek tamamlamasında en önemli faktörlerdir (3,13,51).

2.1.1. Tip 1 Diyabetin Adölesan Üzerindeki Etkisi

Adölesan dönemi çocuğun Tip 1 diyabetle ilgili bilgi ve özbakımı en üst düzeyde öğrenebildiği bir dönem olmasına rağmen hastalığın yönetiminin en güç olduğu ve çocuklar ve ebeveynlerin en fazla sorun yaşadıkları dönemdir. Bu dönem adölesanın bağımsız olmaya çalıştığı bir dönemken hastalık ve yönetimine ilişkin sorunlar nedeniyle ebeveynlerine bağımlı olmaktadır. Ayrıca normal olmaya çalıştıkları bu dönemde diyabet tanısı onlarda farklılığa neden olmakta ve hastalığın yönetimine ilişkin sorunlar yaşanmaktadır (26,36,52-53). Tip 1 diyabetli adölesanların yaşadıkları sorunlar; hastalığın yönetimi ile ilgili sorunlar, arkadaşlarla ilişkilerde yaşanan sorunlar, ebeveynlerle ilişkilerde yaşanan sorunlar, psikiyatrik ve davranışsal sorunlar ve yeme bozuklukları olarak sınıflandırılabilir.

2.1.1.1. Hastalığın Yönetimi İle İlgili Sorunlar

Glisemik kontrolün optimal düzeyde olması Tip 1 diyabetin komplikasyonlarının gelişmesinin önlenmesi açısından son derece önemlidir (54). Adölesan dönemi glisemik kontrolün kötü olduğu bir dönemdir (55). Bu durum pubertedeki normal fizyolojik değişikliklere bağlı olarak gelişebileceği gibi (gece insülin direncinin artmasından sorumlu olan büyüme hormonu salgılanmasının artması (dawn fenomeni) adölesanın yaşamındaki değişikliklere uyum çabası içinde hastalığın yönetimi yapmak istememesi ve uyum sorunları yaşaması nedeniyle de olabilir (3). Ayrıca psikososyal ve davranışsal problemler ve tedaviye uyum göstermeme de adölesanlık döneminde metabolik kontrolün kötü olmasından sorumlu diğer nedenler arasında sayılabilir.

2.1.1.2. Arkadaşlarla İlişkiler

Adölesan döneminde çocuklar yaşamlarının büyük bir kısmını arkadaşlarıyla geçirir ve arkadaş grubu ile kurulacak olumlu ilişkiler onlar için bir destek kaynağı olabilir. Bu destek duygusal destek olabileceği gibi daha az sıklıkla insülin enjeksiyonu ve kan glukoz testinin ölçülmesi gibi de olabilir (56). Adölesanın arkadaşları tarafından desteklenmesi ve onlarla iyi ilişki içinde olması diyabetle ilişkili stresin azalmasını, metabolik kontrolün iyi olmasını (57), hastalığa uyumlarının artmasını ve yaşam kalitelerinin daha iyi olmasını sağlar (58). Ayrıca arkadaşların hastalık ve hastalığın bakımındaki günlük uygulamaların önemi konusunda bilgi eksikliklerinin olması diyabetli arkadaşlarını uygun şekilde desteklememelerine ve sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır. Adölesanların arkadaşları ile yaşadıkları sorunlar adölesanın okulda günlük bakım uygulamalarını yapmak istememesine neden olabilmektedir (58-60).

Davidson ve diğ.(34) 12-20 yaşları arasındaki 34 adölesanla yaptıkları çalışmada adölesanlar, arkadaşlarına ve diğer kişilere hastalığı nasıl açıklayacaklarını bilemediklerini ve arkadaşları ile ilişkilerinin kendileri için stresör olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca aynı çalışmada adölesanlar, ebeveynleri ile ilişkilerinin olumsuz duyguları ile başetmede çok önemli olduğunu belirtmişlerdir.

2.1.1.3. Ebeveynlerle İlişkiler

Tip 1 diyabet bireylerin özellikle de adölesanlar ve ailelerinin tüm yaşantısını etkileyen bir durumdur. Diyabetin yönetimine ilişkin tüm uygulamaların ailenin yaşam tarzına entegre edilmesi gerektiğinden her bir aile üyesi özellikle de adölesan ve anneleri bu süreçten olumsuz etkilenebilir (61). Diyabet tedavisindeki gereksinimler ve artan sorumluluklar, ebeveyn ve adölesan arasında iletişim sorunlarının yaşanmasına ve çatışmalara neden olmaktadır. Üstelik ebeveynin hastalığın yönetiminin büyük bir kısmını üstlenmesi ve bakıma çok fazla katılımı adölesanda otonomi duygusunun gelişmesine engel olabilmektedir (62). Marshall ve diğ.(63) yaptıkları çalışmada da adölesanların bağımsız olmaya çalışmalarının anneleri ile aralarında çatışma yaşanmasına neden olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada anneler hastalığın yönetiminde bozulma olacağı endişesiyle adölesanın sosyal aktivitelere katılmalarına izin vermek istemediklerini ifade etmişlerdir. Çocuğun kendi bakımının kontrolünü kazanmaya başlaması, ebeveyn ve adölesanlar arasında çatışmanın temel nedenlerinden biridir.

Ayrıca annelerde Tip 1 diyabetin yönetiminin adölesanlar tarafından uygun şekilde yapılamayacağı yönündeki endişeler nedeniyle adölesanların davranışlarına aşırı müdahale etme, çok soru sorma ve emirler verme gibi davranışlar görülmektedir. Weinger ve diğ.(64) 13-15 yaşları arasındaki 24 Tip 1 diyabetli adölesanın ebeveynleri ile yaşadıkları iletişim sorunları ve onlardan aldıkları destekleri incelemek amacıyla bir çalışma yapmışlardır. Yapılan bu çalışmada birçok adölesan diyabetin uzun dönem komplikasyonları ve adölesanlık dönemine ilişkin aktivitelerin (örn: araç kullanma) annelerinde endişeye neden olduğunu ve bu endişelerin annelerinde çok fazla soru sorma, emirler verme, azarlama, bağırma şeklinde kendini gösterdiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca adölesanlar annelerinin hastalığın yönetiminde meydana gelen aksaklıklar nedeniyle kendilerini bazen haksız yere suçladıklarını ifade etmişlerdir.

Carroll ve Marrero (28) 13-18 yaşları arasında 31 Tip 1 diyabetli adölesanla nitel bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada adölesanlar annelerinin onların diyabeti yönetmedeki yeterliliklerine ilişkin endişelerinin aşırı koruyucu ve suçlayıcı davranışlar veya stresli bir tavır şeklinde kendisini gösterdiğini ifade etmişlerdir. Adölesanlar diyabet nedeniyle normal adölesan döneminde yapmak istedikleri

davranışlarına (örn: gece dışarı çıkmak veya okul gezilerine gitmek gibi) anneleri tarafından hastalığın yönetimine ilişkin gerekçelerle izin verilmediğini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada adölesanlar, ebeveynlerin hastalığın yönetiminde kendilerine güvenmelerinin kendileri için önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Benzer şekilde; Davidson ve diğ.(34) yaptıkları bir çalışmada ise adölesanlar ebeveynlerin aşırı koruyucu kollayıcı, endişeli ve suçlayıcı tavırlarının kendileri için stresör olduğunu belirtmişlerdir.

Ebeveyn ve adölesan arasında görülen çatışmaların ve adölesanla ilişkilerinin bozulmasının bir diğer nedeni ise ebeveynlerin bu davranışlarının adölesan üzerindeki etkilerini bilmemeleridir (65).

Ancak yine de bazı Tip 1 diyabetli adölesanlar ve ebeveynleri bu dönemi daha az sorun yaşayarak geçirmektedirler. Bu ebeveynler suçlayıcı ve öfkeli tavırlar yerine daha sıcak, olumlu, kabullenici tutum içindedirler ve amaçlarını ve beklentilerini birbirlerine açıkça ifade etmektedirler. Bu ebeveynler sosyal destek sistemlerini kullanarak, problemleri birlikte çözebilmek için etkili iletişim kurarak, hastalığın yönetimini birlikte yaparak hem daha az sorun yaşamakta hem de hastalığın yönetiminin en iyi şekilde olmasını sağlamaktadırlar (66). Geffken ve diğ. (67) Tip 1 diyabetli 7-18 yaşları arasında diyabetik ketoasidoz deneyimi olan ve olmayan 100 adölesanla bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada sıcak, olumlu ve kabul edici bir iletişim kuran ailelerde çocuklarda ketoasidoz görülme oranı daha düşük bulunmuştur.

2.1.1.4. Psikiyatrik ve Davranışsal Sorunlar

Tip 1 diyabetli adölesanlarda depresyon, anksiyete, agresyon, hiperaktivite gibi psikiyatrik ve davranışsal sorunlar sıklıkla görülmektedir (68-70). Fettahoğlu ve diğ.(71) 8-17 yaşları arasında 34 diyabetli ve 9-17 yaşları arasında 50 sağlıklı çocukla yaptıkları çalışmada; diyabetli çocukların sağlıklı yaşıtlarına göre daha fazla ruhsal güçlük yaşadıklarını ve yaşanan ruhsal güçlüklerin hastalığın süresiyle birlikte arttığını belirlemişlerdir. Tip 1 diyabetli adölesanlar depresyon gelişmesi yönünden sağlıklı adölesanlara göre daha fazla risk altındadırlar. Çünkü Tip 1 diyabetli adölesanlar sağlıklı yaşıtlarına göre daha fazla akran baskısına maruz

kalmakta, ebeveynlerinden bağımsız olabilmek ve kimliklerini kazanmak için daha fazla mücadele etmektedirler (72).

Tip 1 diyabetli adölesanlarda psikolojik sorunların görülmesini tetikleyen faktörler arasında cinsiyet, kötü metabolik kontrol ve ebeveynlerde psikolojik sorunlarının olması da yer almaktadır (73).

2.1.1.5. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları özellikle de bulimia nevroza ve az yeme Tip 1 diyabetli adölesanlarda en sık görülen sorunlardan biridir. Kilo kaybını gerçekleştirmek amacıyla adölesanlarda aşırı egzersiz yapma, kendi kendine kusmayı aktive etme ve insülin dozunu atlama görülebilmektedir (74). Tip 1 diyabetli adölesanlar arasında yeme bozukluklarının oranı diyabetik olmayan yaşlıtlarına göre %8 ve % 30 arasında prevelansla ve kızlarda erkeklerden daha sık görülmektedir (75-76). Yeme bozuklukları aynı zamanda kötü metabolik kontrolü de beraberinde getirdiği için retinopati, nefropati ve nöropati gibi uzun dönem komplikasyonların gelişimini hızlandırmaktadır (77).

2.2. Kronik Hastalığın Aile Üzerine Etkisi

Çocuğa kronik hastalık tanısı konması ailenin yaşantısını maddi, sosyal, duygusal, davranışsal ve bilişsel yönlerden etkileyebilir. Ayrıca kronik hastalıklar beraberinde yerine getirilmesi gereken sorumlulukları, aile yaşantısında değişiklikleri ve maddi sıkıntıları beraberinde getirmektedir. Kronik hastalık sürecinde ebeveynlerden birinin çocuğun bakım gereksinimleri nedeniyle işten ayrılması, ailede gelirin azalmasına neden olur. Ayrıca anneler hem ailenin maddi gereksinimlerini karşılamak için çalışmak hem de ev ve aile ile ilgili sorumlulukları yerine getirmek zorunda kalabilirler. Bu durum annelerde tükenmeye ve ebeveynler arasında çatışmalara neden olabilir (3).

Tip 1 diyabet diyet, egzersiz ve insülin enjeksiyonu gibi karmaşık bir tedavisi olan, yaşam boyu adölesan ve ailesini etkileyen (78-79), günlük tedavisinin sürdürülmesi ve gelişimsel gereksinimlerinin eş zamanlı olarak karşılanmaya çalışılması nedeniyle ebeveynlerde strese neden olan kronik bir hastalıktır (80-81). Hastalığın yönetimine ilişkin uygulamalar; insülin enjeksiyonu veya pompa

uygulamaları, gün içinde belirli zamanlarda kan-glikoz düzeyinin izlemi, diyetin düzenlenmesi, düzenli fiziksel aktivitenin yapılması ve kan glikoz düzeyinde istenmeyen değişiklikler olduğunda sorunun uygun şekilde çözülmesi ve çocuğa duygusal destek olunmasını içermektedir (27,31).

Çocuklarına Tip 1 diyabet tanısı konan annelerin kronik hastalıklı çocuklara sahip diğer anneler gibi tanıyla birlikte şok, inkâr, anksiyete, öfke, suçluluk gibi duygular yaşadıkları bilinmektedir. Ayrıca anneler özgürlüğün, normalliğin ve sağlıklı çocuğun kaybını içeren yoğun bir kayıp duygusu yaşayabilirler. Zaman içinde ebeveynlerin yaşadıkları bu duygularda azalma olsa bile bazı olaylar veya dönemler onların tanı anında yaşadıkları bu duyguları tekrar yaşamalarına neden olmaktadır. Bu dönemler çocuğun okula başlaması ve adölesan dönemidir (82-83).

Tip 1 diyabetin ebeveynler üzerindeki etkileri ve onların endişe ve gereksinimlerini belirlemeye yönelik birçok çalışma yapılmıştır (15,84-85). Moyer (84) 10-18 yaşları arasındaki diyabetli çocuğa sahip 160 ebeveynle yaptığı çalışmada; onların hastalığın günlük bakımını yerine getirmede sorunlarının olmadığını, ancak gelecekle ilgili konuların (üreme, gebelik, evlilik vb.) ve çocuklarının stresle baş edebilme becerileri ile ilgili endişelerinin olduğunu belirlemiştir. Ayrıca çocuğun yaşı ve hastalığını süresi ile ilgili olmaksızın tüm anneler çocuğun bakımı ve gelişimine ilişkin konularda yardım, destek ve bilgi gereksinimlerinin olduğunu ifade etmişlerdir.

Parker ve diğ.(86) 262 ebeveynle yaptıkları çalışmada, ebeveynler hastalığın yönetimine ilişkin konularda endişelerinin zaman içinde azaldığını ancak, hastalığın uzun dönemdeki komplikasyonları ve çocuklarının gelecekteki (iş hayatı, evlilik) ile ilgili konularda endişelerinin zaman içinde arttığını ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada ebeveynlerin %90'ı çocukları uzun süredir hasta olmasına rağmen komplikasyonlarla ilgili endişelerini devam ettiğini ifade etmişlerdir.

Benzer şekilde Buckloh ve diğ.(48) Tip 1 diyabetli çocuğa sahip 30 anne 14 babadan oluşan toplam 47 kişi ile bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada da anneler hastalığın uzun dönem komplikasyonları ve gelecekte iş bulma konusunda sorun yaşayacaklarını düşündükleri için endişe ve anksiyete yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu çalışmada bazı ebeveynler kendi ebeveynlik becerilerinin çocuklarıyla yaşadıkları sorunları çözmede ve hastalığın yönetiminde etkili olup olmadığını konusunda endişe

yaşadıklarını, gelecekte gelişebilecek komplikasyonları önleyemezlerse kendilerini daha da suçlu hissedeceklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca bu çalışmada anneler çocuklarının bakımı nedeniyle tükenmişlik ve yorgunluk yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Ivey ve diğ.(87) 11-15 yaşları arasındaki adölesanlar ve ebeveynleri ile yaptıkları bir çalışmada; ebeveynlerin adölesanların hastalığın yönetimine ilişkin yanlış bir uygulama yapmasından korktuklarını, uzun dönem komplikasyonların ve sonuçların kendilerinde endişe, korku ve tükenmeye neden olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca adölesanın hastalığın yönetimine ilişkin olumsuz davranışlar konusunda ne yapmaları gerektiğini bilmedikleri için çaresizlik duygusu yaşadıklarını ve hastalığın günlük tedavisini yapma ve adölesanı sürekli olarak hastalığın yönetimine ilişkin sorumlulukları için uyarmanın kendilerinde tükenmeye neden olduğunu ifade etmişlerdir. Beveridge ve diğ.(88) yaptıkları çalışmada ise anneler; adölesanın hastalığın yönetimine aktif katılmasının, adölesanla yaşadıkları iletişim problemleri ve çatışmalarının kendileri için stresör olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca Carroll ve Marrero (25) 13-18 yaşları arasındaki 28 ebeveyn (23 anne) ile yaptığı çalışmada da ebeveynlerin çoğu diyabet adölesanların terapötik rejime uymaması nedeniyle gelişebilecek komplikasyonların onlardaki en büyük endişe kaynağı olduğunu ifade etmişlerdir.

Ginsburg ve diğ.(89) yaptıkları bir çalışmada ebeveynler kendilerini “yalnız bakım vericiler” olarak tanımlamışlardır. Ayrıca bu çalışmada ebeveynler diyabet ve beraberinde getirdiği stresli olaylarla baş etme ve kendi gereksinimlerini karşılama arasındaki dengeyi kuramadıklarını, diyabet yönetimi iyi olmadığında ya da adölesan diyabet yönetimi ile ilgili sorun yaşadığında kendilerini suçlanmış hissettiklerini ve bu durumdan kendilerini sorumlu tuttuklarını ifade etmişlerdir.

Sullivan-Bolyai ve diğ.(90) yaptıkları çalışmada da anneler ebeveynlik stillerini “sürekli olarak dikkatli olmak” şeklinde tanımlamışlardır. Anneler sürekli olarak dikkatli olmak zorunda olduklarını ve desteğin olmaması nedeniyle fiziksel ve duygusal problemler ve tükenme yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi adölesan dönemi annelerin yoğun endişe ve stres yaşadıkları dönemdir.

2.3. Stres ve Stresle Başetme

Stres sözcüğü, Latince "estricia"dan gelmektedir. Stres, 17. Yüzyılda felaket, bela, musibet, dert, keder, elem gibi anlamlarda kullanılmıştır. Onsekiz ve 19. Yüzyıllarda ise, kavramın anlamı değişmiş ve güç, baskı, zor gibi anlamlarda objelere, kişiye, organlara ve ruhsal yapıya yönelik olarak kullanılmıştır. Buna bağlı olarak da stres, nesne ve kişinin bu tür güçlerin etkisi ile biçiminin bozulmasına, çarpıtılmasına karşı bir direnç anlamında kullanılmaya başlamıştır (91).

Selye stresi, "vücuda yüklenilen herhangi bir özel olmayan isteme karşı, vücudun tepkisi" olarak tanımlamaktadır. Stres, organizmanın fizik ve ruhsal sınırlarının zorlandığı, tehdit edildiği, çatışmaya düştüğü, huzursuzluk hissettiği anlarda ortaya çıkan bir durum olarak tanımlanmaktadır (92).

Stresli yaşantılar sırasında (tehdit ve zorlanmalar karşısında) canlı organizma kendini korumaya yönelik bir tepki zincirini harekete geçirme özelliğine sahiptir. Bu özellik, tehlike ile karşılaşınca "savaş veya kaç" diye adlandırılan cevabın ortaya çıkmasına neden olur. Bir tehlike ile yüz yüze gelen canlı, başa çıkamayacağına inandığı bu tehlikeden uzaklaşmaya çalışır, başa çıkacağına inandığı tehlike ile savaşır ve böylelikle yeni duruma uyum sağlar.

Organizmanın tehdit karşısında olduğu stres durumunda insanlara hem bedensel hem de psikolojik düzeyde bir dizi olay meydana gelir. Organizmanın tehdit edilmesi ve bu yüzden dengenin bozulması canlılığı korumaya yönelik alarm tepkisinin yaşanmasına neden olur. Bozulan dengenin yeniden kurulması için yeni duruma uyum sağlanması gerekir.

Bu sebeple stres tepkisi "Genel Uyum Belirtisi" olarak da adlandırılır. Genel uyum belirtisinin üç basamağı vardır.

1. Alarm Evresi: Stresörle ilk karşılaşma anıdır. Bu aşamada kas gerginliği artar, sindirim sistemi yavaşlar, ruhsal olarak gerginlik artar, öfke, korku, sinirlilik, tedirginlik görölür. Dikkat toplama, hatırlama, karar verme güçleşir. Alarm döneminde organizma tekrar dengesini sağlayabilir. Stresörler güçlü ve yoğun olduğunda bununla baş etmek zorlaşır, bu durumda stres uzar.

2. Direnç Evresi: Birey dengeyi kurmak için direnir. Bedeni dinlendirici sinir sistemi devreye girer. Direnme birkaç dakika ya da günlerce sürebilir. Direnç döneminde bitkinlik, ağızda kuruluk, iştahsızlık, zayıflama, çok yeme, kilo alma, baş

ağrısı, baş dönmesi, boyun, ense, bel, sırt ağrısı, kasılma, eklem ağrısı, dengesizlik, uyku bozukluğu, kabus görme, sindirim bozuklukları, konuşma güçlüğü, sese karşı aşırı duyarlılık görülür. Direnç döneminde kaygı düzeyinde sürekli artış vardır. Sorun hala çözülmiyorsa organizma dayanamaz tükenir.

3. Tükenme Evresi: Enerjinin bir yere kanalize edilmemesi, iç ve dış çevreden gelen stresörlere uyum sağlayamama sonucu fiziksel semptomlar, tehlikeli akıl sağlığı hastalıkları ve ölümün görülebildiği dönemdir (92).

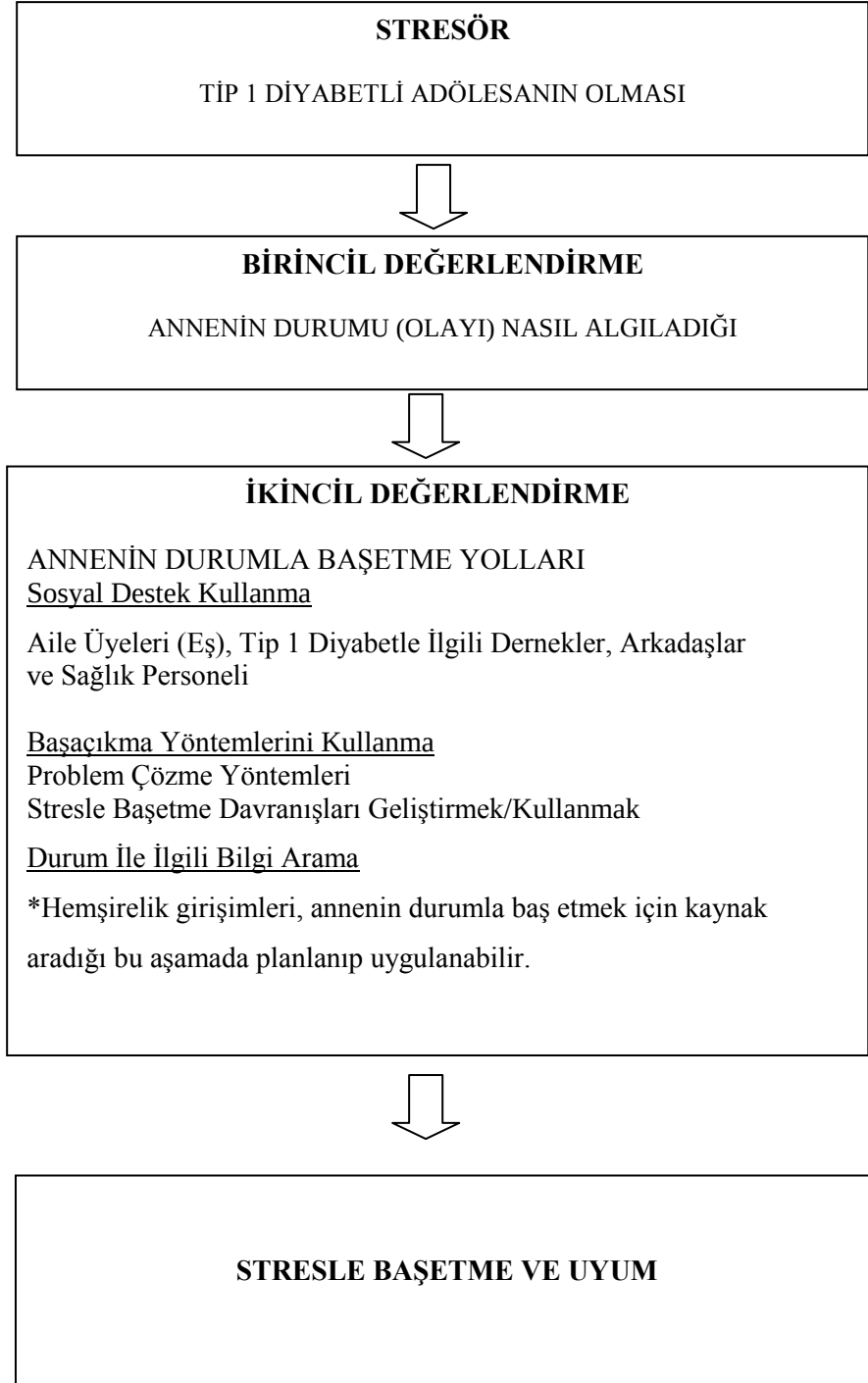
Lazarus ve Folkman ise stresi, “birey ve çevresi arasında oluşan, bireyin kaynaklarının zorlandığı veya aşıldığı ve iyilik durumunun tehlikeye girdiği şeklinde değerlendirilen bir ilişki” olarak tanımlarken, sürecin oluşumunda dört faktörün dikkate alınması gerektiğini ileri sürmektedirler. Bunlardan ilki sürece neden olan içsel veya dışsal bir etkenin varlığı, ikincisi bu etkenin varoluşa tehlikeli veya zararlı olduğuna dair bir değerlendirmenin yapılması, üçüncüsü stresli olan taleple zihinsel veya fiziksel olarak başa çıkma kaynaklarının değerlendirilmesi, dördüncüsü ise stres tepkisi olarak adlandırılan zihin ve bedendeki karmaşık etkiler örüntüsüdür (93-94). Lazarus’a göre bireyin stresörle etkileşimi ne tepki ne de bir reaksiyondur, stres iyilik halinin tehdit derecesini algılama durumudur. Lazarus durumu tanımlamamıza yardımcı olan faktörleri birincil değerlendirme ve ikincil değerlendirme sistemleri olarak ele almıştır.

Birincil Değerlendirme; Yaşanılan durumun algılanması ve kişi için ne anlama geldiğinin değerlendirilmesidir.

İkincil Değerlendirme; Birinci aşamada kişi yaşantıyı stres verici (tehdit edici) olarak değerlendirmiş ise ikinci aşama da olayı yönlendirme ve olayla başa çıkabilme yolları ile ilgilidir. İkincil algılama sürecinde “Kişi ben ne yapabilirim” sorusunu sormaya başlar. Bu sorunun yanıtı kişinin gerçekte ne yapacağını belirleyen anahtar sorudur. Kişi bu aşamada kendisinde var olan özellikleri ve kaynaklarını kullanarak sorunlarla baş etme yollarını arar (94).

Bir durumun birincil ve ikincil değerlendirme sistemleri sonunda tehdit olarak algılanmasında rol alan psikolojik (kişisel) faktörler üç açıdan ele alınmaktadır. Bunlar; ihtiyaç ve güdüler, inanç sistemleri ve algılar, eğitim ve bilgi birikimine bağlı zihinsel kaynaklardır (92).

Şekil.1. Tip 1 Diyabetli Adölesanların Annelerinin Stres ve Başetme Modeline Göre Stresle Başetme Sürecinin Tanımlanması



Lazarus ve Folkman'ın stres ve baş etme modeline göre Tip 1 diyabetli adölesana sahip annenin stres ve baş etme süreci incelendiğinde; Tip 1 diyabetli çocuğun adölesan döneminde olması anne tarafından bir stresör / tehdit olarak algılanabilir. Çünkü adölesan dönemi kronik hastalığın yönetiminin en güç olduğu, anne ve adölesanlar arasında iletişim problemleri ve çatışmaların yoğun bir şekilde yaşandığı bir dönemdir. Tip 1 diyabetli bir adölesana sahip anne durumla baş edebilmek için durumu değerlendirmede iki adım kullanacaktır. Folkman ve Lazarus'a göre ilk adım olayın potansiyel bir tehdit olup olmadığının değerlendirmesidir. Bu ilk adım primer değerlendirme olarak adlandırılmıştır. İkincil değerlendirme olarak adlandırılan ikinci adım da ise anne stresli deneyimin olumsuz sonuçlarını azaltmak ve stresle baş edebilme ve uyum sağlamak için kaynaklarını kullanacak ya da baş etme için yeni kaynaklar arayışı içine girecektir.

Annenin yeni kaynak arayışı içinde olduğu bu dönem; annelere en yakın pozisyondaki sağlık profesyonelleri olan hemşireler tarafından anneye bilgi ve destek verilmesi için uygun bir dönemdir. Bu dönemde yapılacak hemşirelik girişimleri; annenin Tip 1 diyabete ilişkin bilgisinin arttırılması, algılanan sosyal desteğin arttırılması, stresle baş etme stratejilerinin öğretilmesi, adölesan ve anne arasında yaşanacak sorunlara yönelik ve adölesan dönemine ilişkin danışmanlık yapılmasını içerir. Bu girişimler annenin stresle baş etmesini ve duruma uyumunu sağlayacaktır.

2.3.1. Stresle Baş etme

Stresin etkilerini azaltmak için gösterilen davranışların tümüne stresle başa çıkma denilebilir. Stresle baş etme kavramını kuramcılar farklı boyutlarda ele almışlardır. Bunlar;

- Freud'un psikonaltik kuramında önerildiği bilinç dışı "savunma mekanizmaları" (Ego savunma mekanizmaları)
- Erikson'un "yaşam dönemleri" yaklaşımında sözünü ettiği, özgüven, özyeterlilik ya da içsel kontrol gibi "bireysel kaynaklar"
- Evrim kuramı ve davranışçı yaklaşımdaki "problem çözme çabaları"
- Canon ve Selye gibi araştırmacıların ileri sürdüğü, hem insanların hem de hayvanların stres karşısında gösterdiği, "savaş ya da kaç tepkisi"

- Organizmanın kendi fizyopsikolojik kaynaklarının zorlanıp tükenmesi karşısında gösterdiği “uyum sağlamaya” yönelik sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalar olarak sıralanabilir (95).

Lazarus ve Folkman’a göre ise başa çıkma, “bireyin kapasitesini azaltıcı veya zorlayıcı olarak değerlendirilen belli içsel veya dışsal taleplerle başetmek için bilişsel ve davranışsal çabalarındaki sürekli değişimdir”. Bu nedenle Lazarus başa çıkmayı bir eğilim değil, bir süreç olarak değerlendirmektedir (94). Stresle başa çıkma çabaları, bireyin davranışları ile çevresel talepler arasında bir aracıdır ve strese karşı onun etkilerini en aza indirmede bir tampon görevi gösterir. Başa çıkma stratejileri ya durum üzerinde doğrudan etki gösterir (problem odaklı başa çıkma) ya da duygusal tepkileri yönetir (duygusal odaklı başa çıkma). Ancak probleme yönelik başetme stratejilerinin daha uyumlu, kişiyi daha çok geliştirici; duygulara yönelik stratejilerinin ise uyumsuz, savunucu ve gelişimi engelleyici olduğuna ilişkin yaygın bir görüş bulunmaktadır (94).

Kronik hastalıklı çocuğa sahip ebeveynlerin yaşadıkları sorunlar ve stresörlerle başetmede kullandıkları yöntemleri belirlemek amacıyla bir çok çalışma yapılmıştır. Annelerin kullandıkları başetme yöntemleri arasında bilgi arama, yaşamın pozitif yönlerine odaklanma, güne odaklanma, benzer durumda olan ebeveynlerle konuşma sayılabilir (96). Hummelinck ve Pollock (97) kronik hastalıklı çocuğa sahip ebeveynlerle yaptıkları bir çalışmada, ebeveynlerin bilgi aramayı bir baş etme yöntemi olarak kullandıklarını belirlemişlerdir. Mellin ve diğ.(26) yaptıkları bir çalışmada da annelerin baş etmede sıklıkla olumlu düşünmeyi kullandıklarını belirlemişlerdir. Azar ve Solomon (78) diyabetli çocuğu olan 60 ebeveynin kullandıkları baş etme yöntemleri ile ilgili yaptıkları çalışmada; onların başetme yöntemi olarak olumlu düşünme ve sosyal destek aramayı kullandıkları belirlenmiştir. Hodgkinson ve Lesler (98) kistik fibrozisli çocukların annelerinin en sık kullandıkları başetme yönteminin, diğer kişilerden özellikle de hemşirelerden sosyal destek arama olduğunu belirlemişler.

2.3.2. Stresle Başetme Kaynakları

Kişinin baş etme yolu sahip olduğu kaynaklar tarafından belirlenir. Bunlar sağlık ve enerji, inanç ve değerler veya kontrol hakkındaki genel düşünce, problem çözme ve sosyal beceriler, sosyal ve materyal desteğidir.

Başetme bilişsel bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle başetme sürecinin değerlendirilebilmesi ve kişiye destek olunabilmesi için bireyin sahip olduğu baş etme kaynaklarının bilinmesi son derece önemlidir. Lazarus ve Folkman kişide var olan ve stresle baş etmeyi sağlayacak özellikleri aşağıdaki gibi tanımlamıştır;

Sağlık ve enerji (fiziksel kaynak); Sağlıklı ve fiziksel olarak iyilik halinde olan bir bireyin stresle baş etmesi daha kolay olabilir.

Olumlu düşünme (psikolojik kaynak); Pozitif düşünce, baş etme için önemli bir kaynaktır ancak baş etme için yeterli değildir. Ayrıca Lazarus ve Folkman'a göre tüm inanç ve düşünce sistemleri bir baş etme kaynağı olarak hizmet etmeyebilir ve bazı inançlar baş etme çabalarını engelleyebilir. Örneğin kişi başına gelen olumsuz durumu Tanrının bir cezası olarak düşünüyorsa, durumu değiştirmek için hiçbir çaba göstermeyebilir. Kadere inanmak (dış denetim odaklı olma) problem odaklı baş etmeyi engelleyerek kişinin durumu değiştirebilmek için kendisini güçsüz ve yarımsız hissetmesine neden olabilir.

Problem çözme becerileri; Bilgi arama, alternatif eylem planlarını oluşturmak için problemi tanımlama ve durumu analiz etme, eylem planlarının uygulanabilirliğini değerlendirme ve eyleme geçmeyi içerir ve çok önemli bir baş etme kaynağıdır.

Sosyal beceriler; Bireyin yaşadığı ortama ve duruma uyum yapabilmesinde son derece önemli bir kaynaktır. Sosyal beceriler bireyin sosyal olarak etkili ve uygun olarak sosyalleşebilmesini ve iletişime geçebilmesini içerir. Sosyal beceriler, problem çözümünde destek olabilecek diğer kişilerle bağlantı kurmayı, destek almayı sağlar ve kişinin sosyal etkileşimleri üzerinde kontrol kurmasını sağlar.

Sosyal destek; Kişinin diğer bireylerden aldığı duygusal, bilgisel ve/veya maddi destekler önemli bir baş etme kaynağıdır.

Materyal desteği; Bu destek para ve parayla elde edilebilecek desteği içerir. Maddi destek tek başına soruna çözüm olmasa da kişinin çözüm yollarına kolay ulaşmasını sağlayabilir.

Lazarus ve Folkman'ın stres ve başetme modeline göre duruma yönelik önlemlerden olan sosyal destek ve problem çözme becerileri son derece önemli iki stresle başetme yöntemi olarak tanımlanmıştır (94).

2.3.3.Sosyal Destek

Sosyal destek, bireyin çevresinden elde ettiği sosyal ve psikolojik destek olarak tanımlanabilir. Bu çerçevede bireyin ailesi, arkadaşları, öğretmenleri, iş arkadaşları, komşuları, ideolojik, dinsel veya etnik gruplar ile bireyin içinde yaşadığı toplum gibi faktörler bireyin sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır. Sosyal destek bireyin zorlu durumlarla başa çıkabilmesinde güçlü bir kaynaktır. Sosyal destek çevresel stresörlerin etkisini azaltır, sosyal izolasyon ve yalnızlık duygularını azaltır ve mutluluk ait olma gibi duyguların gelişmesini sağlar (99).

Yapılan çalışmalarda da kronik hastalıklı çocuklara bakım veren ailelerde sosyal desteğin olumlu yönleri bulunmuştur (100-101). Algılanan sosyal desteğin artması stresin psikolojik ve fizyolojik etkileri üzerinde tampon etkisi yapar (102), annelerin mental sağlığının olumsuz yönde etkilenmesini önler (103), sorunlarla daha iyi baş edebilmelerini sağlar (104) ve streslerini azaltır (105). Kronik hastalıklı çocukların ebeveynlerinin yaşadıkları stresle etkili şekilde baş edebilmeleri için, sosyal destek sistemlerine gereksinimleri vardır. Bu ailelerin hastalık süresince farklı sosyal destek kaynaklarının arayışı içinde oldukları belirlenmiştir (106). Ancak ne yazık ki kronik hastalıklı çocuğa sahip aileler, sosyal izolasyon yaşamakta ve sosyal destek kaynaklarına ulaşamamaktadırlar (107). Michael (108) yaptığı çalışmada; kronik hastalıklı çocuğa sahip ailelerin sağlıklı çocuğa sahip ailelere oranla daha az sosyal desteğe sahip olduklarını belirlemiştir. Ayrıca bu çalışmada kronik hastalığının türünün de algılanan sosyal desteğin miktarını etkilediği ve en düşük algının Tip 1 diyabetli çocukların ailelerinde olduğu saptanmıştır.

Simon ve diğ.(109) çocukları transplantasyon sürecinde olan anne ve babalarla yaptıkları çalışmada, sosyal desteğin annelerde daha az psikolojik sorunun görülmesine neden olduğunu, fakat babalarda görülen psikolojik semptomlara

herhangi bir etkisinin olmadığını belirlemişlerdir. Ayrıca bu çalışmada; yapılan regresyon analizinde annelerde sosyal desteğin azlığının baş etmede yetersizliğe ve psikolojik belirtilerin görülmesine neden olduğu belirlenmiştir.

Lewandowski ve Drotar (110) Tip 1 diyabetli 13-18 yaşları arasındaki 51 adolesanin annesi ile yaptıkları çalışmada aile (eş) desteği olan annelerin, çocukları ile daha az çatışma yaşadığı ve adolesanın tedaviye uyumunun arttığını belirlemişlerdir.

Tak ve McCubbin (111) konjenital kalp hastalıklı çocuğa sahip 92 aile ile algılanan sosyal destek ve başetme arasındaki ilişkiyi ve kronik hastalıkla baş etmeye eşlik eden faktörleri belirlemek amacıyla bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada algılanan sosyal desteğin stresle baş etmede önemli bir faktör olarak görev yaptığı belirlenmiştir. Ayrıca algılanan sosyal desteğin stresle baş etmede en önemli faktör olduğu belirlenmiştir.

Letourneau ve diğ.(112)'nin mental problemi olan 34 aile ile yaptıkları sosyal desteği artırma girişiminden sonra ebeveyn ve çocuk arasındaki iletişim ve etkileşimin arttığını belirlemişlerdir. Scharer ve diğ.(113) yaptıkları çalışmada, annelere internet ve telefon yoluyla sosyal destek sağlanmış, endişeleri dinlenmiş ve hastalık ve yönetimiyle ilgili yanlış anlamaları düzeltilmiştir. Bu çalışmaya katılan anneler, memnuniyetlerinin arttığını ifade etmişlerdir.

2.3.4 Sosyal Destek Türleri

Cohen ve Wills sosyal desteği;

Duygusal Destek: Sevgi, hoşlanma, anlayış, kabul görme, değer verilme, özen gösterilme, korunma gereksinimlerini kapsayan destek

Araçsal Destek: Parasal yardımı, materyal kaynakları, araç gereç yardımı gibi somut yardımları içeren destek

Bilgisel Destek: Sorun kabul edilen olaylarla başa çıkmada, tanımlayıcı ve sorunu anlamayı içeren destek

Yaygın Destek: Boş vakitlerde diğer insanlarla zaman geçirme, eğlenme, rahatlama, sosyal arkadaşlık olarak alınan destek olarak tanımlamaktadırlar (114) .

Sosyal destek yüz yüze, telefonla ve internet yoluyla verilebilir. Sosyal destek sistemlerini oluşturmak ve baş etmeyi desteklemek amacıyla son yıllarda kronik

hastalıklı çocuğa sahip ebeveynler için ebeveyn destek grupları oluşturulmuştur (115).

2.3.5. Problem Çözme

Heppner ve Petersen (116) problem çözmeyi problemle baş etme ile aynı anlamda kullanmıştır. Ona göre problem çözme; içsel veya dışsal gereksinimleri karşılamak ve yaşantılardaki değişimlere uyum sağlamak amacıyla bilişsel ve duyuşsal kaynakları problem çözmeye yöneltmektir.

Problemleri etkin bir şekilde çözmeye bazı aşamalar kullanılır. Bunlar; Problemi saptama; Problemin tam olarak tanımlanması ve sorunun ne olduğunun belirlenmesidir. Problemin tam olarak tanımlanması, onun somutlaşmasını sağlar. Seçenekleri gözden geçirme; Problemi etkili şekilde çözebilmek için problemin çözümünde kullanılabilecek tüm seçeneklerin gözden geçirilmesi gereklidir. Bu aşamada bireylerin kişilik özellikleri son derece önemlidir. Bazı kişiler problem çözmeye daha önce kullandığı yöntemleri kullanırken bazıları ise yeni çözüm yolları bulmaya motivedirler.

Uygun çözüm yolunu seçme; Bu aşamada geliştirilen veya var olan bütün çözüm yolları değerlendirilerek en uygun çözüm bulunur. Bu aşama, aynı zamanda karar verme aşaması olduğu için; tüm seçenek ve fikirlere dikkatle yaklaşılmalı ve danışmanlık alınmalıdır.

Eyleme geçme ve sonuçları değerlendirme; Eylem sonucunda problem çözülmemiş olabilir. Bu nedenle bu aşamada sonuçlar doğrultusunda daha önce belirlenen çözüm önerileri tekrar gözden geçirilebilir (117).

Kronik hastalıklı çocuklara sahip olan ebeveynlerin özellikle de çocuğun bakım sorumluluğunun büyük kısmını üstelenen annelerin etkili bir problem çözme yöntemini bilmeleri, onların problemleri etkin şekilde çözebilmelerini dolayısıyla stresle etkili bir şekilde baş edebilmelerini sağlar.

Fehrenbach ve Peterson (118) 27 anne ve 3 babadan oluşan 30 fenilketüürlü çocuğa sahip ebeveynle yaptıkları çalışmada; problem çözme becerisi artan annelerin çocuklarının hastalığının yönetiminde ve stresle baş etmede daha iyi olduklarını belirlemişlerdir. Benzer şekilde; Bucher ve diğ.(119) kanserli bireylere bakım veren kişilere problem çözme becerilerini geliştirmek üzere bir program uygulamışlardır.

Bu programın sonunda programa katılan kişilerin hem problem çözme becerileri gelişmiş hem de stres düzeyleri azalmıştır. Benzer şekilde Sahler ve diğ. (120) kanserli çocuğa sahip annelere problem çözme becerilerini öğrettikleri çalışmada; annelerin problem değişmiştir.

2.4. Hemşirelik Bakımı

Kronik hastalık sadece çocuğu değil, tüm aileyi etkileyen bir durum olduğu için hemşire aile üyelerini tanı aşamasından itibaren periyodik olarak değerlendirmesi ve aile merkezli bakım doğrultusunda onların hastalığa psikososyal uyumunu değerlendirmesi gerekir. Tip 1 diyabetli adölesan ve ailesinin hemşirelik bakımı, metabolik kontrol, psikososyal uyum ve kendine bakımın yönetimi olmak üzere üç grupta ele alınmıştır (121).

2.4.1. Metabolik Kontrolün Sağlanması

Metabolik kontrole ilişkin hemşirelik hedefleri şunları içerir;

2.4.1.1. İnsülin Uygulaması

Aileye daha fazla destek, denetim ve uygulama zamanı sağlamak için eğitime olabildiğince erken başlanmalı ve eğer olanak varsa insülin enjeksiyonu evdeki tüm yetişkinlere öğretilmelidir (121).

2.4.1.2. Diyetin Yönetimi

Aile ve çocuğun diyeti düzenleyebilmesi için; beslenme programının amacını, besin değişimlerini, karbonhidrat sayımını, öğünlerin sıklığını ve zamanını anlaması önemlidir. Bu nedenle çocuk ve aileye diyetle ilişkin bilgi verilmelidir (121).

2.4.1.3. Diyabetli Çocukta Metabolik Kontrolün Sürdürülmesi

Diyabette stres, hastalık, büyüme, puberte ve ameliyat döneminde metabolik kontrolün yeniden düzenlenmesi gereklidir (121). Bu nedenle bu dönemler konusunda ailelere bilgi verilmelidir.

2.4.1.4. Komplikasyonların Önlenmesi

Diyabetli çocuk kronik komplikasyonlar yönünden düzenli olarak izlenir. Bazı otoriteler, dikkatli kan glikoz kontrolü ile sorunların azalabileceğine inanmaktadır. Bu nedenle ebeveynlere hipo/hiperglisemi belirtileri ve acil müdahale yöntemleri ailelere öğretilmelidir. Ayrıca çocuk ve ailesine düzenli kontrollerin önemi konusunda bilgi verilmelidir (121).

2.4.2. Adölesan ve Ailesinin Psikososyal Uyumunu Sağlama

2.4.2.1. Diyabetin Psikososyal Etkileri

Diyabet; fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamı tehdit eden ve yaşamın dengesini bozan bir sorundur. Ebeveynler başlangıçta şok, inkâr, öfke korku ve suçluluk yaşarlar. Ailenin hastalığın başlangıçtaki etkisi ile baş edebilmek için zamana ve desteğe gereksinimleri vardır. Bu nedenle hemşireler tanı anı ve hastalık sürecinde ailelere destek olmalıdır (121). Hastalığın çocuk üzerindeki etkisi çocuğu yaşına göre büyük ölçüde değişir, ancak en önemli etki adölesan döneminde görülür. Bu nedenle annelere adölesanlık döneminde yaşanabilecek sorunlar ve sorunların çözümüne ilişkin eğitim ve danışmanlık yapılmalıdır.

2.4.2.2. Hastalık ve Tedaviye Uyumunu Sağlama

Aile ve çocuğun hastalığa optimal düzeyde uyumunun sağlanabilmesi için ailenin her bireyi desteklenmelidir. Ancak kronik hastalıklı çocuğun bakımının sorumluluğunu sıklıkla annelerin üstlendiği düşünüldüğünde, onların bu süreçte uyumları için desteklenmeleri önem kazanmaktadır. Bu nedenle hemşireler sadece tanı anında değil, annelerin stres yaşayabilecekleri dönemlerde de periyodik olarak stresle baş etme yöntemleri ve destek kaynaklarını değerlendirmelidir. Ayrıca ebeveyn ve çocuğun düzenli izlemleri sırasında hemşire; aile üyelerinin endişe ve sorularına yanıt vermeli, çocuğun ve ebeveynlerinin hastalık ve yönetimi ile ilgili konularda bilgi ve anlamalarını değerlendirmeli, aile üyelerinin birbirleri ile ilgili iletişimlerini gözlemeli ve çocuklarının durumu ile ilgili duygularını ifade etmelerini sağlamalıdır (3).

Ayrıca çocuğun da yaşına ve ilgisine uygun olarak tedavinin çeşitli yönlerine katılmasına izin verilmelidir. Diyabetli adölesanlar akranlarından farklı olmamak için

önerilen diyet ve insülin programına uyumda esnek davranabilirler. Diyabetli adölesanlarda hastalık nedeniyle akranlarından farklı olma ve yaşam tarzının değişmesi sonucu depresyon gelişebilir. Bu nedenle adölesanın ve ailesinin hastalığa uyumunun değerlendirilmesi ve riskli dönemlerde aile ve adölesana eğitim ve danışmanlık yapılması gereklidir. Diyabetli adölesanın bu dönemde hastalık ve döneminin getirdiği sorunlarla başetme yöntemleri geliştirmesi için akran ve aile destek grupları yararlı olabilir. Bu nedenle hemşire bu dönemde adölesan ve ailesini bu destek gruplarına yönlendirebilir (1).

2.4.2.3. Sağlıklı Psikososyal Gelişimin Sağlanması

Ebeveynlerin çocuğun sağlık durumu ve hastalığın yanı sıra çocuğun gelişimsel görevlerini yerine getirebilmesi için çocuğun gelişimsel özellikleri konusunda da bilgilendirilmeye gereksinimleri vardır. Çocuğun normal gelişimsel görevlerini yerine getirebilmesindeki önemli yönlerden biri çocuğun günlük yaşamda ve özbakım becerilerinde cesaretlendirilmesidir. Çocuğun yaşı, fiziksel, duygusal ve mental kapasitesi değerlendirilerek kendi özbakım gereksinimlerini karşılaması ve otonomisini kazanması sağlanmalıdır (3).

Ayrıca diyabetli çocuk, normal büyüme ve gelişmeyi etkileyen çeşitli duygusal streslerle karşılaşabilir. Hastalığın akut semptomları, sağlık ekibi ile başlangıçtaki etkileşim, ebeveynlerin endişeleri, çocuğun anksiyete ve korkularının tümü strese neden olur. Tüm bu stresler, endişeler ve yaşam tarzındaki değişiklikler yeni duruma uyumu ya da baş etmeyi gerektirir. Diyabetli çocuğun yaşamında tanı, okula başlama ve adölesanlık dönemi gibi krizli dönemler vardır. Her gelişimsel aşama diyabetli çocuk için yeni ve farklı engeller ortaya çıkarır. Hemşire hem normal büyüme gelişmenin hem de diyabetli çocuğun tedaviye uyumunun sağlanmasında bütüncü bir rol oynayabilir (1)

2.4.3. Kendine Bakımın Yönetimi

Diyabet gibi kronik hastalıkların yönetiminde başarılı olabilmek için hasta ve ailesinin yüksek düzeyde sorumluluk alması gereklidir. Bu nedenle sağlık personeli tarafından çocuk ve ailesinin eğitimi önemlidir. Eğitim programları bireylerin yetenek ve gereksinimlerine göre düzenlenmelidir. Adölesan diyetin planlanması,

kan glikoz testi ve insulin enjeksiyonlarında bağımsız olmalıdır. Bununla birlikte adölesan, diyabetin yönetiminde ailesinden destek ve yardım alabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma; Tip 1 diyabeti olan adölesanların annelerinin yaşadıkları sorunların belirlenmesi ve geliştirilen hemşirelik yaklaşımlarının etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan yarı deneysel tasarımda bir araştırmadır (122).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi ve Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji ve Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi endokrin ve metabolizma polikliniğinde yapılmıştır.

Ankara Üniversitesi endokrin polikliniği 1991 yılında hizmete açılmıştır. Bu ünite 08-16 saatlerinde, 2 öğretim üyesi hekim, 1 hemşire görev yapmaktadır. Ünite bir muayene odası bulunmaktadır. Ünite çocukluk döneminde görülen tüm endokrin hastalıkların tanı ve tedavisine yönelik 09:00-17:00 saatleri arasında poliklinik hizmetleri verilmektedir.

Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji ve Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi endokrin polikliniği ise 1991 yılında hizmete açılmıştır. Bu ünite 1 pediatrik endokrin uzmanı hekim 2 araştırma görevlisi hekim ve 2 hemşire görev yapmaktadır. Ünite çocukluk döneminde görülen tüm endokrin hastalıkların tanı ve tedavisine yönelik 09:00-17:00 saatleri arasında poliklinik hizmetleri verilmektedir.

Polikliniklere başvuran hastaların önce fizik muayeneleri hekimler tarafından yapılmaktadır. Muayene ve tetkikleri tamamlanan hastaların tedavileri düzenlenmektedir. Hasta ve ailesinin eğitimi Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi'nde poliklinik ortamında hekimler, Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji ve Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi endokrin polikliniğinde ise hemşire ve hekimler tarafından gerçekleştirilmektedir. Ünitelerde hemşireler ağırlıklı olarak tetkikler için örnek alma ve randevuların verilmesi ve düzenlenmesi gibi hizmetleri yürütmekte ve daha çok hasta ve ailesinin sordukları soruları yanıtlamaktadırlar. Ünitelerde annelerin yaşadıkları sorunlar, stresle başetme durumları, destek kaynakları ve ebeveyn-adölesan arasındaki ilişkileri

değerlendirmeye yönelik herhangi bir hemşirelik girişimi yapılmamaktadır. Ayrıca annelere Tip 1 diyabet, insülin uygulaması gibi hastalığın yönetimine ilişkin bilgiler sadece tanı anında anlatılmakta ve planlı ve sürekli bir eğitim verilememektedir. Ünitelerde her yıl 14 Kasım Dünya Diyabetliler Günü'nde diyabetli çocuk ve ailelerine yönelik eğitim ve sosyal içerikli toplantılar düzenlenmektedir.

3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi endokrin polikliniğinde izlenen 37 ve Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji ve Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Endokrin ve Metabolizma polikliniğinde izlenen 40 olmak üzere toplam 77 Tip 1 diyabetli adölesanın annesi oluşturmuştur.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi endokrin polikliniğinde izlenen hastaların annelerinden 6'sı araştırmaya alınma kriterlerine uygun olmadığı, 11'i adres ve telefon bilgilerine ulaşamadığı için kapsam dışında kalmıştır. Ayrıca annelerden beşi araştırmaya katılmayı reddetmiştir. Bu nedenle Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi çocuk endokrin ve metabolizma polikliniğinde izlenen araştırma kriterlerini karşılayan, araştırmaya katılmayı kabul eden 15 anne örnekleme alınmıştır.

Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji ve Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Endokrin ve Metabolizma polikliniğinden ise kriterleri karşılayan, araştırmaya katılmayı kabul eden 8 anne araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırma Kriterleri;

- En az ilkokul mezunu olan,
- Çocuğu en az bir yıl önce Tip 1 diyabet tanısı alan,
- Herhangi bir psikolojik rahatsızlık tanısı almayan,
- Çocuğunda Tip 1 diyabet dışında herhangi bir kronik hastalığı olmayan.

Çalışmanın gücü, çalışmaya katılan 23 kişiden elde edilen bulgulara göre %80 olarak hesaplanmıştır. Gücü hesaplamak için GPower 3.08 programı ve NCSS-PASS 2005 programı kullanılmıştır.

3.4. Veri Toplama Form ve Araçları

Araştırmada veri toplamak amacı ile Demografik Veri Formu (Ek 1), Tip 1 Diyabetli Adölesana Sahip Annelerin Yaşadıkları Sorunlara İlişkin Veri Toplama Formu (Ek 2), Annelerin Diyabet Hakkındaki Bilgilerini Değerlendirme Formu (Ek 3), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (Ek 4), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 5), Problem Çözme Ölçeği (Ek 6) kullanılmıştır.

Demografik Veri Formu (Ek 1) , Tip 1 Diyabetli Adölesana Sahip Annelerin Yaşadıkları Sorunlara İlişkin Veri Toplama Formu (Ek 2), Annelerin Diyabet Hakkındaki Bilgilerini Değerlendirme Formu (Ek 3) araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulmuştur (7,27,34,37,48,86-88,123-126). Ek 1 (Demografik Veri Formu), Ek 2 (Tip 1 Diyabetli Adölesana Sahip Annelerin Yaşadıkları Sorunlara İlişkin Veri Toplama Formu) ve Ek 3'ün (Annelerin Diyabet Hakkındaki Bilgilerini Değerlendirme Formu) hazırlanma aşamasında üç uzman görüşü alınmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda Ek 3'te gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Ayrıca annelere yapılacak müdahalede kullanılmak üzere araştırmacı tarafından eğitim kitapçığı (Ek 8) geliştirilmiştir.

3.4.1. Demografik Veri Formu (Ek 1)

Bu form, Tip 1 diyabetli adölesanların (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu vb.) ve annelerinin (anne eğitimi, anne yaşı, sosyal güvence vb.) sosyodemografik özelliklerine ilişkin 11 ve adölesanların hastalıklarına ilişkin 9 olmak üzere toplam 20 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Tip 1 Diyabetli Adölesana Sahip Annelerin Yaşadıkları Sorunlara İlişkin Veri Toplama Formu (Ek 2)

İlk ve son ev ziyaretinde tip 1 diyabetli adölesana sahip annelerin yaşadıkları sorunları (örn: hastalığın yönetimine ilişkin sorunlar, iletişim sorunları vb.) değerlendirmek amacıyla kullanılan toplam 23 adet kapalı ve açık uçlu sorudan oluşan bir formdur.

3.4.3. Annelerin Diyabet Hakkındaki Bilgilerini Değerlendirme Formu (Ek 3)

İlk ve son ev ziyaretinde Tip 1 diyabetli adölesana sahip annelerin Tip 1 diyabet hakkındaki bilgilerini değerlendirmek amacıyla kullanılan bir formdur.

3.4.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (Ek 4)

Bireylerin genel ya da belirgin stres durumlarıyla başa çıkmada kullandıkları yolları belirleyebilmek amacıyla 1980'de Way's of Coping Inventory adı ile Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilmiş, duruma yönelik 30 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Durak tarafından 1995 yılında yapılmıştır (127). Ölçek; Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama Yaklaşımı olmak üzere 5 alt gruptan oluşmaktadır. Aşağıda alt gruplar ve ilgili soru maddeleri yer almaktadır.

Kendine Güvenli Yaklaşım: 8, 10, 14, 16, 20, 23, 26

İyimser Yaklaşım: 2, 4, 6, 12, 18

Çaresiz Yaklaşım: 3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28

Boyuneğici Yaklaşım: 5, 13, 15, 17, 21, 24

Sosyal Destek Arama: 1, 9, 29, 30

Ölçekteki her bir alt grup ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Ölçeğe ilişkin toplam puan hesaplanmamaktadır. Otuz maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan bu ölçekte, sosyal desteğe başvurma puanlanmasında 1. ve 9. maddeler ters puanlanarak hesaplanmaktadır. Her faktöre ait sorulardan elde edilen puanlar toplanmakta ve o faktöre ait toplam soru sayısına bölünerek her faktöre ait ortalama puan elde edilmektedir. Her alt ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 3'tür. Kendine güvenli, iyimser ve sosyal desteğe başvurma faktörlerinden elde edilen puanlar arttıkça stresle başa çıkmanın etkili olduğu, çaresiz, boyun eğici yaklaşım faktörlerinden elde edilen puanların artması ise stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerin kullanıldığını belirtmektedir.

Ölçeğin alt ölçeklerinin Cronbach Alpha güvenirlik katsayıları; İyimser Yaklaşım $\alpha=0.68$, Kendine Güvenli Yaklaşım $\alpha=0.80$, Çaresiz Yaklaşım $\alpha=0.73$, Boyun Eğici Yaklaşım $\alpha=0.70$, Sosyal Destek Arama $\alpha=0.47$ olarak bulunmuştur (127). Ölçek ülkemizde pek çok araştırmada kullanılmıştır (128-130).

3.4.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 5)

Bu ölçeğin orijinali Zimet ve arkadaşları tarafından, üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliğini araştırmak amacı ile 1988 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Eker ve Arkar (1995) tarafından sağlık merkezine başvuran öğrenciler, hastaneye gelen ziyaretçiler, psikiyatri ve böbrek hastaları üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmanın sonunda cronbach alfa değeri böbrek hastalarında 0.88, ziyaretçilerde 0.87, psikiyatri hastalarında 0.88, üniversite öğrencilerinde 0.85, sağlık merkezine başvuran üniversite öğrencilerinde 0.77 olarak bulunmuştur. Ölçek, algılanan sosyal desteğin kaynağına göre aile, arkadaşlar ve özel bir insandan alınan destek olmak üzere 3 alt ölçekten ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki her bir madde 1 “Kesinlikle hayır”dan, 7 “Kesinlikle evet” e kadar 1-7 puan arasında derecelendirilmiştir. Alt ölçeklerden en az 4, en fazla 28 puan alınmakta, toplam ölçek puan aralığı 12-84 arasında değişmektedir. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile, o alt ölçeğin puanı ve bütün alt ölçeklerin puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (131-132).

3.4.6. Problem Çözme Envanteri (Ek 6)

Problem Çözme Envanteri, 1982 yılında P. P. Heppner ve C. H. Petersen tarafından geliştirilmiştir. Türkçe’ye uyarlaması Şahin, Şahin ve P.P. Heppner (1993) tarafından yapılmıştır. Envanterin Türkçe’ye çevrilmesi ilk Akkoyun ve Öztan, daha sonra Taylan, Savaşır ve Şahin, tarafından yapılmıştır. PÇE, 35 maddeden oluşan, 1-6 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Puanlamada 9, 22 ve 29. Maddeler puanlama dışı bırakılır. Puanlama 32 madde üzerinden yapılır. 1, 2, 3, 4, 11, 13,14, 15, 17, 21, 25, 26, 30 ve 34. maddeler ters olarak puanlanır. Bu maddeleri puanlarken 1=6, 5=2, 4=3, 2=5 ve 6=1 şeklinde tersine çevrilir. Problem Çözme Envanteri, bireyin problem çözme becerileri konusunda kendisini algılayışını ölçen, kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Ölçeğin üç alt boyutu vardır. Bunlar; kişinin yeni sorunları çözme yeteneğine olan inancını ifade eden sorun çözme güveni; gelecekte başvurmak için ilk sorun çözme çabalarını yeniden gözden geçirmek ve değişik alternatif çözümler için aktif bir biçimde araştırma yapmayı ifade eden yaklaşıma-

kaçınma biçimi ve sorunlu durumlarda kişilerin kontrolünü sürdürme yeteneğini belirten kişisel kontrol boyutudur. Envanterden alınabilecek puan ranjı, 32-192'dir. Puanlamada düşük puanlar problemleri çözmede etkililiği, yüksek puanlar ise problemler karşısında etkili çözümler bulamamayı göstermektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda ölçeğin tümü için elde edilen cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur (133).

3.4.7. Tip 1 Diyabetli Adölesanların Annelerine Yönelik Hemşirelik Bakım Planı (Ek 7)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak adölesan döneminde Tip 1 diyabetli çocuğu olan annelerin yaşadıkları sorunlar belirlenmiştir. Belirlenen bu sorunlara yönelik hemşirelik bakım planı geliştirilmiştir. Hemşirelik bakım planında yer alan hemşirelik tanıları, hedefler ve hemşirelik girişimleri Ek 7'de yer almaktadır.

3.4.8. Eğitim Kitapçığı (Ek 8)

Eğitim kitapçığında adölesan döneminin özellikleri, kronik hastalığın adölesan üzerine etkileri, Tip 1 diyabet ve stresle başetmeye ilişkin temel bilgiler yer almaktadır.

Kronik hastalıklı ebeveyn ve çocuklara eğitim sürecinde yazılı materyallerin kullanılması eğitim ve hastalığın yönetiminin önemli bir parçasıdır. Yazılı materyaller ebeveynlere verilen bilgiler için hatırlatıcıdır ve bu bilgilere her an ulaşılabilirliği sağlamaktadır (134). Bu nedenle annelere yapılan son ziyarette hazırlanan eğitim kitapçığı verilmiştir.

3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmada kullanılan Demografik Veri Formu, Tip 1 Diyabetli Adölesana Sahip Annelerin Yaşadıkları Sorunlara İlişkin Veri Toplama Formu, Annelerin Diyabet Hakkındaki Bilgilerini Değerlendirme Formu ve eğitim kitapçığının işlerliğini saptamak amacı ile 20 Haziran-20 Temmuz 2009 tarihleri arasında Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesinde Tip 1 diyabetli adölesan döneminde çocuğu olan ve kriterlere uyan 10 anne ile yapılmış ve ön uygulama sonucunda gerekli düzeltmeler yapılarak değerlendirme formları ve eğitim kitapçığına son şekli verilmiştir.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın verileri 2 Mart 2010-5 Ağustos 2010 tarihleri arasında araştırmacı tarafından örnekleme alınan annelere ev ziyareti yapılarak toplanmıştır (Bkz. Tablo 3.1). Araştırmanın ev ziyaretleri ile yapılmasının nedenlerinden biri; ev ziyaretleri sırasında annenin alışık olduğu çevrede olması nedeniyle anne ve hemşire arasında daha rahat iletişim ve güven ortamı oluşmasıdır. Bir diğer nedeni ise çocuk ve aileye ilişkin sorumlulukların genellikle anneler tarafından yerine getirilmesi nedeniyle annelerin bu sorumlulukları erteleyerek poliklinik ortamına gelmelerinin güç olmasıdır. Ayrıca ev ziyaretleri kişilerin kendi ortamında doğrudan gözlemlenerek onlar hakkında doğru veriler toplanması ve uygun bakım planı yapılmasını sağlar. Bu nedenle, bu çalışmanın ev ziyaretleri ile yapılmasının daha uygun olacağı düşünülmüştür.

Araştırmanın uygulama aşamasında ilk görüşme telefonla yapılmış, annelere çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden annelerden çalışma için ilk ev ziyaretinde yazılı izin alınmıştır. Yapılan ilk ev ziyaretinde; Demografik Veri Formu (Ek 1), Tip 1 Diyabetli Adölesana Sahip Annelerin Yaşadıkları Sorunlara İlişkin Veri Toplama Formu (Ek 2) ve Annelerin Diyabet Hakkındaki Bilgilerini Değerlendirme Formu (Ek 3) araştırmacı tarafından annelerle görüşülerek doldurulmuştur. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (Ek 4), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 5), Problem Çözme Envanteri (Ek 6) ise anneler tarafından doldurulmuştur.

Literatür taranarak oluşturulan veri toplama formlarından elde edilen veriler doğrultusunda sorunlar belirlenmiştir. Araştırmaya katılan her bir anne için bireysel bakım planı hazırlanmıştır. Hemşirelik tanısına ilişkin en az bir verinin olması tanı konulması için yeterli görülmüştür. Ayrıca her bir tanıya ait belirlenen tüm hedeflere ulaşıldığında sorun çözümlenmiş olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın ikinci aşamasında, veri toplama formları doğrultusunda belirlenen sorunlara yönelik olarak planlanan hemşirelik girişimleri uygulanmıştır (Bkz. Ek 7). İlk ziyarette elde edilen veriler doğrultusunda annelerin sorunlarından en fazla gereksinimlerinin olduğu sorun belirlenmiş ve ilk ev ziyaretinde bu soruna ilişkin eğitim verilmiştir. Her ev ziyaretinin sonunda o gün verilen eğitim özetlenmiştir. Ayrıca bir sonraki ev ziyaretinde bir önceki eğitim konuları tekrar edilmiştir.

Ev ziyaretleri annelerin istekleri doğrultusunda hafta sonları ve akşam saatlerinde yapılmıştır. İlk ev ziyareti ortalama 1-1,5 saat, diğer ev ziyaretleri ise 1,5-2 saat sürmüştür. Annelere ilk görüşmeden sonra 10 gün ara ile toplam yedi ev ziyareti yapılmıştır. Araştırmacı tarafından annelere gereksinim duyduklarında danışmaları için telefon numarası verilmiştir.

En son ev ziyaretinde ise annelerin bilgi eksiklikleri ve yaşadıkları sorunlar tekrar değerlendirilmiştir. Ayrıca yapılan hemşirelik girişimlerinin etkinliğini değerlendirmek için annelere son ziyarette Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (Ek 4), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 5) ve Problem Çözme Ölçeği (Ek 6) uygulanmıştır.

Tablo 3.1. Araştırmanın Akış Şeması

Ziyaretler	Çalışma Grubu
Telefonla İlk Görüşme	Annelerle çalışma hakkında bilgi verilmiştir
1. Ev Ziyareti İlk görüşmeden birkaç gün sonra	Annelerden çalışma için yazılı izin alınmıştır. Ek 1, Ek 2, Ek 3, Ek 4, Ek 5 ve Ek 6 uygulanmıştır.
2. Ev Ziyareti Önceki ziyaretten 10 gün sonra	Önceki ziyarette belirlenen hemşirelik tanılarına yönelik geliştirilen hemşirelik yaklaşımları uygulanmıştır
3. Ev Ziyareti Önceki ziyaretten 10 gün sonra	Önceki ziyarette belirlenen hemşirelik tanılarına yönelik geliştirilen hemşirelik yaklaşımları uygulanmıştır
4. Ev Ziyareti Önceki ziyaretten 10 gün sonra	Önceki ziyarette belirlenen hemşirelik tanılarına yönelik geliştirilen hemşirelik yaklaşımları uygulanmıştır
5. Ev Ziyareti Önceki ziyaretten 10 gün sonra	Önceki ziyarette belirlenen hemşirelik tanılarına yönelik geliştirilen hemşirelik yaklaşımları uygulanmıştır
6. Ev Ziyareti Önceki ziyaretten 10 gün sonra	Önceki ziyarette belirlenen hemşirelik tanılarına yönelik geliştirilen hemşirelik yaklaşımları uygulanmıştır
7. Ev Ziyareti Önceki ziyaretten 10 gün sonra	Ek 2, Ek 3, Ek 4, Ek 5 ve Ek 6 tekrar uygulanmıştır

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Ankara Üniversitesi Cebeci Hastanelerinden ve Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji ve Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır. Ayrıca Ankara 3 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Bkz. Ek 10).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın veri tabanı bilgisayar ortamında, Statistical Package of Social Science (SPSS) for Windows 11,5 istatistik paket programı kullanılarak oluşturulmuştur. Sosyodemografik veri formunda (Bkz.Ek 1) yer alan sorular bağımsız (anne yaşı, anne eğitim düzeyi, gelir düzeyi vb.) Tip 1 Diyabetli Adölesana Sahip Annelerin Yaşadıkları Sorunlara İlişkin Veri Toplama Formunda yer alan sorular ve SBTÖ, PÇE ve ÇASD puanları bağımlı değişkenler olarak alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma ve yüzdelik kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov (K-S) sınaması ile test edilmiş ve normal dağılım gösterdikleri saptanmıştır.

Annelerin sorunlarına yönelik hemşirelik girişimleri öncesi ve sonrasında SBTÖ, PÇE ve ÇASD'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için iki eş arasındaki farkın önemlilik testi (bağımlı gruplarda t-testi), ölçeklerden alınan puanların değişkenlerle olan ilişkisini belirlemek için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılmıştır. İlk ve son ev ziyaretleri arasında annelerin endişeleri ve yaşadıkları sorunların oranları arasındaki farkı değerlendirmek için bağımlı gruplarda χ^2 testi (Mc Nemar testi) kullanılmıştır. Ev ziyaretleri sırasında annelerin yaşadıkları belirlenen sorunların ilk ve son ev ziyareti arasındaki değişimi Spearman rho korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir.

Annelerin Diyabet Hakkındaki Bilgilerini Değerlendirme Formu'nda (Bkz. Ek 3) yer alan soruların değerlendirilmesinde; soruları tam olarak yanıtlayan anneler sorgulanan bilgiyi biliyor olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde Tip 1 diyabeti olan adölesanların annelerinin yaşadıkları sorunların belirlenmesi ve geliştirilen hemşirelik yaklaşımlarının etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen iki başlık altında ele alınmıştır.

4.1. Tip 1 diyabetli adölesanlar ve annelerinin tanıtıcı özellikleri

4.2. Tip 1 diyabetli adölesanların annelerinin yaşadıkları sorunlar ve uygulanan hemşirelik girişimlerinin etkinliğine ilişkin bulgular

4.1. Tip 1 Diyabetli Adölesanlar Ve Annelerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Tip 1 Diyabetli Adölesanlara Ve Annelerine İlişkin Tanıtıcı Özellikler

n:23

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Annenin Eğitim Düzeyi		
İlkokul ve ortaokul	13	56.5
Lise ve yüksekokul	10	43.5
Annenin Yaşı		
30-39	10	43.5
40-48	13	56.5
Aile Tipi		
Çekirdek aile	22	95.7
Parçalanmış aile	1	4.3
Ailedeki Çocuk Sayısı		
2 çocuk	10	43.5
3 ve daha fazla çocuk	13	56.5
Ailenin Gelir Düzeyi		
Asgari ücretin altı	5	21.7
Asgari ücretin üstü	18	78.3
Çocuğun Hastalığının Getirdiği Ek Ekonomik Güçlükler		
Var	18	78.3
Yok	5	21.7
Ekonomik Güçlüklerin Türü (n:18)*		
Hastalığın yönetimine ilişkin tıbbi malzemelerin alımına ilişkin güçlük	15	83.3
Diyetini karşılamada güçlük	13	72.2

*Birden fazla yanıt olduğu için yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.1.1’ de araştırmaya katılan Tip 1 diyabetli adölesanlara ve annelerine ilişkin tanıtıcı özellikler yer almaktadır. Tip 1 diyabetli adölesanların annelerinin tanıtıcı özelliklerine bakıldığında annelerin % 56.5’inin ilkokul veya ortaokul mezunu, %56.5’inin 40-48 yaşları arasında olduğu belirlenmiştir. Annelerin tümünün evli ve ev hanımı olduğu ve %56.5’inin 3 ve daha fazla çocuğa sahip olduğu saptanmıştır. Ailelerin çoğunun (%78.3) gelir düzeyinin asgari ücretin üstünde olduğu ve hastalığın yönetiminin çoğu aileye (%78.3) ekonomik yük getirdiği belirlenmiştir. Tabloda belirtilmemekle birlikte ailede Tip 1 diyabetli başka çocuğun olmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.1.2 Tip 1 Diyabetli Adölesanlara İlişkin Tanıtıcı Özellikler

n:23

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Yaşı		
12-14	16	69.6
15-18	7	30.4
Cinsiyeti		
Kız	14	60.9
Erkek	9	39.1
Öğrenim Durumu		
6-8. sınıf	16	69.6
Lise ve dersane	7	30.4
Hastalığı Nedeniyle Okulda Yıl Kaybı		
Yok	21	91.3
Var	2	8.7
Tanı Yaşı		
5 yaş ve altı	3	13.0
6-10 yaş	6	21.7
11-15 yaş	14	65.3
Hastalık Süresi		
1-4 yıl	14	60.9
5 yıl ve üstü	9	39.1
Uygulanan İnsülin Tedavi Şeması		
Günde 3 kez insülin	22	95.7
Günde 4 kez insülin	1	4.3
Son Bir Yıl İçindeki HgbA1c Düzeyi		
≤ 7,5	13	56.5
≥ 7,5	10	43.5
Tip 1 Diyabet Nedeniyle Son Bir Yılda Acil Servise Başvurma Durumu		
Başvuran	4	17.4
Başvurmayan	19	82.6

Tablo 4.1.2’de Tip 1 diyabetli adölesanlara ilişkin tanıtıcı özellikler yer almaktadır. Tip 1 diyabetli adölesanların %69.6’sı 12-14 yaş grubunda ve %60.9’u kızdır. Adölesanların okul ve eğitimle ilgili özelliklerine bakıldığında, çoğunun (%69.6) 6-8. sınıfa devam ettiği ve %8.7’sinin hastalık nedeniyle okulda yıl kaybının olduğu saptanmıştır. Adölesanların %60.9’unun hastalık süresinin 1-4 yıl ve %56.5’inin son bir yıl içindeki HgbA1c düzeyinin ≤7,5 olduğu saptanmıştır. Tabloda belirtilmemekle birlikte adölesanların son bir yıl içinde tamamının düzenli kontroller ve %17.4’ünün ketoasidoz nedeniyle hastaneye başvurdukları saptanmıştır.

4.2.Tip 1 Diyabetli Adölesanların Annelerinin Yaşadıkları Sorunlar Ve Uygulanan Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1. Annelerin Çocuklarına Tip 1 Diyabet Tanısı Konduktan Sonra İlişkilerinin Etkilenme Durumu

n:23

Eşi İle İlişkisinin Etkilenme Durumu	Sayı	%
Etkilendi	11	47.8
Etkilenmedi	12	52.2
Etkilenme Şekli (n=11)		
Daha sık tartışma yaşanması	8	72.7
Birbirlerine daha yakın olma	3	27.3
Arkadaş/komşuluk İlişkilerinin Etkilenme Durumu		
Etkilendi	13	56.5
Etkilenmedi	10	43.5
Etkilenme Şekli (n=13)		
Daha az görüşme	13	100.0
Sağlıklı Çocuk/Çocukları İle İlişkilerinin Etkilenme Durumu		
Etkilendi	7	30.4
Etkilenmedi	16	69.6
Etkilenme Şekli (n=7)		
Çocuklar arasında kıskançlık yaşanması	5	71.5
Sağlıklı kardeşe daha az zaman ayırma	2	28.5

Tablo 4.2.1’de çocuğa Tip 1 diyabet tanısı konduktan sonra annenin ilişkilerinin etkilenme durumu yer almaktadır. Annelerin %47.8’ inin eşi ile %56.5’inin arkadaşları ile %30.4’ünün çocuklarıyla ilişkilerinin etkilendiği belirlenmiştir.

Tablo 4.2.2. Annelerin Tip 1 Diyabetin Adölesanın Okul ve Arkadaşlık İlişkisine Etkisine İlişkin Görüşleri

n:23

Annelerin Görüşleri	Sayı	%
Okul Başarısı		
Başarılı	9	39.1
Orta düzey	8	34.8
Başarısız	6	26.1
Tip 1 Diyabetin Okul Başarısını Etkileme Durumu		
Etkiliyor	15	65.2
Etkilemiyor	8	34.8
Etkileme Şekli (n=15)*		
Hipogliseminin çocuğun dersleri anlamasını güçleştirilmesi	10	66.6
Hastaneye gitme nedeniyle derslere devamsızlık yapılması	4	26.6
Çocuğun hastalığını gerekçe göstererek derslere çalışmaması	4	26.6
Arkadaşları İle İlişkileri		
İyi	22	95.7
Kötü	1	4.3
Tip 1 Diyabetin Arkadaş İlişkilerini Etkileme Durumu		
Etkiliyor	4	17.4
Etkilemiyor	19	82.6
Etkileme Şekli (n=4)*		
Daha çekingen olmasına neden oluyor	4	100.0
Arkadaşları dışlıyor	1	25.0

*Birden fazla yanıt olduğu için yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.2.2.’de annelerin Tip 1 diyabetin adölesanın okul ve arkadaşlık ilişkisine etkisine ilişkin görüşleri yer almaktadır. Annelerin Tip diyabetin adölesanın okul başarısına ilişkin görüşlerine bakıldığında %39.1’inin çocuklarını başarılı olarak değerlendirdiği ve %65.2’sine göre tip 1 diyabetin okul başarısını etkilediğini düşündükleri saptanmıştır. Annelerin büyük bir çoğunluğu (%95.7) çocuklarının arkadaşları ile ilişkilerini iyi olarak değerlendirmiş ve yine büyük bir çoğunluğu (%82.6) Tip 1 diyabetin çocuklarının arkadaşları ile ilişkilerini etkilemediğini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.2.3. Annelerin İfadelerine Göre Çocuğun Adölesan Döneminde Gösterdiği Davranışlar

Adölesan Döneminde Gösterdiği Davranışlar (n:20)*	Sayı	%
Daha sinirli ve gergin olma	17	85.0
Arkadaşlara önem verme	11	55.0
Dış görüntüsüne fazla önem verme	9	20.0
Aşırı dışa duygu vurumu	2	10.0

*Birden fazla yanıt olduğu için yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.2.3’de annelerin ifadelerine göre çocuğun adölesan döneminde gösterdiği davranışlar yer almaktadır. Tabloda belirtilmemekle birlikte annelerin %87’si (n:20) çocuklarının adölesan döneminde daha önce gösterdiği davranışlardan farklı davranışlar gösterdiğini ifade etmişlerdir. Annelerin belirttiği en sık davranış değişiklikleri sırasıyla; çocuklarının daha sinirli ve gergin olmaları (%85.0), arkadaşlarına daha fazla önem vermeleri (% 55.0) ve dış görünüşlerine çok fazla önem vermeleri (%20.0) olarak saptanmıştır.

Tablo 4.2.4. Annelerin Ev Ziyaretleri Sırasında Belirlenen Sorunları

Sorunlar	Ev Ziyaretleri								İstatistik Değeri							
	1.ziyaret		2.ziyaret		3.ziyaret		4.ziyaret				5.ziyaret		6.ziyaret		7.ziyaret	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Q	p
Anne ve Adölesan Arasındaki İletişimde Bozulma	16	69.5	16	69.5	16	69.5	16	69.5	16	69.5	15	65.2	1	4.3	84.638	0.000
Ebeveynlikte Yetersizlik	19	82.6	19	82.6	19	82.6	18	78.2	15	65.2	5	21.7	0	---	86.764	0.000
Tip 1 Diyabet Hakkında Bilgi Eksikliği	23	100.0	23	100.0	23	100.0	23	100.0	23	100.0	22	95.6	0	---	132.423	0.000
Stresle Başetmede Yetersizlik	21	91.3	21	91.3	21	91.3	21	91.3	21	91.3	17	73.9	2	8.6	97.385	0.000
Sosyal Destekte Azalma	13	56.5	13	56.5	13	56.5	13	56.5	12	52.1	5	21.7	1	4.3	60.923	0.000
Annenin Adölesanla Hastalığın Yönetimine İlişkin Sorun Yaşaması	15	65.2	15	65.2	15	65.2	15	65.2	15	65.2	11	47.8	5	21.7	43.714	0.000

Tablo 4.2.4’de annelerin ev ziyaretleri sırasında belirlenen sorunları görülmektedir. Bu sorunların belirlenmesinde kullanılan tanımlayıcı özellikler Ek 7’de verilen bakım planında yer almaktadır. Annelerde belirlenen sorunların 5. ziyaretten başlayarak azaldığı ve bu azalmanın 6. ziyaretten sonra daha fazla olduğu belirlenmiştir. Annelerde saptanan sorunların tümünde ziyaretler arasında azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.000$).

Tablo 4.2.5. Ev Ziyaretleri Sırasında Yapılan Hemşirelik Girişimleri

Tanı/Girişim	Ev Ziyaretleri											
	2.ziyaret		3.ziyaret		4.ziyaret		5.ziyaret		6.ziyaret		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Anne ve Adölesan Arasındaki İletişimde Bozulma												
1.Anneye adölesan dönemi özellikleri anlatılarak iletişim problemleri ve dönemi özellikleri arasındaki ilişkiyi anlamasını sağlamak	13	9.8	5	4.4	10	7.14	9	6.7	8	6.6	45	7.8
2. Anne ve adölesanın iletişimlerini gözlemek	13	9.8	7	6.4	12	8.5	13	9.7	8	6.6	53	8.3
3. Annenin adölesanla kurduğu iletişimde olumlu yönlerini onaylamak/vurgulamak	13	9.8	8	7.2	7	5.0	4	2.9	8	6.6	40	6.2
4. Annenin adölesanla kurduğu iletişim örüntüsü ile ilgili farkındalık geliştirmesini sağlamak	13	9.8	5	4.5	9	6.4	6	4.4	8	6.6	41	6.4
5. Anneye adölesanla yaşadığı iletişim sorunlarının (çatışmaların) nedenlerini anlatmak	13	9.8	5	4.5	13	9.2	6	4.4	8	6.6	45	7.0
6. Anne ile birlikte olumlu iletişim teknikleri ile ilgili uygulamalar yapmak	13	9.8	9	8.2	13	9.2	13	9.7	10	8.2	58	9.1
7.Anne ile birlikte etkin dinleme örnekleri ile ilgili uygulamalar yapmak	13	9.8	15	13.6	13	9.2	13	9.7	10	8.2	64	10.0
8. Anneye ben dili kullanmanın yararlarını anlatmak	13	9.8	15	13.6	13	9.2	16	11.8	10	8.2	67	10.5
9.Anneye iletişim ile ilgili (Ben Dili Kullanımı) egzersiz vererek bir sonraki ziyarette sonuçları değerlendirmek	13	9.8	16	14.5	13	9.2	16	11.8	10	8.2	68	10.6
10.Anneye etkin dinlemenin önemini anlatmak	13	9.8	15	13.6	13	9.2	12	8.9	9	7.4	62	9.7
11. Adölesanla kurulacak olumlu iletişim örüntüsünün adölesanla iyi bir iletişime sahip olmanın hastalığın metabolik kontrolünde ve adölesanın gelişimindeki önemini vurgulamak	13	9.8	14	12.5	13	9.2	12	8.9	9	7.4	61	9.5
12.Tekrarlı ziyaretlerde annenin adölesanla iletişim ile ilgili bilgi ve uygulama düzeyini kontrol etmek/eksiklikleri tamamlamak	-	-	11	10.0	12	8.5	15	11.1	15	12.3	53	8.3
TOPLAM	132	100.0	109	100.0	140	100.0	134	100.0	121	100.0	636	100.0

Tablo 4.2.5. (Devam) Ev Ziyaretleri Sırasında Yapılan Hemşirelik Girişimleri

Tanı/Girişim	Ev Ziyaretleri											
	2.ziyaret		3.ziyaret		4.ziyaret		5.ziyaret		6.ziyaret		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ebeveynlikte Yetersizlik												
1.Eğitime adölesan döneminde Tip 1 diyabetli bir annenin ve adölesanın ifadesi ile başlanarak konuya farkındalık geliştirmesini sağlamak	17	7.1	6	4.6	4	4.2	--	--	--	---	27	4.2
2.Annenin adölesanla olan ilişkisini aşırı koruyucu kollayıcı tutumları açısından ev ziyaretleri süresince gözlemek	17	7.1	10	7.8	9	9.5	8	9.5	4	6.7	48	7.6
3.Annenin ebeveynlikte olumlu yönlerini desteklemek	17	7.1	10	7.8	7	7.4	8	9.5	3	5.0	45	7.1
3. Ebeveynlikle ilgili her zamanki ya da son zamanlarda karşılaşılan stresleri paylaşması için cesaretlendirmek	17	7.1	9	7.0	7	7.4	6	7.1	3	5.0	42	6.6
4.Olumlu ebeveynlik teknikleri tartışmak	17	7.1	9	7.0	7	7.4	6	7.1	3	5.0	42	6.6
5.Adölesana sevildiğini iletmesi ve sevgisini göstermesinin önemini tartışmak	17	7.1	7	5.4	6	6.3	6	7.1	3	5.0	39	6.1
6.Adölesanın arkadaşları ile bir arada zaman geçirmesinin önemini tartışmak	17	7.1	7	5.4	5	5.3	6	7.1	3	5.0	38	6.0
7.Adölesanın sorumluluk verilmesi ve kendisi hakkındaki kararlara katılımının desteklenmesinin önemini tartışmak	17	7.1	11	8.5	7	7.4	5	5.9	3	5.0	43	6.8
8. Anneyi adölesana sorumluluk vermesi ve cesaretlendirmesi için desteklemek	17	7.1	11	8.5	8	8.5	5	5.9	4	6.7	45	7.1
9.Adölesana karşı aşırı koruyucu/kollayıcı olmamasının önemini vurgulamak	17	7.1	8	6.25	8	8.5	6	7.1	8	13.5	47	7.4
10.Annenin kendi ebeveynlik tutumlarının farkına varmasını sağlamak	17	7.1	10	7.8	8	8.5	6	7.1	5	8.4	46	7.3
11. Aşırı koruyucu/kollayıcı davranışların adölesan tarafından nasıl algılandığını anlatmak	17	7.1	9	7.0	7	7.4	5	5.9	5	8.4	43	6.8
12.Aşırı koruyucu/kollayıcı davranışların adölesan için sonuçlarını açıklamak	17	7.1	9	7.0	3	3.1	5	5.9	5	8.4	39	6.1
13.Anne ile birlikte adölesanın öz bakım becerilerini değerlendirmek	17	7.1	9	7.0	6	6.3	6	7.1	5	8.4	43	6.8
14.Anneye adölesanın diyabetle ilgili uygulamaları bir gün sadece adölesane yaptırması ve sonuçlarını değerlendirerek hastalığa ilişkin sorumluluk paylaşımı konusunda bilgi vermek	17	7.1	9	7.0	6	6.3	6	7.1	5	8.4	43	6.8
TOPLAM	237	100.0	128	100.0	94	100.0	84	100.0	59	100.0	630	100.0

Tablo 4.2.5. (Devam) Ev Ziyaretleri Sırasında Yapılan Hemşirelik Girişimleri

Tanı/Girişim	Ev Ziyaretleri											
	2.ziyaret		3.ziyaret		4.ziyaret		5.ziyaret		6.ziyaret		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tip 1 Diyabet Hakkında Bilgi Eksikliği												
1.Anneye bilgi eksikliği olan konularda sözel bilgi sağlamak,	23	50.0	23	50.0	23	50.0	23	50.0	22	32.8	114	45.4
2.Anneye gereksinimi olduğunda okuyabileceği yazılı kaynak (eğitim kitapçığı) sağlamak	--	--	--	--	--	--	--	--	23	34.4	23	9.2
3.Tekrarlı ziyaretlerde annenin hastalıkla ilgili bilgi düzeyini kontrol etmek/eksiklikleri tamamlamak	23	50.0	23	50.0	23	50.0	23	50.0	22	32.8	114	45.4
TOPLAM	46	100.0	46	100.0	46	100.0	46	100.0	67	100.0	251	100.0
Stresle Başetmede Yetersizlik												
1.Hemşirelik girişimleri sırasında anne dikkatlice dinlenecek mimikleri, el hareketleri, göz teması, vücut pozisyonu ve ses tonu gözlenecektir	19	8.3	10	8.6	10	10.7	10	14.1	10	8.1	59	9.4
2.Annenin stresli, gergin hissetmesine neden olan durumları belirlemek	19	8.3	6	5.1	2	2.1	2	3.3	10	8.1	39	5.2
3.Anneye stres karşısında neler yaptığını sormak	19	8.3	6	5.1	2	2.1	2	3.3	10	8.1	39	5.2
4.Stres yaratan durum ve tepkiler incelenerek tepkilerini tanıması sağlamak	19	8.3	6	5.1	5	5.3	3	4.5	10	8.1	43	6.8
5.Tip 1 diyabetli bir adölesana sahip olmanın yarattığı stresler ve anneler üzerindeki etkisini tartışmak	19	8.3	7	6.0	3	3.2	6	8.0	10	8.1	45	6.1
6.Anneye stresle duygusal ve probleme yönelik baş etme biçimleri ve bunların bireyler üzerindeki etkilerini anlatmak	19	8.3	7	6.0	6	6.4	4	5.0	10	8.1	46	6.3
7.Annenin kullandığı baş etme yöntemlerini etkinlik açısından tartışmak	19	8.3	14	12.0	9	9.6	3	4.5	10	8.1	48	7.6
8.Etkili baş etme yöntemlerini desteklemek ve olumsuz olanların yerine konabilecek alternatif yöntemler önermek	19	8.3	15	12.9	15	16.1	3	4.5	10	8.1	54	7.6
9. Ev ziyaretleri sırasında annelerin sahip oldukları yanlış bilgileri düzeltmek	19	8.3	10	8.6	10	10.7	5	7.5	10	8.1	54	7.6
10.Yanlış bilgiye sahip olmanın yanlış algılamaya bu durumun da strese neden olabileceğini anlatmak	19	8.3	10	8.6	10	10.7	10	14.1	8	6.5	57	9.1
11.Annelere hatalı düşünceler listesi örneği verilerek kendi hatalı düşüncelerine farkındalık geliştirmesini sağlamak	19	8.3	16	13.7	10	10.7	10	14.1	10	8.1	65	18.3
12.Annenin problemleri yapıcı bir tavırdan çözmesi için problem çözme basamaklarını öğretmek	19	8.3	14	12.0	12	12.9	13	18.6	12	9.7	70	11.1
TOPLAM	228	100.0	116	100.0	93	100.0	66	100.0	123	100.0	626	100.0

Tablo 4.2.5. (Devam) Ev Ziyaretleri Sırasında Yapılan Hemşirelik Girişimleri

Tanı/Girişim	Ev Ziyaretleri											
	2.ziyaret		3.ziyaret		4.ziyaret		5.ziyaret		6.ziyaret		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sosyal Destekte Azalma												
1.Tip 1 diyabetli bir çocuğa sahip olmanın neden olduğu psikolojik ve sosyal sorunlar nelerdir?” sorusu ile giriş yaparak annelerin yaşantılarını paylaşması için ortam hazırlamak	11	10.1	6	8.7	1	1.6	1	2.3	--	--	19	6.7
2.Tip 1 diyabetli bir adölesanla birlikte yaşarken karşılaşılabilecek sorunlara yönelik ne tür sosyal destek sağlanabileceğini tartışmak	11	10.1	6	8.7	3	5.0	2	4.6	1	6.25	23	7.3
3.Annenin sosyal destek olanaklarını belirlemek	11	10.1	6	8.7	4	6.6	3	7.1	1	6.25	25	8.0
4.Annenin kullandığı sosyal desteğin nedenleri, sonuçları ve çocuğun ve kendilerinin stresle baş edebilmeleri ve hastalığa uyumları üzerindeki etkisi üzerinde tartışmak	11	10.1	9	10.1	6	10.0	2	4.6	1	6.25	29	9.2
5.Annenin kullandığı sosyal destek biçimlerini fark etmesini ve gereksinim halinde bunları harekete geçirebilmeyi öğrenmesini sağlamak	11	10.1	6	6.7	6	10.0	3	7.1	1	6.25	27	8.6
6.Anneyi hemşirelik girişimleri sırasında aktif olarak dinleyerek ve empati yapılarak duygusal destek sağlamak	11	10.1	13	14.6	7	11.6	5	11.9	1	6.25	37	11.8
7.Anneye hemşirelik girişimleri sırasında destek sunmak*Yaşadığı duyguların gerçekten güç olduğunu belirtmek *Anne kötümser olduğunda, daha ümitli ve gerçekçi bir bakış açısı sağlamaya çalışmak	11	10.1	13	14.6	7	11.6	6	14.2	1	6.25	38	12.1
8.Anneye bilgisel destek olarak hazırlanan kitapçığı vermek	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
9.Anneye Tip 1 diyabetli çocuklarla ilgili dernekler konusunda bilgi vermek ve üye olmaları konusunda cesaretlendirmek	11	10.1	9	10.1	6	10.0	4	9.5	2	12.5	32	10.2
10.Anneye bilgisel destek olarak adölesan dönemine ilişkin kitaplar önermek	7	6.4	8	8.9	6	10.0	4	9.5	3	18.75	28	8.9
11. Anneler için ev ziyaretleri dışında da ulaşılabilir olarak duygusal ve bilgisel destek olmak	13	12.0	13	14.6	11	18.3	12	28.5	5	31.25	54	17.3
TOPLAM	108	100.0	89	100.0	60	100.0	42	100.0	16	100.0	312	100.0

Tablo 4.2.5. (Devam) Ev Ziyaretleri Sırasında Yapılan Hemşirelik Girişimleri

Tanı/Girişim	Ev Ziyaretleri											
	2.ziyaret		3.ziyaret		4.ziyaret		5.ziyaret		6.ziyaret		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Annenin Adölesanla Hastalığın Yönetimine İlişkin Sorun Yaşaması												
1.Anneye adölesan döneminin özellikleri anlatmak	13	11.1	5	8.6	6	11.7	6	16.4	6	11.2	36	11.8
2.Anneye adölesan dönemi özellikleri ile görülebilecek sorunlar arasında ilişki kurmasını sağlamak	13	11.1	5	8.6	7	13.7	6	16.4	6	11.2	37	12.0
3.Anneye Tip 1 diyabetin adölesan dönemindeki birey üzerindeki etkileri konusunda bilgi vermek	13	11.1	5	8.6	6	11.7	6	16.4	6	11.2	36	11.8
4.Annenin bu dönemde adölesanla yaşadığı sorunları ifade etmesi yönünde desteklemek	13	11.1	5	8.6	5	9.8	5	11.5	6	11.2	34	11.0
5.Adölesanla yaşanan sorunların çözümünde adölesanla iletişimin önemini tekrar vurgulamak	13	11.1	7	12.0	7	13.7	5	11.5	7	13.2	39	12.8
6.Adölesan okulda tedavisini uygulamıyorsa anne ile sorunun nedenlerini tartışmak	13	11.1	7	12.0	7	13.7	4	10.0	6	11.2	37	12.0
7.Anneye sorunun çözümü için yapılabilecekleri anlatmak	13	11.1	7	12.0	7	13.7	4	10.0	6	11.2	37	12.0
8. Adölesana bir birey olarak davranmanın önemini anlatmak	13	11.1	7	12.0	6	11.7	4	10.0	6	11.2	36	11.8
9.Anneyle diyet uygulamaları yapan adölesanın hastalığın yönetimini uygun şekilde yapması konusunda yapılabilecekleri tartışmak	13	11.1	10	17.2	--	--	--	--	--	--	23	4.8
TOPLAM	117	100.0	58	100.0	51	100.0	40	100.0	49	100.0	307	100.0

Tablo 4.2.5’de ev ziyaretleri sırasında annelerin yaşadıkları belirlenen sorunlar ve yapılan hemşirelik girişimleri görülmektedir. Annelere sırasıyla en çok “Anne ve Adölesan Arasındaki İletişimde Bozulma” (636), “Ebeveynlikte Yetersizlik” (630) ve “Stresle Başetmede Yetersizlik” tanısına (626) yönelik hemşirelik girişimleri yapılmıştır.

Ayrıca bu çalışmada yapılan hemşirelik girişimlerinin etkinliğini değerlendirmek için ilk ve son ziyarette stresle başa çıkma tarzları ölçeği, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve problem çözme envanteri kullanılmıştır. Bunlara ilişkin bulgular 4.2.6’da yer almaktadır.

Tablo 4.2.6. Annelerin İlk ve Son Ziyarette Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Problem Çözme Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	Ölçümler		İstatistiksel Değerlendirme	
	İlk Ziyaret	Son Ziyaret	t	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği				
Alt Boyutları				
Boyun Eğici Yaklaşım	10.52±3.16	9.13±2.95	3.46	0.002
Çaresiz Yaklaşım	15.95±3.66	13.34±2.26	4.03	0.001
Kendine Güvenli Yaklaşım	9.43±3.40	13.6±2.88	-7.43	0.000
İyimser Yaklaşım	8.04±2.35	9.08±2.10	-7.68	0.000
Sosyal Destek Arama	5.78±3.17	8.39±1.90	-6.42	0.000
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği				
Toplam Puan	45.47±12.6	53.34±12.10	-7.61	0.000
Alt Boyutlar				
Aile Desteği	16.39±4.46	17.78±4.62	-3.86	0.001
Arkadaş Desteği	14.69±4.94	16.78±5.09	-3.78	0.001
Özel Kişi Desteği	14.39±3.98	18.78±3.26	-10.32	0.000
Problem Çözme Envanteri				
Toplam Puan	127.56±24.3	96.9±20.15	7.70	0.000
Problem Çözme Yeteneğine Güven	40.69±9.19	32.65±6.44	6.25	0.000
Yaklaşma Kaçınma	66.30±13.07	47.13±11.92	7.82	0.000
Kişisel Kontrol	20.56±3.27	17.17±2.99	5.34	0.000

Tablo 4.2.6 ’da annelerin ilk ve son ziyarette ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Annelerin stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin kendine güvenli yaklaşım ($t= -7.43$, $p=0.000$), iyimser yaklaşım ($t= -7.68$, $p=0.000$) ve sosyal destek arama ($t=-6.42$, $p=0.000$) alt boyutlarından aldıkları puan

ortalamlarının son ziyarette ilk ziyarete göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir. Aynı ölçeğin çaresiz ($t= 4.03$, $p=0.001$) ve boyun eğici yaklaşım ($t= 3.46$, $p=0.002$) alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının ise son ziyarette istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı görülmüştür. Annelerin çok boyutlu sosyal destek ölçeğinden aldıkları toplam ($t= -7.61$, $p=0.000$) ve tüm alt boyutlara ilişkin puan ortalamaları (aile desteği $t= -3.86$, $p=0.001$, arkadaş desteği $t= -3.78$, $p=0.001$ ve özel kişi desteği $t= 10.32$, $p= 0.000$) ise son ziyarette istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmıştır. Ayrıca annelerin problem çözme envanterinden aldıkları toplam ve tüm alt boyutlara ilişkin puan ortalamalarının da son ziyarette istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır ($p=0.000$).

Annelerin tanıtıcı özelliklerine göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve problem çözme envanterinin alt boyutlarından ilk ve son ziyarette aldıkları puan ortalamalarının dağılımı Ek Tablo 1, Ek Tablo 2 ve Ek Tablo 3’de yer almaktadır (Bkz. Ek Tablolar).

Ayrıca birinci ve son ziyarette annelerin stresle başa çıkma tarzları ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakılmış ve aralarında çok zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.7. Annelerin Tip 1 Diyabetli Adölesanlarla Yaşadıkları Sorunların İlk ve Son Ziyarete Göre Dağılımları

n:23

Sorun Yaşanan Alanlar	İlk Ziyaret Sayı	%	Son Ziyaret Sayı	%	İstatistik Değeri
Hastalığın Tedavisine İlişkin Sorunlar					
Evet	15	65.2	5	21.7	p:0.002
Hayır	8	34.8	18	78.3	
Sorunlar (n:15)*					
Okulda diyetle uymama ve tedavisini yapmak istememek	15	100.0	5	33.3	***
Kontrollere gitmek istememek	3	20.0			
İletişime İlişkin Sorunlar					
Evet	16	69.6	1	4.3	p:0.001
Hayır	7	30.4	22	95.7	
Sorunlar (n:16)					
Hiç dinlememe ve bağırıp çağırma	11	68.75	1		**
Konuşamama	5	31.25	---		

*Birden fazla yanıt olduğu için “evet” diyen denek sayısı üzerinden yüzde alınmıştır.

**İstatistiksel değerlendirme yapılamadı.

***Araştırmanın uygulama aşaması sırasında hastaların kontrolü olmadığı için değerlendirilemedi.

Tablo 4.2.7’de Tip 1 diyabetli adölesana sahip annelerin adölesanlarla yaşadıkları sorunlar görülmektedir. Annelerin %65.2’ sinin hastalığın tedavisine ilişkin sorun yaşadıkları ve en sık (%100) yaşadıkları sorunun ise adölesanın diyet ve tedavisine okulda uymak istememesiyle ilgili olduğu belirlenmiştir. Tablo 4.2.7’de uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda annelerin adölesanlarla yaşadıkları sorunların son ziyarette azaldığı görülmektedir. Annelerin ilk ve son ziyaretlerde adölesanlarla hastalığın tedavisi ve iletişime ilişkin yaşadıkları sorunların arasındaki değişimin farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.2.8. Annelerin İlk ve Son Ziyarete Adölesanlarla Yaşadıklarını Belirttikleri Sorunların Çocuğun Yaşı, Cinsiyeti ve HgbA1c Değerine Göre Dağılımı

Değişkenler		Tedavi Sorunları								İstatistik Değeri
		İlk Ziyaret				Son Ziyaret				
		Var		Yok		Var		Yok		
Çocuğun Yaşı	n	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p:0.016 p: 0.250
12-14	16	11	68.7	5	31.3	4	25.0	12	75.0	
15-18	7	4	57.1	3	42.9	1	14.3	6	85.7	
Çocuğun Cinsiyeti										p:0.031 p: 0.125
Kız	14	8	57.1	6	42.9	2	14.3	12	85.7	
Erkek	9	7	77.8	2	22.2	3	33.3	6	66.7	
HbgA1C										p:0.016 p: 0.250
7.5 altı	13	8	61.5	5	38.5	1	7.6	12	92.4	
7.5 üstü	10	7	70.0	3	30.0	4	40.0	6	60.0	
		İletişim Sorunları								
		İlk Ziyaret				Son Ziyaret				
		Var		Yok		Var		Yok		
Çocuğun Yaşı	n	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	--- p:0.50
12-14	16	13	81.3	3	18.8	--	--	16	100.0	
15-18	7	3	42.9	4	57.1	1	14.3	6	85.7	
Çocuğun Cinsiyeti										p:0.08 --
Kız	14	9	64.2	5	35.8	1	7.1	13	92.9	
Erkek	9	7	77.7	2	22.3	--	--	9	100.0	
HbgA1C										---- p:0.63
7.5 altı	13	10	76.9	3	23.1	--	--	13	100.0	
7.5 üstü	10	6	60.0	4	40.0	1	10.0	9	90.0	

Tablo 4.2.8’de annelerin ilk ve son ziyarette adölesanlarla yaşadıklarını belirttikleri sorunların bazı değişkenlerle karşılaştırılması yer almaktadır. Tabloda 12-14 yaş grubundaki adölesanların, erkeklerin ve HbgA1C değeri %7.5 üstünde olanların annelerinin hastalığın tedavisine ilişkin sorun yaşama oranlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Annelerin tedaviye ilişkin yaşadıkları sorunların ilk ve son ev ziyaretleri arasındaki farkın 12-14 yaş grubundaki adölesanlarda (p:0.016), kızlarda (p:0.031) ve HbgA1C değeri %7.5 altında olanlarda (p:0.016) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Ayrıca tabloda ilk ziyarette annelerin adölesanlarla iletişim sorunları yaşama oranının 12-14 yaş grubundaki adölesanlar ve erkeklerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Annelerin kız çocukları ile yaşadıkları sorunlardaki azalma istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p:0.08, p:0.031).

Tablo 4.2.9. Annelerin Yaşadıkları Sorunlarla Başetmede Kullandıkları Yöntemler

n:23

Başetmede Kullanılan Yöntemler	Sayı	%
Duygu odaklı baş etme yöntemleri (dine yönelme, olumlu düşünme, ağlama vb.)	54	98.2
Problem odaklı baş etme yöntemleri (bilgi arama, problem çözme için yeni beceriler öğrenme vb.)	1	1.8

Tablo 4.2.9'da Tip 1 diyabetli adölesana sahip annelerin yaşadıkları sorunlarla başetmede kullandıkları yöntemler yer almaktadır. Tabloda sadece bir annenin problem odaklı baş etme yöntemi kullandığı, diğer annelerin ise duygu odaklı baş etme yöntemlerini kullandığı görülmektedir. Annelerin en sık kullandıkları duygu odaklı baş etme yöntemlerinin ise beterin beteri var diye düşünmek (%43.4) ve dua etmek (%43.4) olduğu belirlenmiştir. Annelerin kullandıkları diğer duygu odaklı baş etme yöntemleri arasında ağlamak (%34.7), yürüyüşe çıkmak (%34.7), arkadaşlarla konuşmak (%26.0) ve bağırıp çağırmak (%21.7), ev işleri yapmak (%8.6), bahçe işleri yapmak (%8.6), yemek yapmak (%4.3), sigara içmek (%4.3) ve uyumak (%4.3) yer almaktadır.

Annelere yaşadıkları sorunlarla başetmede kullandıkları bu yöntemlerin stresi azaltmadaki etkisi sorulduğunda ise onların büyük çoğunluğu (%91.3) bu yöntemlerin streslerini azaltmada etkili olmadığını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.2.10. Tip 1 Diyabetli Adölesanların Aile İçindeki Kararlara Katılma ve Sorumluluk Alma Durumlarının İlk ve Son Ziyarete Göre Dağılımı

n:23

Kararlara Katılma ve Sorumluluk Alma Durumları	İlk Ziyaret Sayı	%	Son Ziyaret Sayı	%	İstatistik Değeri
Tedavisini kendisi/aileden birisinin yapması durumu					
Kendisi yapıyor	9	39.2	12	52.2	**
Kendisi yapıyor anne /baba hatırlatıyor	4	17.4	9	39.1	**
Bazen kendisi bazen anne/baba yapıyor	7	30.4	2	8.7	**
Anne/baba yapıyor	3	13.0	0	-	**
Kendisi ile ilgili kararları verebilme durumu					
Veriyor	21	91.3	23	100.0	**
Vermiyor	2	8.7	-	-	
Kendisi ile ilgili kararları verememe nedenleri (n:2)					
Kararları babanın vermesi	1	50.0	1	50.0	
Karar vermede annenin desteğine gereksiniminin olması	1	50.0	1	50.0	
Ailede kararlara katılabilme durumu					
Katılıyor	20	87.0	23	100.0	
Katılmıyor	3	13.0	-	-	
Ailede katıldığı kararlar					
Tüm kararlar	20	100.0	20	100.0	
Aile içinde sorumluluk alma durumu					
Evet	6	26.1	22	95.7	0.000
Hayır	17	73.9	1	4.3	
Aile içinde sorumluluk verilmeme nedenleri (n:17)*					
Hasta olduğu için	12	70.5	---	---	
Dersleri olduğu için	9	52.9	---	---	
Kendisi almak istemiyor	3	17.6	1	100.0	

*Birden fazla yanıt olduğu için yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

** Test yapılamamıştır

Tablo 4.2.10’da Tip 1 diyabetli adölesanların aile içinde kararlara katılma ve sorumluluk alma durumları yer almaktadır. Son ziyarette tedavisini kendisi yapan adölesan oranında artış olduğu (%52.2) ve tedavisini anne/babası yapanların oranında ise azalma olduğu belirlenmiştir. Tip 1 diyabetli adölesanların kendileri ile ilgili karar verebilme durumlarına bakıldığında, son ziyarette tüm adölesanların kendi kararlarını verebildiği görülebilmektedir.

İlk ev ziyaretinde aile içinde sorumluluk aldığını ifade eden adölesan oranının %26.1 olduğu son ziyarette ise bu oranın %95.7’e yükseldiği belirlenmiştir. Tablo’da Tip 1 diyabetli adölesanlara aile içinde sorumluluk verilmeme nedenlerinin sıklıkla çocuğun hastalığı (%70.5) ve dersleri (%52.9) olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2.11. Annelerin Adölesanların Geleceğine Yönelik Endişeleri

n:23

Geleceğine Yönelik Endişeleri	İlk Ziyaret Sayı	%	Son Ziyaret Sayı	%	İstatistik Değeri
Kronik Komplikasyonlara Yönelik Endişeleri					
Var	19	82.6	9	39.1	p=0.002
Yok	4	17.4	14	60.9	
Meslek Sahibi Olmaya Yönelik Endişeleri					
Var	16	30.4	---	---	*
Yok	7	69.6	23	100.0	
Diğer Endişeleri (evlilik, çocuk sahibi olma)					
Var	10	43.5	1	4.3	p=0.004
Yok	13	56.5	22	95.7	

*İstatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.

Araştırmada annelerinin tamamının (%100) çocuklarının geleceğine yönelik endişelerinin olduğu belirlenmiştir. Tablo 4.2.11’de annelerin adölesanların geleceğine yönelik endişeleri ve bu endişelerin ilk ve son ev ziyaretlerindeki değişimi görülmektedir. İlk ziyarette kronik komplikasyonlar nedeniyle endişe yaşadığını ifade eden annelerin oranı son ziyarette %82.6’dan %39.1’e düşmüş, meslek sahibi olma konusunda endişe yaşayan annelerin tümünün endişeleri ortadan kalkmış ve geleceğe dair konularda endişe yaşayan annelerin oranı %43.5’den %4.3’e düşmüştür. Annelerin adölesanın geleceğine ve hastalığın kronik komplikasyonlarına yönelik yaşadıkları endişelerinin ilk ve son ev ziyaretlerine göre farkı istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.2.12. Annelerin Tip 1 Diyabetle İlgili Grup/Dernek Üyesi Olma Durumları ve Dernek Üyesi Olmama Nedenleri

n:23

	İlk Ziyaret Sayı	%	Son Ziyaret Sayı	%	İstatistik değeri
Grup/Dernek Üyesi Olma Durumu					
Evet	10	43.4	19	82.6	p: 0.002
Hayır	13	56.6	4	17.4	
Grup/Dernek Üyesi Olmama Nedenleri (n:13)					
Yeterli bilgiye sahip olmama	12	92.3	---	---	
Eşinin istememesi	1	7.7	1	100.0	

Tablo 4.2.12’de annelerin Tip 1 diyabetle ilgili grup/dernek üyesi olma durumları ve grup/dernek üyesi olmama nedenleri yer almaktadır. Birinci ziyarette annelerin %39.1’i grup/dernek üyesi iken son ziyarette %82.6’sı grup/dernek üyesi olmuştur. Bu artış istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p:0.002). Ayrıca tabloda annelerin en sık grup/dernek üyesi olmama nedeninin yeterli bilgiye sahip olmamaları olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2.13. Annelerin Tip 1 Diyabet Hakkında Bilgileri

Tip 1 Diyabet Hakkındaki Bilgiler	İlk Ziyaret		Son Ziyaret	
	Biliyor	Bilmiyor	Biliyor	Bilmiyor
	S	%	S	%
Glikozun Tanımı				
Glikoz vücudumuz için temel enerji kaynağıdır	18	78.3	5	21.7
İnsülinin Görevi				
Şekerin kan hücrelere geçmesini sağlar	17	74.0	6	26.0
İnsülinin Salgılandığı Yer				
İnsülin hormonu pankreastan salgılanır	20	87.0	3	13.0
Tip 1 Diyabetin Tanımı				
Pankreas kan dolaşımına insülin veremez ve glikoz vücutta kullanılamaz	22	95.7	1	4.3
Tip 1 Diyabetin Belirtileri				
Açlık Hissi	20	87.0	3	13.0
Çok İdrara Çıkma	23	100.0	--	--
Çok Su İçme	23	100.0	--	--
Kilo Kaybı	23	100.0	--	--
İnsülin Uygulamasının Yapıldığı Bölgeler	19	82.6	4	17.4
İnsülin Uygulaması Sırasında Dikkat Edilmesi Gerekenler				
Her iki uygulama arası fark 1,5-2 cm olmalıdır.	3	13.0	20	87.0
İnsülin uygulaması aynı bölgeye sürekli olarak yapılmamalıdır.	10	43.5	13	56.5
Eller sabunlu su ile yıkanmalıdır.	5	21.8	18	78.2
İnsülin dozunun doğruluğu kontrol edilmelidir.	5	21.8	18	78.2
Eğer buzdolabında saklanıyorsa oda ısısına gelmesi beklenir.	8	34.8	15	65.2
İnsülin enjeksiyonu zayıf ve küçük çocuklarda 45°, diğerlerinde ise 90° açı ile insülin uygulaması yapılır.	--	--	23	100.0
Eğer çocuk zayıfsa enjeksiyon bölgesindeki deri yavaşça gerdirilir.	--	--	11	47.9
Çocuk kilolu ise enjeksiyondan önce deri iki parmak arasında kavrılır.	--	--	12	52.1
Enjeksiyondan sonra kısa bir süre için pamuk enjeksiyon bölgesi üzerinde tutulur ve masaj yapılmaz.	10	43.5	13	56.5
Her enjeksiyondan sonra yapılan insülin miktarı kaydedilir.	20	87.0	3	13.0
Hipogliseminin Tanımı				
Kan şekerinin 60 mg/dl ya da altına düşmesidir	12	52.1	11	47.9
Hipogliseminin Nedenleri				
Fazla insülin yapılması	13	56.5	10	43.5
İnsülinin normalden hızlı emilmesi	6	26.0	17	74.0
Öğünlerin atlanması	18	78.2	5	21.8
Yeterli besin almadan aktivitelerin artırılması	10	43.5	13	56.5
Gastroenterit ya da kusma	3	13.0	20	87.0
Hipoglisemi Belirtileri	10	43.5	13	56.5
Halsizlik	20	87.0	3	13.0
Açlık Hissi	22	95.7	1	4.3
Huzursuzluk	20	87.0	3	13.0
Baş Dönmesi	23	100.0	--	--
Baş Ağrısı	23	100.0	--	--

Tablo 4.2.13. (Devam) Annelerin Tip 1 Diyabet Hakkında Bilgileri

Hipoglisemide Yapılması Gereken				
Bilinci yerindeyse şeker içeren sıvılar veya şeker verilebilir	23 100.0	-- --	23 100.0	-- --
Hiperglisemi Tanımı				
Kan şekeri düzeyinin normal sınırların üstüne (200mg/dl) çıkmasıdır	6 26.0	17 74.0	23 100.0	-- --
Hipergliseminin Nedenleri				
Aşırı besin alımı	23 100.0	-- --	23 100.0	-- --
Yetersiz insülin yapma	14 60.9	9 39.1	21 91.3	2 8.7
Fiziksel aktivitede azalma	15 65.2	8 34.8	19 82.6	4 17.4
Stres	5 21.8	18 78.2	20 87.0	3 13.0
Hastalık	5 21.8	18 78.2	20 87.0	3 13.0
Menstruasyon (Adet Dönemi)	-- --	23 100.0	17 74.0	6 26.0
Tip 1 Diyabetin Uzun Dönem Komplikasyonları				
Görme sorunları	20 87.0	3 13.0	23 100.0	-- --
Böbrek sorunları	23 100.0	-- --	23 100.0	-- --
Duyu sorunları	18 78.2	5 21.8	23 100.0	-- --
Uzun Dönem Komplikasyonlardan Korunmak İçin Yapılması Gerekenler				
Kontrollere düzenli olarak gelinmeli	10 43.5	13 56.5	23 100.0	-- --
İnsülin ve enerji miktarının yeniden düzenlenmesi gereken durumlar bilinmeli	3 13.0	20 87.0	23 100.0	-- --
Kan şekeri düzeyinin istenilen düzeyde olması sağlanmalı	13 56.5	10 43.5	23 100.0	-- --
İnsülin ve Enerji Miktarının Yeniden Düzenlenmesi Gereken Dönemler				
Stres	12 52.1	11 47.9	20 87.0	3 13.0
Hastalık	10 43.5	13 56.5	21 91.3	2 8.7
Büyüme	15 65.2	8 34.8	23 100.0	-- --
Adölesan Dönemi	15 65.2	8 34.8	23 100.0	-- --
Menstruasyon	6 26.0	17 74.0	19 82.6	4 17.4
Egzersiziz Diyabetin Yönetimindeki Etkisi				
Adölesanın kendisini daha iyi hissetmesini sağlar	4 17.4	19 82.6	18 78.2	5 21.8
Kardiyovasküler sağlığı korur (gelişebilecek kalp ve damar hastalıkları sorunlarını önler)	8 34.8	15 65.2	23 100.0	-- --
Vücuttaki yağ dokusunun azalmasını sağlar (kilo alımını önler)	18 78.2	5 21.8	22 95.7	1 4.3
Kan şekerinin istendik düzeyde olmasını sağlar.	15 65.2	8 34.8	21 91.3	2 8.7
Günlük insülin dozunun azalmasını sağlar.	2 8.7	21 91.3	17 74.0	6 26.0
Egzersiziz Yapılabilecek Durumlar				
Kan-glikoz düzeyi 200mg/dl'nin altında olduğunda	2 8.7	21 91.3	16 69.6	7 30.4
İdrarda keton yoksa	-- --	23 100.0	15 65.2	8 34.8
Glukometre İle Kan Şekeri Ölçümü				
Parmaktan kan alınmadan önce kan miktarının yeterince olmasını sağlamak için eller sıcak suyla yıkanır.	-- --	23 100.0	23 100.0	-- --
Deriyi temizlemek için alkol kullanılmaz.	12 52.1	11 47.9	23 100.0	-- --
Enfeksiyon gelişmesini önlemek için lanset sadece bir kez kullanılır.	23 100.0	-- --	23 100.0	-- --

Tablo 4.2.13. (Devam) Annelerin Tip 1 Diyabet Hakkında Bilgileri

Parmağı deldikten sonra kanın daha kolay damlaması için parmak aşağıya sarkıtılır.	-- --	23 100.0	23 100.0	-- --
Alınan kan test şeridine damlatılır ve sonuç önerilen sürede okunur	23 100.0	-- --	23 100.0	-- --
Diyabetik Ketoasidoz Tanımı				
Kan şekerinin çok uzun süre yüksek düzeyde olmasından kaynaklanan bir durumdur.	7 30.4	16 69.6	23 100.0	-- --
Diyabetik Ketoasidoz Belirtileri				
Ağızda aseton kokusu	3 13.0	20 87.0	15 65.2	8 34.8
Zor soluk alıp verme	1 4.3	22 95.7	16 69.6	7 30.4
Kusma	2 8.7	21 91.3	14 60.9	14 60.9
İdrarda keton görülmesi	5 21.8	18 78.2	18 78.2	5 21.8
Çok susama	5 21.8	18 78.2	23 100.0	-- --
Çok ıdrara çıkma	5 21.8	18 78.2	23 100.0	-- --
Diyabetik Ketoasidoz Nedenleri				
İnsülin dozunun eksik yapılması	5 21.8	18 78.2	15 65.2	8 34.8
Beslenme ve aktivite planına uyulmaması	7 30.4	16 69.6	20 87.0	3 13.0
Stres	-- --	23 100.0	19 82.6	4 17.4
Hastalık	-- --	23 100.0	19 82.6	4 17.4
İdrarda Keton Bakılması Gereken Durumlar				
Kan glikozu 240 mg/dl'yi aşarsa	1 4.3	22 95.7	16 69.6	7 30.4
Grip, soğuk algınlığı veya enfeksiyon	9 39.1	14 60.9	15 65.2	8 34.8
Kusma veya bulantı	21 91.3	2 8.7	23 100.0	-- --
Stres durumlarında	-- --	23 100.0	23 100.0	-- --

Tablo 4.2.13'de annelerin Tip 1 diyabet hakkında bilgi durumları yer almaktadır. Annelerin bilgi durumlarının ilk ve son ziyaret arasında farklılık gösterdiği ve son ziyarette annelerin Tip 1 diyabet hakkındaki bilgilerinde artış olduğu belirlenmiştir. Ayrıca tabloda annelerin ilk ziyarette Tip 1 diyabetin tanımı, glikozun görevi gibi temel bilgileri bilme oranı yüksek olmasına karşın diyabetik ketoasidoza (tanımı, belirtileri, nedenleri), idrarda keton bakılması gereken durumlara, egzersizin diyabetin yönetimindeki etkisine ve egzersiz yapılabilecek durumlara ilişkin bilgilerinin düşük düzeyde olduğu görülmektedir.

5.TARTIŞMA

Bu bölümde Tip 1 diyabeti olan adölesanların annelerinin yaşadıkları sorunların belirlenmesi ve geliştirilen hemşirelik yaklaşımlarının etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Kronik hastalıklı bir çocuğa sahip olmak ailelerin sosyal, ekonomik ve duygusal alanlarında güçlük yaşamalarına neden olabilmektedir. Bu çalışmada da ailelerin çoğunun (%78.3) gelir düzeyi asgari ücretin üstünde olmasına karşın annelerin %78.3'ü Tip 1 diyabetin onlara ekonomik yük getirdiğini belirtmişlerdir (Tablo 4.1.1). Benzer şekilde, Moyer (84) 10-18 yaşları arasında Tip 1 diyabetli çocuğu olan 93 aileyle yaptığı çalışmada ailelerin %25'i Tip 1 diyabetin getirdiği ek harcamalar nedeniyle ekonomik desteğe gereksinimlerinin olduğunu ifade etmişlerdir.

Çocuğa kronik hastalık tanısı konması ailedeki tüm bireyleri özellikle de annelerin aile üyeleri ve arkadaşları ile ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir (135). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da annelerin %72.7'si çocuklarına Tip 1 diyabet tanısı konduktan sonra eşleri ile ilişkilerinin olumsuz yönde etkilendiğini ifade etmişlerdir (Tablo 4.2.1). Ayrıca çocuğa kronik hastalık tanısı konması anneler için son derece önemli bir sosyal destek kaynağı olan arkadaş ve sosyal çevrelerinden uzaklaşmalarına neden olabilir. Çalışmamızda çocuklarına Tip 1 diyabet tanısı konduktan sonra annelerin %56.5'i arkadaşlarıyla daha az görüştiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.2.1). Literatür incelendiğinde yapılan araştırmalarda da benzer bulgular elde edildiği görülmektedir. Coffey (82) kronik hastalıklı çocukların ebeveylelerinin hastalıkla ilgili deneyimleri hakkında yaptığı metasentezde, annelerin çocuklarına kronik hastalık tanısı konduktan sonra arkadaşları ile daha az görüşmeye başladıklarını ve destek sistemlerini kaybettiklerini belirtmiştir. Benzer şekilde Lowes ve diğ.(83) Tip 1 diyabet tanısı alan 20 çocuğun 38 ebeveyni ile yaptıkları çalışmada, çocuklarına tanı konduktan sonra ebeveynlerin eşleri ile sorunlar yaşadıkları ve ait oldukları sosyal çevreden uzaklaştıklarını saptamışlardır.

Çocuğun kronik hastalığa sahip olması, anneyi etkilediği gibi çocuğun da yaşamının tüm alanlarını özellikle de okul başarısını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Dahlquist ve Källén (136) 5.159 diyabetli ve sağlıklı çocukla

yaptıkları çalışmada, Tip 1 diyabetli çocukların okul başarısının sağlıklı çocuklara göre daha düşük olduğunu saptamışlardır. Benzer şekilde Chien ve diğ. (137) adolesan dönemindeki Tip 1 diyabetlilerle yaptıkları çalışmada, adolesanların %21.1'nin bir dönem ya da daha fazla okula ara vermek zorunda olduklarını saptamışlardır. Bizim çalışmamızda ise adolesanların %8.7' sinin (n:2) hastalık nedeniyle okulda yıl kaybının olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.2). Ayrıca araştırmamıza katılan annelerin %39.1'i çocuklarını başarılı ve %34.8'i ise orta düzeyde başarılı bulduklarını belirtmişlerdir. Annelerin %65.2'si Tip 1 diyabetin çocuğun okul başarısını etkilediğini ifade etmiştir (Tablo 4.2.2). Bu annelerin %66.6'sı hipogliseminin çocuğun dersleri anlamasını güçleştirdiğini belirtmişlerdir. Benzer şekilde Carroll ve Marrero'nun (25) 13- 18 yaşları arasında Tip 1 diyabetli çocuğa sahip ebeveynlerle yaptıkları nitel çalışmada da anneler çocuklarının okul başarısının hipoglisemi nedeniyle olumsuz etkilendiğini ifade etmişlerdir. Mccarthy ve diğ.(138) yaptıkları bir çalışmada ise hipoglisemi ve ders devamsızlığının, Tip 1 diyabetli çocuklarda okul başarısını etkileyebileceğini ifade etmişlerdir. Bu çalışmaların bulguları araştırmamıza benzer niteliktedir. Hastalığın metabolik kontrolünün istendik düzeyde olmaması ve adolesanların tedavisini okulda yapmak istememesi hipoglisemiye neden olabilir. Bu nedenle hastalığın metabolik kontrolünün istendik düzeyde olabilmesi için adolesanların hastağın yönetimini okulda yapmaları yönünde annelerin ve adolesanların desteklenmeleri ve bu konuda danışmanlık verilmesi önemlidir.

Annelerin Tip 1 diyabetin, adolesanın okul ve arkadaşlık ilişkisine etkisine ilişkin görüşlerine bakıldığında ise annelerin %95.7'si çocuklarının arkadaşları ile ilişkilerini iyi olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 4.2.2). Tip 1 diyabetin çocuklarının arkadaş ilişkilerini etkilediğini düşünen annelerin tümü (n:4), hastalığın çocuğun arkadaş ilişkilerinde daha çekingen olmasına neden olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.2.2). Davidson ve diğ.(34) 12-20 yaşları arasındaki 34 Tip 1 diyabetli adolesanla yaptıkları bir çalışmada, adolesanlar hastalıklarını arkadaşlarına nasıl açıklayacaklarını bilemediklerini ve arkadaş ilişkilerinin kendileri için stresör olduğunu ifade etmişlerdir. Adolesanın kronik bir hastalığa sahip olması akranlarından farklı olmasına, akran grubunun dışında kalmasına, sosyal izolasyon yaşamasına ve benlik saygısının yaşıtlarına göre daha düşük olmasına neden

olmaktadır. Bu nedenle bizim araştırmamızda da adölesanların belirttiğimiz bu etkiler nedeniyle arkadaş ilişkilerinde daha çekingen oldukları söylenebilir.

Araştırmamızda annelerin büyük bir çoğunluğu (n:20) çocuklarında adölesan döneminde davranış değişikliği olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 4.2.3). Adölesan döneminde bireyin diğer dönemlerden farklı davranışlar göstermesi beklendik bir sonuçtur. Annelerin ifade ettikleri farklı davranışlar arasında yer alan çocuğun arkadaşlarına önem vermesi (%55) ve dış görüntüsüne önem vermesi (%20) adölesan döneminin genel özellikleridir (50). Ancak annelerin en sıklıkla ifade ettikleri adölesanın daha sinirli ve gergin olması (%85), adölesan döneminin özelliği olabileceği gibi kronik hastalığın yönetimi ve adölesan döneminin getirdiği değişime uyum sağlama çabasının bir sonucu da olabilir. Yapılan birçok çalışmada da adölesan dönemindeki çocukların hastalık ve adölesan döneminin gelişimsel görevlerini yerine getirirken bu dönemi oldukça stresli ve gergin geçirdikleri belirlenmiştir (34,88,139). Ayrıca bu dönemde adölesanın hem hastalığın yönetimi ve hem de gelişimsel görevleri yerine getirme çabası, hastalığın yönetimine ilişkin güçlüklerin diğer gelişimsel dönemlere göre daha yoğun bir şekilde yaşanmasına neden olmaktadır. Bu nedenle bu dönemde adölesanlar ve anneleri arasında daha yoğun bir şekilde sorun yaşanmaktadır. Tip 1 diyabetin yönetiminin en önemli bileşenlerinden ikisi insülin uygulaması ve diyetle uyumdur. Ancak Tip 1 diyabetli adölesanlar akranlarından farklı görünmemek veya farklılığı en aza indirmek için hastalığa ilişkin uygulamaları okulda yapmak istemeyebilirler. Bu durum tedaviye uyumu ve hastalığın metabolik kontrolünü olumsuz yönde etkileyebilir (58). Araştırmamızda da annelerin %65.2'si hastalığın yönetimine ilişkin çocuklarıyla sorun yaşadıklarını ve bu annelerin tamamı adölesanların diyet ve tedavisine okulda uymak istememeleri nedeniyle sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.2.7). Annelere yaşadıkları bu sorunlara yönelik yapılan hemşirelik girişimlerinden sonra okulda diyetle uymayan ve tedavisini yapmak istemeyen adölesan sayısı azalmıştır. (Tablo 4.2.7). Bu bulgu doğrultusunda yapılan hemşirelik girişimlerinin etkili olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda annelerin %69.6'sının adölesanlarla iletişim sorunları yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 4.2.7). Benzer şekilde Marshall ve diğ.(63) yaptıkları bir çalışmada Tip 1 diyabetli adölesanlar ve anneleri arasında iletişim sorunlarının

yaşandığını belirlemişlerdir. Anneler ve adölesanlar arasında kurulacak olumlu ve destekleyici iletişim, hastalığın yönetiminin istendik düzeyde olması açısından çok önemlidir. Bu nedenle adölesan döneminde ebeveynlere bu dönemde gelişebilecek sorunlar ve iletişim örüntüleri ile ilgili eğitim ve danışmanlık verilmesi gereklidir. Bizim araştırmamızda da iletişim sorunları yaşayan annelere etkin dinleme ve olumlu iletişim teknikleri anlatılarak uygulamalar yapılmış, adölesan dönemi özellikleri anlatılarak iletişim problemleri ve dönem özellikleri arasındaki ilişkiyi anlaması sağlanmıştır. Ayrıca her ev ziyaretinde anne ve adölesanın iletişimleri gözlenmiş ve annenin adölesanla kurduğu iletişimde olumlu yönleri onaylanmış/vurgulanmıştır. Bu soruna yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin (Bkz. Ek 7) anne ve adölesanlar arasında yaşanan iletişim sorunlarını azalttığı görülmektedir (Tablo 4.2.7). Literatür incelendiğinde, elde edilen bu sonuçların, konuyla ilgili yapılan diğer çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği görülmektedir. Wysocki ve diğ.(140) Tip 1 diyabetli 104 adölesanın ailesi ile yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, ailelere problem çözme becerisi ve iletişim ile ilgili konularda eğitim vermişlerdir. Bu araştırmanın sonucunda, anneler ve adölesanlar arasındaki iletişimin geliştiği ve ebeveynlerin problem çözme becerilerinin arttığı belirlenmiştir. Wysocki ve diğ.(141) Tip 1 diyabetli adölesana sahip 119 ebeveynle yaptığı bir başka çalışmada ise; ebeveynlere Tip 1 diyabet ve yönetimi ile ilgili bilgi verme, problem çözme eğitimi ve sosyal desteği artırma girişimleri yapılmıştır. Bu girişimlerin sonucunda da ebeveyn ve adölesan arasındaki iletişim sorunlarının azaldığı ve annelerin problem çözme becerilerinin geliştiği saptanmıştır.

Bunlara ek olarak araştırmamızda annelerin adölesanlar ile yaşadıkları sorunların çocuğun yaşı, cinsiyeti ve HgbA1C değerlerine göre ilk ve son ziyaretteki dağılımı incelenmiştir (Tablo 4.2.8). HgbA1C düzeyi %7.5 üstünde olan (metabolik kontrolü kötü) adölesanların annelerinin, hastalığın tedavisine ilişkin sorun yaşama oranlarının yüksek olduğu (%70.0) belirlenmiştir (Tablo 4.2.8). Benzer şekilde Leonard ve diğ.(39) 14-16 yaşları arasındaki 18 adölesanla yaptıkları çalışmada, metabolik kontrolü kötü olan diyabetli adölesanların ebeveynleriyle hastalığın yönetimine ilişkin daha fazla sorun yaşadıklarını belirlemişlerdir. Williamsg ve diğ.(142) 187 çocuk, adölesan ve ebeveynleri ile yaptıkları çalışmada da HgbA1c değeri yüksek olan çocuklar ve ebeveynleri arasında hastalığın yönetimine ilişkin

daha fazla sorun yaşandığı belirlenmiştir. Konuyla ilgili diğer bir çalışmada ise; Faulkner ve Chang (41) 10-18 yaşları arasında özbakımını başarılı bir şekilde yerine getiren adölesanların ebeveynleri ile daha az sorun yaşadıklarını saptamışlardır. Bu araştırmaların bulguları bizim çalışmamıza benzer niteliktedir.

Ayrıca araştırmamızda 12-14 yaş grubundaki adölesanların anneleriyle iletişim ve hastalığın yönetimi ile ilgili konularda 15-18 yaş grubundaki adölesanlara göre daha fazla sorun yaşadıkları saptanmıştır. 12-14 yaş grubundaki adölesanların annelerinin %68.7' sinin okulda hastalığın yönetiminin gerçekleştirilmesinde ve %81.3'ünün de iletişim sorunları yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2.8). Sorunların 12-14 yaş döneminde daha yoğun bir şekilde yaşanmasının nedeni adölesanın gelişimsel özellikleri dikkate alınarak açıklanabilir. Erken adölesan dönemindeki (12-14 yaş) adölesanlar duygularını geç adölesan (15-18) dönemindekilere göre daha güç yönetebilmekte, olaylara daha ani tepkiler vermekte ve daha fazla duygusal dalgalanmalar göstermektedirler. Ayrıca adölesanlar, yaşla birlikte otonomilerinin artması ile ebeveynleriyle hastalığın yönetimi gibi konularda ortak bir noktada buluşabilmektedirler (135). Bizim çalışmamızda da erken adölesan döneminde annelerin adölesanla daha fazla sorun yaşamasında en temel nedenin adölesanın bu gelişimsel özelliği olduğu söylenebilir.

Ayrıca araştırmamızda hem tedavi hem de iletişim sorunlarının erkek adölesanlarda kızlara oranla daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (Tablo 4.2.8). Benzer şekilde Sylvie ve diğ.(143) Tip 1 diyabetli 119 adölesan ve ebeveynleri ile yaptıkları bir çalışmada erkek adölesanların kızlara göre tedaviye uyumlarının daha kötü ve hastalığın yönetimine ilişkin sorumlulukları yerine getirmede daha başarısız olduklarını saptamışlardır. Ülkemizde geleneksel olarak kız çocuklarına erkek çocuklarına göre daha erken yaşta sorumluluk verilmektedir. Ayrıca ebeveynlerin erkeklerden farklı olarak kız çocuklarından beklentileri aile içinde otoriteye uyum sağlamaları yönündedir. Bu nedenlerden dolayı bu çalışmada annelerin kız çocuklarıyla daha az sorun yaşadıkları düşünülebilir.

Ayrıca bu çalışmada, annelerin yaşadıkları sorunlarla başetmede kullandıkları yöntemler incelenmiştir (Tablo 4.2.9). Annelerin biri hariç tamamının (n:22) sorunlarla baş etmede duygu odaklı baş etme yöntemlerini kullandıkları saptanmıştır. Ayrıca kullandıkları duygu odaklı baş etme yöntemleri arasında olumlu düşünme

(%43.3) ve dua etmek (%43.3) en sık kullanılan baş etme yöntemleridir (Tablo 4.2.9). Benzer şekilde Mellin ve diğ.(26) yaptıkları bir çalışmada da anneler baş etmede sıklıkla duygu odaklı baş etme yöntemi olan olumlu düşünmeyi kullandıklarını belirlemişlerdir. Azar ve Solomon (78) diyabetli çocuğu olan 60 ebeveynle yaptıkları çalışmada; ebeveynlerin baş etme yöntemi olarak sıklıkla olumlu düşünme ve sosyal destek aramayı kullandıklarını belirlemişlerdir. Bu araştırmaların sonuçları bizim araştırmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir. Stresle baş etmede problem ve duygu odaklı baş etme yöntemleri kullanılabilir. Ancak istendik olan stresle baş etmede problem odaklı baş etme yöntemlerinin kullanılmasıdır.

Araştırmada annelerin stresle etkili baş etmelerini sağlamak için problem çözme basamakları öğretilmiş ve buna ilişkin örnek uygulamalar yapılmıştır. Bu girişimler sonucunda annelerin problem çözme envanterinden aldıkları puanların azaldığı belirlenmiştir. (Tablo 4.2.6). Problem çözme envanterinden alınan puan ortalamalarının azalması, annelerin kendilerini sorun çözmede etkili ve başarılı algıladıklarını göstermektedir. Buna göre annelere yapılan hemşirelik girişimlerinin etkili olduğu söylenebilir. İlgili literatürde yer alan çalışmalar, araştırmamızın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Sahler ve diğ.(120) çocuğu kanser tanısı alan annelere verilen problem çözme becerileri eğitiminin sonucunda, deney grubundaki annelerin problem çözme becerilerinin geliştiğini göstermişlerdir. Ondokuz ebeveyn ile yedi oturumdan oluşan problem çözme becerilerini geliştirmeye yönelik yapılan bir başka çalışmada ise çocuk ve aile üyeleri arasındaki iletişimin düzeldiği ve ebeveynlerde problem çözme becerilerinin geliştiği belirlenmiştir (144). Benzer şekilde Yıldız'ın (145) sorun çözme becerilerini geliştirmeye yönelik yapmış olduğu deneysel çalışmada da girişimler sonrası annelerin sorun çözme becerilerinin geliştiği belirlenmiştir.

Araştırmamızda annelerin SBÇTÖ kendine güvenli, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama alt ölçeği puan ortalamalarının son ziyarette ilk ziyarete göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı; çaresiz ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamalarının ise istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.6). Benzer şekilde Yıldırım ve Conk (128) zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip anne/babaların stresle başa çıkma tarzları ve depresyon düzeyleri üzerinde planlı eğitimin etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel bir çalışma yapmışlardır. Bu

araştırmanın sonucunda da eğitim sonrası çalışma grubunda “çaresiz yaklaşım” puanı düşerken, “kendine güvenli yaklaşım” puanı yükselmiştir. Araştırmamızda annelere stresle baş etme konusunda verilen eğitim ve danışmanlığın etkili olduğu söylenebilir.

Ayrıca araştırmamızda hastalık süresi 1-4 yıl olan adölesanların annelerinin SBCTÖ çaresiz yaklaşım puan ortalamalarının, 4 yıl ve daha uzun süredir hasta olanlara göre daha yüksek ve aradaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Ek. Tablo 2). Bu bulgu doğrultusunda, annelerin tanı konulduktan sonraki sürede kendilerini daha çaresiz hissettikleri ve zaman içinde geliştirdikleri baş etme yöntemleri ya da buldukları sosyal destek kaynakları ile çaresiz yaklaşımlarının azaldığı düşünülebilir. Ayrıca istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte çocuklarının hastalık süresi 1-4 yıl olan adölesanların annelerin sosyal destek arama puan ortalamalarının, 4 yıl ve daha uzun süredir hasta olanlara göre daha yüksek olması da bu yorumu destekler niteliktedir.

Kronik hastalıklı çocuğa sahip annelerin yaşadıkları sorunlarla baş edebilmelerinde sosyal destek kaynakları son derece önemlidir. Araştırmamızda annelerin algıladıkları sosyal desteği arttırmak için yapılan hemşirelik girişimleri sonucunda onların çok boyutlu sosyal destek ölçeğinden aldıkları toplam ve tüm alt boyutlara ilişkin puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmıştır (Tablo 4.2.6). Benzer şekilde Mauren ve diğ(146) çocukları Tip 1 diyabet tanısı alan 24 anne ile toplam 5 oturum ve ardından telefonla annelerin desteklenmesini içeren annelerin algıladıkları sosyal desteği ve diyabetle ilgili endişelerini azaltmayı hedefleyen bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmanın sonucunda annelerin algıladıkları sosyal destek artmış ve endişeleri azalmıştır. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde beş ev ziyaretinde verilen eğitim ve danışmanlığın sonucunda annelerin diyabetle ilgili endişeleri azalmış ve algıladıkları sosyal destek artmıştır.

Annelere algıladıkları sosyal desteği arttırmak amacıyla yapılan hemşirelik girişimlerinden biri, onlara Tip 1 diyabetle ilgili dernek ve gruplarla ilgili bilgi vermek ve bu gruplara katılımları yönünde onları cesaretlendirmektir. Son yıllarda hastalıklarla ilgili dernekler, internet destek grupları ve internet siteleri, ebeveynler için etkili bir sosyal destek kaynağı olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda da bu tür destek grupları ve internet sitelerinin ebeveynler için yararlı olduğu belirlenmiştir

(113,115). Smaldone ve Ritholz (147) yaptıkları çalışmada, Tip 1 diyabetli çocuğu olan anneler, hastalıkla ilgili destek gruplarının, aile ve arkadaşlarından daha yararlı olduğunu ifade etmişlerdir. Ancak bizim çalışmamızda, annelerin büyük bir kısmının yeterli bilgiye sahip olmadıkları için Tip 1 diyabetle ilgili derneklere üye olmadıkları (%92.8) belirlenmiştir. Annelere Tip 1 diyabetle ilgili dernekler ve yararları ile ilgili bilgi verildikten sonra dernek üyesi olmayan annelerin oranı %17.4'e düşmüştür (Tablo 4.2.12).

Adölesan ve ebeveynler arasında sorumlulukların uygun şekilde paylaşılması, hastalığın en iyi şekilde yönetimini sağlayan en önemli etmenlerden biridir. Ayrıca adölesana sorumluluk verilmesi onun bağımsızlığının artmasını, otonomisinin, karar verme becerisi gelişmesini sağlamaktadır. Ancak ebeveynler kronik hastalığı olan adölesanlara karşı koruyucu ve kollayıcı bir tutum içinde olarak hastalığın yönetimini onlara vermek istemeyebilirler (45,124). Araştırmamızda da ilk ziyarette sadece dokuz adölesanın tedavisini kendisi yaptığı belirlenmiştir. Bu bulgu doğrultusunda annelere adölesanın özbakımını kendisinin karşılamasının önemi, aşırı koruyucu/kollayıcı davranışların adölesan üzerindeki olumsuz etkileri anlatılmıştır. Araştırmamızda son ziyarette, tedavisini kendisi yapan adölesan oranında artış olduğu ve tedavisini anne/babası yapanların oranında ise azalma olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.10). Annelerin koruyucu ve kollayıcı bir tutum içinde olmalarının bir diğer göstergesi de aile içinde adölesana sorumluluk verilme durumudur. Araştırmamızda da ilk ziyarette adölesanların büyük bir kısmına (%73.9) hasta olması (%70.5) ve dersler (%52.9) gibi gerekçelerle aile içinde sorumluluk verilmediği belirlenmiştir (Tablo 4.2.10). Yapılan hemşirelik girişimleri sonucunda son ziyarette annelerin %95.7'sinin adölesana aile içinde sorumluluk verdiği saptanmıştır (Tablo 4.2.10). Konuyla ilgili literatür incelendiğinde yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Tasampanli ve Kounenou (148) Tip 1 diyabetli çocuğa sahip 30 aileyle yaptıkları nitel çalışmada; annelerin çoğunluğunun (n:28) çocuklarını disipline etmekten kaçındıklarını, sorumluluk vermek istemediklerini ve aşırı koruyucu olduklarını belirlemişlerdir. Benzer şekilde Chien ve diğ. (137) yaptıkları bir çalışmada, annelerin aşırı koruyucu davranışlar gösterdikleri ve çocuklarına hastalık ve diğer konularda sorumluluk vermek istemedikleri saptanmıştır. Ayrıca yapılan çalışmalarda, hastalığın

yönetimine ilişkin sorumluluğun paylaşılmasında, anneler ve adölesanlar arasında sorun yaşandığı belirlenmiştir. Marshall ve diğ.(63) yaptıkları çalışmada, adölesanların bağımsız olmaya çalışmalarının, aileleri ile aralarında çatışmaya neden olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada anneler hastalığın yönetiminde bozulma olacağı endişesiyle adölesana hastalığın yönetimine ilişkin sorumluluk vermek istemediklerini ifade etmişlerdir. Benzer şekilde ilk ziyarette araştırmaya katılan annelerde koruyucu ve kollayıcı davranışların görüldüğü, ancak bu konuda verilen eğitim ve danışmanlığın bu davranışların azalmasında ve daha istendik davranışların gelişiminde etkili olduğu söylenebilir.

Ayrıca araştırmamızda annelerin çocuklarının geleceğine yönelik endişeleri incelenmiştir. Annelerin %82.6' sının kronik komplikasyonlar, %43.5'inin evlilik ve çocuk sahibi olma ve %30.4'ünün ise meslek sahibi olma ile ilgili endişelerinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.11). Literatür incelendiğinde, benzer araştırma sonuçlarının olduğu görülmektedir. Mellin ve diğ. (26) ve Moyer (84) Tip 1 diyabetli adölesana sahip ebeveynlerle yaptıkları çalışmalarda, onların gelecekle ilgili konularda (üreme, gebelik, evlilik vb.) endişelerinin olduğunu belirlemişlerdir. Benzer şekilde Parker ve diğ.(86) 262 ebeveynle yaptıkları çalışmada da, ebeveynler hastalığın yönetimine ilişkin konularda endişelerinin zaman içinde azaldığını, ancak hastalığın uzun dönemdeki komplikasyonları ve çocuklarının gelecekleri (iş hayatı, evlilik) ile ilgili konularda endişelerinin zaman içinde arttığını ifade etmişlerdir. Konuyla ilgili olarak Buckloh ve diğ.(48) Tip 1 diyabetli çocuğa sahip 30 anne 14 babadan oluşan toplam 47 kişi ile bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada da anneler hastalığın uzun dönem komplikasyonları ve gelecekte iş bulma konusunda sorun yaşayacaklarını düşündükleri için endişe ve anksiyete yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu nedenle kronik hastalıklı çocuğa sahip ebeveynlerin sadece tanı anında değil tüm hastalık süresince sağlık personelinin bilgi, danışmanlık ve destek almaya gereksinimleri vardır. Araştırmamızda annelerin yaşadıkları bu benzer endişelerin hemşirelik girişimlerinden sonra azaldığı Tablo 4.2.11'de görülmektedir. Bu bulgular doğrultusunda ev ziyaretleri süresince yapılan eğitim ve danışmanlığın annelerin endişelerini azaltmada etkili olduğu söylenebilir.

Annelerin Tip 1 diyabet ve yönetimi ile ilgili yeterli bilgilerinin olması adölesanın hastalığının metabolik kontrolünün istendik düzeyde olmasını sağlayacak

faktörlerden biridir. Annelerin Tip 1 diyabetle ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları, adölesanların da bilgisinin artmasını ve özbakım uygulamalarını uygun şekilde yapmalarını sağlayabilir. Ancak araştırmamızda annelerin tümünün Tip 1 diyabetle ilgili bilgi eksikliklerinin olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.13). İlk ziyarette annelerin Tip 1 diyabetin tanımı, glikozun görevi gibi temel bilgileri bilme oranı yüksek olmasına karşın, diyabetik ketoasidoz (tanımı, belirtileri, nedenleri), idrarda keton bakılması gereken durumlar, egzersizin diyabetin yönetimindeki etkisi ve egzersiz yapılabilecek durumlara ilişkin bilgilerinin düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.13). Annelerin Tip 1 diyabet hakkında verilen eğitim sonrasında bilgilerinde artış olduğu görülmüştür (Tablo 4.2.13). Bu bulgu annelere Tip 1 diyabetle ilgili verilen eğitimin etkili olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde yapılan diğer araştırmalarda da yapılan eğitimin bilgiyi arttırmada etkili olduğu belirlenmiştir (115,134). Annelerin hastalığın metabolik kontrolünde son derece önemli olan egzersiz ve diyabetik ketoasidoz konularında bilgi sahibi olmaları, adölesanı uygun şekilde yönlendirmeleri ve hastalığın metabolik kontrolünün istendik düzeyde olmasını sağlayacaktır. Bu nedenle Tip 1 diyabetle ilgili verilen eğitimin sürekliliğinin sağlanması önemlidir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Tip 1 diyabeti olan adölesanların annelerinin yaşadıkları sorunların belirlenmesi ve geliştirilen hemşirelik yaklaşımlarının etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Ailelerin çoğunun (%78.3) gelir düzeyinin asgari ücretin üstünde olduğu ve hastalığın yönetiminin çoğu aileye (%78.3) ekonomik yük getirdiği belirlenmiştir (Bkz.Tablo 4.1.1).
- Adölesanların çoğunun (%69.6) 6-8. sınıfa devam ettiği ve %8.7'sinin ise hastalık nedeniyle okulda yıl kaybının olduğu saptanmıştır (Bkz.Tablo 4.1.2).
- Çocuğa Tip 1 diyabet tanısı konduktan sonra annelerin yarıya yakınının eşi ile, yarıdan fazlasının arkadaşları ile yaklaşık üçte birinin ise çocuklarıyla ilişkilerinin etkilendiği belirlenmiştir (Bkz.Tablo 4.2.1).
- Annelerin %39.1'inin çocuklarını okulda başarılı olarak değerlendirdiği, %65.2'sinin ise Tip 1 diyabetin okul başarısını etkilediğini düşündükleri saptanmıştır (Bkz. Tablo.4.2.2).
- Annelerin %87'si (n:20) çocuklarının adölesan döneminde daha önce gösterdiği davranışlardan farklı davranışlar gösterdiğini ifade etmişlerdir. Annelerin belirttiği en sık davranış değişiklikleri sırasıyla; çocuklarının daha sinirli ve gergin olmaları (%85.0), arkadaşlarına daha fazla önem vermeleri (% 55.0) ve dış görünüşlerine çok fazla önem vermeleri (%20.0) olarak saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.2.3).
- Annelerin %65.2' sinin adölesanla hastalığın yönetimine ilişkin sorun yaşadıkları ve en sık yaşadıkları sorunun ise adölesanın diyet ve tedavisine okulda uymak istememesi (%100) olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2.7).
- 12-14 yaş grubundaki adölesanların, erkeklerin ve HbgA1C değeri % 7.5 üstünde olanların annelerinin hastalığın tedavisine ilişkin sorun yaşama oranlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2.8).
- Annelerin en sık kullandıkları duygu odaklı baş etme yöntemlerinin olumlu düşünme olduğu belirlenmiştir. Başetmede kullanılan yöntem/yöntemlerin stresi azaltmaktaki etkisi incelendiğinde, annelerin %91.3'ünün kullandıkları

yöntemlerin streslerini azaltmada etkili olmadığını ifade etmişlerdir (Bkz. Tablo 4.2.9).

- Son ev ziyaretinde tedavisini kendisi yapan adölesan oranında artış olduğu ve tedavisini anne/babası yapanların oranında ise azalma olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2.10).
- İlk ev ziyaretinde Tip 1 diyabetli adölesanlara aile içinde sorumluluk verilmeme nedenlerinin sıklıkla çocuğun hastalığı (%70.5) ve dersleri (%52.9) olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.2.10).
- Son ev ziyaretinde kronik komplikasyonlar nedeniyle endişe yaşadığını ifade eden annelerin oranının %82.6'dan %39.1'e düştüğü, meslek sahibi olma konusunda endişe yaşayan annelerin tümünün endişelerinin ortadan kalktığı ve geleceğe ilişkin konularda endişe yaşayan annelerin oranının %43.5'den %4.3'e düştüğü belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2.11).
- Birinci ziyarette annelerin %39.1'i tip 1 diyabetle ilgili grup/dernek üyesi iken son ziyarette %82.6'sı grup/dernek üyesi olmuştur ve bu artış istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p:0.002$). Ayrıca annelerin %92.8'inin yeterli bilgiye sahip olmadığı için grup/dernek üyesi olmadığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2.12).
- Verilen eğitim sonucunda annelerin son ziyarette Tip 1 diyabet hakkındaki bilgilerinde artış olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2.13).
- Annelerin stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ($t= -7.68$, $p=0.000$) ve sosyal destek arama ($t=-6.42$, $p=0.000$) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının son ziyarette ilk ziyarete göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir. Aynı ölçeğin çaresiz ($t= 4.03$, $p=0.001$) ve boyun eğici yaklaşım ($t= 3.46$, $p=0.002$) alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının ise son ziyarette istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı görülmüştür. Annelerin çok boyutlu sosyal destek ölçeğinden aldıkları toplam ($t= -7.61$, $p=0.000$) ve tüm alt boyutlara ilişkin puan ortalamaları (aile desteği $t= -3.86$, $p=0.001$, arkadaş desteği $t= -3.78$, $p=0.001$ ve özel kişi desteği $t= 10.32$, $p= 0.000$) ise son ziyarette istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmıştır. Ayrıca annelerin problem çözme envanterinden aldıkları toplam ve tüm alt boyutlara ilişkin puan

ortalamalarının da son ziyarette istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır ($p=0.000$). (Bkz. Tablo 4.2.6).

- Annelerde belirlenen sorunların 5. ziyaretten başlayarak azaldığı ve bu azalmanın 6. ziyaretten sonra daha fazla olduğu belirlenmiştir. Annelerde saptanan sorunların tümünde ziyaretler arasında azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.000$) (Bkz. Tablo 4.2.4).
- Çocuklarının hastalık süresi 1-4 yıl olan annelerin SBÇTÖ çaresiz yaklaşım alt boyutu puan ortalamalarının çocukları 4 ve daha uzun süredir hasta olanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F:4.6$, $p:0.043$) (Bkz. Ek Tablo 2)

6.2.Öneriler

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Bu çalışmada annelerin çoğunun iletişim ve hastalığın okulda yönetimi ile ilgili konularda adölesanlarla sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Bu ailelerin izleminde bu sorunların dikkate alınması, annelere stresle baş etme, problem çözme ve sosyal destek kaynaklarını bulma konusunda eğitim ve danışmanlık yapılması,
- Poliklinik ortamında bu hastalara yönelik izlem, eğitim ve danışmanlığın sürekliliği, hemşire sayısının az ve hasta sayısının fazla olması nedeniyle sağlanamamaktadır. Bu nedenle polikliniklerde bu hizmetleri ev ziyaretleri ile sürdüreceği ayrı bir hemşirenin görevlendirilmesi,
- Bu konuda daha sonra yapılacak benzer çalışmaların kontrol grubuyla ve daha geniş bir örneklem grubuyla yapılması,

KAYNAKLAR

- 1.Çavuşoğlu, H. (2004). Çocuk Sağlığı Hemşireliği I. Ankara: Sistem Ofset.
- 2.Devlet İstatistik Enstitüsü (2004). Türkiye Özürlüler Araştırması 2002.
- 3.Wong, D. (1999). Whaley & Wong's Nursing Care of Infant and Children. (6 bs.). St. Louis-Missouri: Mosby Inc.
- 4.World Diabetes Day. Erişim: 4 Temmuz 2007,
<http://www.worlddiabetesday.org/go/WDD07>.
- 5.Karvonen, M., Kajander, M., Moltchanova, E., Libman, I. ve Laporte, R. (2000). Incidence of childhood type 1 diabetes worldwide. *Diabetes Care*, 23 (10), 1516-1526.
- 6.Seppanen, S., Kyngas, H. ve Nikkonen, M. (1999). Coping and social support of parents with a diabetic child. *Nursing and Health Science*, 1, 63-70.
7. Lawson, T. G. (2007). Family coping and disease control when a child has type 1 diabetes mellitus: a review of the literature. *Journal of Specialist Pediatric Nursing*, 12 (1), 49-55.
- 8.Şimşek, E., Karabay, M. ve Kocabay, K. (2003). Batı karadeniz bölgesinde yaşayan çocuklarda insüline bağımlı diyabetes mellitusun epidemiyolojik özellikleri. *Türk Pediatri Arşivi*, 38, 216-222.
- 9.Kandemir, N., Açıkgöz, E. ve Yordam, N. (1994). The epidemiology of juvenile-onset insulin-dependent diabetes mellitus in Turkish children. *Turkish Journal of Pediatrics*, 36, 191-195.
- 10.Taşkın, E., Yılmaz, M. ve Kılıç, S. (2007). İnsüline bağımlı diyabetes mellitusun epidemiyolojik özellikleri. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21 (2), 75 - 79.
- 11.Robert, J., Thompson, J. ve Kathryn, E. (1996). Adaptation to chronic childhood illness. American Psychological Association.
- 12.Knafl, K. ve Zoeller, L. (2000). Childhood chronic illness: a comparison of mothers' and fathers' experiences. *Journal of Family Nursing*, 6, 287-302.
- 13.Betz, C. L., Hunsberger, M. M. ve Wright, S. (1993). Family-Centered Nursing Care of Children: W.B Saunders Company.

14. Auslander, W., Haire-Joshu, D., Rogge, M. ve Santiago, J. V. (1991). Predictors of diabetes knowledge in newly diagnosed children and parents. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, 213-228.
15. Faulkner, M. S. (1996). Family responses to children with diabetes and their influence on self-care. *Journal of Pediatric Nursing*, 21, 82-93.
16. Turner-Henson, A., Holaday, B. ve Swan, J. H. (1992). When parenting becomes caregiving: Caring for the chronically ill child. *Family Community Health Psychology*, 15 (2), 19-30.
17. Ireys, H. T. ve Silver, E. J. (1996). Perception of the impact of a child's chronic illness: does it predict maternal mental health?. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 17, 77-83.
18. Cabizuca, M., Marques-Portella, C., Mendlowicz, M. V., Coutinho, E. ve Figueira, I. (2009). Posttraumatic stress disorder in parents of children with chronic illnesses: a meta-analysis. *Health Psychology*, 28 (3), 379-388.
19. Landolt, M., Vollrath, M., Laimbacher, J., Gnehm, H. ve Sennhauser, F. (2005). Prospective study of posttraumatic stress disorder in parents of children with newly diagnosed type 1 diabetes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44 (7), 682-689.
20. Helgeson, V., Reynolds, K., Escobar, O., Sminerio, L. (2007). The role of friendship in the lives of male and female adolescents: Does diabetes make a difference ? *Journal of Adolescent Health*, 40, 36-43.
21. Storch, E., Lewin, A. ve Silverstein, J. H. (2004). Peer victimization and psychosocial adjustment in children with type 1 diabetes. *Clinical Pediatrics*, 43 (5), 467-471.
22. Bayat, M. ve Çavuşoğlu, H. (2000). Diyabetin adolesan üzerindeki etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7 (1-2), 1-12.
23. Hanna, K. M. ve Guthrie, D. (2003). Parental involvement in adolescents' diabetes management. *Diabetes Spectrum*, 16, 184 -187.
24. Faulkner, M. (2003). Quality of life for adolescent with type 1 diabetes: parental and youth perspectives. *Pediatric Nursing*, 29 (5), 362-368.
25. Carroll, A. ve Marrero, D. (2006). How do parents perceive their adolescent's diabetes: a qualitative study. *Diabetic Medicine*, 23, 1222-1224.

26. Mellin, A. E., Neumark-Stainzer, D. ve Patterson, J. M. (2004). Parenting adolescent girls with type 1 diabetes: Parents' perspectives. *Journal of Pediatric Psychology*, 29, 221-230.
27. Viikinsalo, M. K., Crawford, D.M., Kimbrel, H., Long, E. ve Dashiff, C. (2005). Conflicts between young adolescents with type I diabetes and their parents. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 10 (2), 69-78.
28. Carroll, A. E. ve Marrero, D. G. (2006). The role of significant others in adolescent diabetes: a qualitative study. *Diabetes Education*, 32 (2), 243-252.
29. Carroll, A., Marrero, D. ve Swenson, M. (2007). Why do adolescent with type 1 diabetes and their parents participate in focus groups ? *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 21 (2), 135-139.
30. Miller, V. A. ve Drotar, D. (2003). Discrepancies between mother and adolescent perceptions of diabetes-related decision-making autonomy and their relationship to diabetes-related conflict and adherence to treatment. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 265- 274.
31. Duke, D. C., Geffken, G. R., Lewin, A. B., Williams, L. B., Storch, E. A. ve Silverstein, J. H. (2008). Glycemic control in youth with type 1 diabetes: family predictors and mediators. *Journal of Pediatric Psychology*, 33 (7), 719-727.
32. Botello-Harbaum, M., Nansel, T., Haynie, D., Iannotti, J. R. ve Simons-Morton, B. (2008). Responsive parenting is associated with improved type 1 diabetes-related quality of life. *Child Care Health Development*, 34 (5), 675-681.
33. Whittemore, R., Urban, A. D., Tamborlane, W. V., Grey, M. (2003). Quality of life in school-aged children with type 1 diabetes on intensive treatment and their parents. *Diabetes Educator*, 29, 847-854.
34. Davidson, M., Penney, E. D., Muller, B. ve Grey, M. (2004). Stressors and self-care challenges faced by adolescents living with Type 1 diabetes. *Applied Nursing Research*, 17, 72-80.

35. Jacobson, A. M., Hauser, S. T. ve Lavori, P. (1994). Family environment and metabolic control: a four-year prospective study of children and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 56, 401-409.
36. Grey, M., Boland, E. A., Yu, C., Sullivan-Bolyai, S. ve Tamborlane, W. V. (1998). Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes. *Diabetes Care*, 21, 909 -914.
37. Anderson, B. J. (2004). Family conflict and diabetes management in youth: clinical lessons from child development and diabetes research. *Diabetes Spectrum*, 17, 22 -26.
38. Hanson, C. L., Henggeler, S. W., Harris, M. A., Burghen, G. A. ve Moore, M. (1989). Family system variables and the health status of adolescents withinsulin-dependent diabetes mellitus. *Health Psychology*, 8, 239-253.
39. Leonard, B., Garwick, A. ve Adwan, J. (2005). Adolescents' Perceptions of Parental Roles and Involvement in Diabetes Management. *Journal of Pediatric Nursing*, 20 (6), 405-414.
40. Helgeson, V. S., Siminerio, L., Escobar, O. ve Becker, D. (2009). Predictors of metabolic control among adolescents with diabetes: a 4-year longitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology*, 34 (3), 254- 270.
41. Faulkner, M. S. ve Chang, L. (2007). Family influence on self-care, quality of life, and metabolic control in school-age children and adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*, 22, 59-68.
42. Berg, C. A., Butler, J. M., Osborn, P., Butner, J., Murray, M., Lindsay. R ve diğ erleri. (2008). Role of parental monitoring in understanding the benefits of parental acceptance on adolescent adherence and metabolic control of type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 31, 678-683.
43. Anderson, B. J., Vangsness, L., Connell. A., Butler, D., Goebel-Fabbri, A. ve Laffel, L.M. (2002). Family conflict, adherence, and glycemic control in youth with short duration type 1 diabetes. *Diabet Medicine*, 19, 635 -642.
44. Butler, D. A., Zuehlke, J. B., Tovar, A., Volkening, L. K., Anderson, B. J. ve Laffel, L. M. (2008). The impact of modifiable family factors on glycemic control among youth with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, 9, 373-381.

45. Weissberg-Benchell, J., Glasgow, A. M., Tynan, W. D., Wirtz, P., Turek, J. ve Ward, J. (1995). Adolescent diabetes management and mismanagement. *Diabetes Care*, 18, 77- 82.
46. Stallwood, L. (2005). Influence of caregiver stress and coping on glycemic control of young children with diabetes. *Journal of Pediatric Health Care*, 19 (5), 293- 300.
47. Hentinen, M. ve Kyngas, H. (1998). Factors associated with adaptation of parents with chronically ill child. *Journal Of Clinical Nursing*, 7, 316-324.
48. Buckloh, L. M., Lochrie, A. S., Antal, H., Milkes, A., Canas, J. A., Hutchinson, S. ve diğeri. (2008). Diabetes complications in youth. *Diabetes Care*, 31, 1516-1520.
49. Pelletier, L., Godin, G., Lepage, L. ve Dussault, G. (1994). Social support received by mothers of chronically ill children. *Child: Care, Health Development*, 20, 115- 131.
50. Yavuzer, H. (2009). *Gençleri Anlamak* (4 bs.). İstanbul: Remzi Kitabevi.
51. Potts, N. L. ve Mandleco, B. L. (2002). *Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families* Spain, United Kingdom, United States: Thomson Learning.
52. Hanna, K. M. ve Guthrie, D. (2001). Parents' and adolescents' perceptions of helpful and nonhelpful support for adolescents' assumption of diabetes management responsibility. *Issues Comprehensive Pediatric Nursing*, 24, 209 –223.
53. Davidson, M., Boland, E. A. ve Grey, M. (1997). Teaching teens to cope: coping skills training for adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 2, 65 –72.
54. The Diabetes Control and Complications (DCCT) Research Group (1994). The Diabetes Control and Complications Trial. The effects of intensive diabetes treatment on the development and progression of long-term complications in adolescents with insulin dependent diabetes mellitus: *Journal Pediatric Psychology*, 124, 177-188.

55. Mortensen, H. B., Robertson, K. J., Aanstoot, H. J., Danne, T., Holl, R. W. ve Hougaard, P. (1998). Insulin management and metabolic control of type 1 diabetes mellitus in childhood and adolescence in 18 countries. *Diabetes Medicine*, 159, 752–759.
56. Bearman, K. J. ve LaGreca, A. M. (2002). Assessing friend support of adolescents' diabetes care: the diabetes social support questionnaire-friends version. *Journal Pediatric Psychology* 27, 417-428.
57. Hains, A. A., Berlin, K. S., Davies, W. H., Smothers, M. K., Sato, A. F. ve Alemzadeh, R. (2007). Attributions of adolescents with type 1 diabetes related to performing diabetes care around friends and peers: the moderating role of friend support. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (5), 561-570.
58. Kyngas, H. (2000). Compliance of adolescents with diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*, 15, 260-267.
59. Pendley, J. S., Kasmien, L. J., Miller, D. L., Donze, J., Swenson, C. ve Reeves, G. (2002). Peer and family support in children and adolescents with type 1 diabetes. *Journal Pediatric Psychology*, 27, 429-438.
60. Thomas, A., Peterson, L. ve Goldstein, D. (1997). Problem solving and diabetes regimen adherence by children and adolescents with IDDM in social pressure situations A reflection of normal development. *Journal Pediatric Psychology*, 22, 541-561.
61. Wysocki, T. (1993). Associations among teen-parent relationships, metabolic control, and adjustment to diabetes in adolescence. *Journal Pediatric Psychology*, 18, 441-452.
62. Anderson, B. J., Auslander, W. F., Jung, K. C., Miller, J. P. ve Santiago, J. V. (1990). Assessing family sharing of diabetes responsibilities. *Journal of Pediatric Psychology*, 15, 477-492.
63. Marshall, M., Carter, B., Rose, K. ve Brotherton, A. (2009). Living with type 1 diabetes: perceptions of children and their parents. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (12), 1703- 1710.
64. Weinger, K., O'donnell, A. K. ve Ritholz, M. D. (2001). Adolescent views of diabetes related parent conflict and support: a focus group analysis. *Journal Adolescent Health*, 29 (5), 330-336.

- 65.Kakleas, K., Kandyla, B., Karayianni, C. ve Karavanaki, K. (2009). Psychosocial problems in adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Metab*, 35 (5), 339-350.
- 66.Wysocki, T. (2002). Parents, teens and diabetes. *Diabetes Spectrum*, 15, 6-8.
- 67.Geffken, G. R., Heather, L., Walker, K. N., Storch, E. A., Heidgerken, A. D., Lewin, A. ve diğerleri. (2008). Family functioning processes and diabetic ketoacidosis in youths with type I diabetes. *Rehabilitation Psychology*, 53 (2), 231-237.
- 68.Northam, E. A., Matthews, L. K., Anderson, P. J., Cameron, F. J. ve Werther, G. A. (2005). Psychiatric morbidity and health outcome in type 1 diabetes: perspectives from a prospective longitudinal study. *Diabetes Medicine*, 22, 152-157.
69. McDonnell, C. M., Northam, E. A., Donath, S. M., Werther, G. A. ve Cameron, F. J. (2007). Hyperglycemia and externalizing behavior in children with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 30, 2211-2215.
- 70.Leonard, B. J., Jang, Y. P., Savik, K., Plumbo, P. M. ve Christenson, R. (2002). Psychosocial factors associated with levels of metabolic control in youth with type 1 diabetes. *Pediatric Nursing*, 7, 28-37.
- 71.Fettahoğlu, Ç., Koparan, C. ve Özatalay, E. D. (2007). İnsüline bağımlı diabetes mellitus tanılı çocuk ve ergenlerde gözlenen ruhsal güçlükler. *Türkiyede Psikiyatri*, 9 (1), 32-36.
- 72.Hood, K. K., Grey, M., Whitemore, R. ve Tamborlane, W. (2002). Depression in type 1 diabetes in children natural history and correlates. *Journal Psychosomatic Research*, 53, 907-911.
- 73.Hood, K. K., Huestis, S., Maher, A., Butler, D., Volkening, L. ve Laffel, L. M. (2006). Depressive symptoms in children and adolescents with type 1 diabetes: association with diabetes-specific characteristics. *Diabetes Care*, 29, 1389-1391.
- 74.Takii, M., Uchigata, Y., Nozaki, T., Nishikata, H., Kawai, K., Komaki, G. ve diğerleri. (2002). Classification of type 1 diabetic females with bulimia nervosa into subgroups according to purging behavior. *Diabetes Care*, 25, 1571-1575.

75. Newmark-Sztainer, D., Mellin, A., Utter, J. ve Sockalosky, J. (2002). Weight control practices and disordered eating behaviors among adolescent females and males with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 25, 1289-1296.
76. Jones, J., Lawson, M., Daneman, D., Olmsted, M. ve Rodin, G. (2000). Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross-sectional study. *British Medical Journal*, 320, 1563-1566.
77. Franzese, A., Valerio, G., Buono, P., Mozzillo, E., Gritti, A. ve Lucariello, M. A. (2002). Comorbidity of type 1 diabetes and anorexia nervosa in a 6-year-old girl. *Diabetes Care*, 25, 800-801.
78. Azar, R. ve Solomon, R. (2001). Coping strategies of parents facing child diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*, 6 (6), 418-428.
79. Dunning, T. (2003). *Care Of People With Diabetes A Manual Of Nursing Practice* (2.bs): Blackwell Publishing.
80. Kovacs, M., Iyengar, S., Goldston, D., Obrosky, S., Stewart, J., Marsh, J. (1990). Psychological functioning among mothers of children with insulin-dependent diabetes mellitus: A longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 189-195.
81. Krulik, T., Turner-Henson, A., Kanematsu, Y., Al-Ma'aitah, R., Swan, J. ve Holaday, B. (1999). Parenting stress and mothers of young children with chronic illness: A cross-cultural study. *International Pediatric Nursing*, 14, 130-140.
82. Coffey, J. S. (2006). Parenting a child with chronic illness: a metasynthesis. *Pediatric Nursing*, 32 (1), 51-59.
83. Lowes, L., Gregory, J. W. ve Lyne, P. (2005). Newly diagnosed childhood diabetes: a psychosocial transition for parents? *Journal of Advanced Nursing*, 50, 253-261.
84. Moyer, A. (1989). Caring for a child with diabetes: The effect of specialist nurse care on parents' needs and concerns. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (1), 41-48.
85. Gallo, A. M. (1990). Family management style in juvenile diabetes: a case illustration *Journal of Pediatric Nursing*, 5, 23-32.

- 86.Parker, H., Swift, P. G. F., Botha, J. L. ve Raymond, N.T. (1994). Early onset diabetes: parents' views. *Diabetic Medicine*, 11, 593- 596.
- 87.Ivey, J. B., Wright, A. ve Carol, J. D. (2009). Finding the balance: adolescents with type 1 diabetes and their parents. *Journal of Pediatric Health Care*, 23 (1), 10-18.
- 88.Beveridge, R. M., Berg, C. A., Wiebe, D. J. ve Palmer, D. L. (2006). Mother and adolescent representations of illness ownership and stressful events surrounding diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 31 (8), 818-827.
- 89.Ginsburg, K. R., Howe, C. J., Jawad, A. F., Buzby, M., Ayala, J. M., Tuttle, A. ve diğeri. (2005). Parents' perceptions of factors that affect successful diabetes management for their children. *Pediatrics*, 116 (5), 1095- 1104.
- 90.Sullivan-Bolyai, S., Deatrick, J., Gruppuso, P., Tamborlane, W. ve Grey, M. (2003). Constant vigilance: mothers' work parenting young children with type 1 diabetes. *Journal Pediatric Nursing*, 18, 21 -29.
- 91.Güçlü, N. (2001). Stres Yönetimi. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21 (1), 91-109.
- 92.Baltaş, A ve Baltaş Z. (2000). Stres ve Başaıkma Yolları. İstanbul. Remzi Kitabevi.
- 93.Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1- 21.
- 94.Lazarus, R. S. ve Folkman,S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer.
- 95.Aydın, K. B. (2006). Stresle Başaıkma. Nobel Yayın.
- 96.Maija, H. ve Helvi, K. (1998). Factors associated with adaptation of parents with chronically ill child. *Journal of Clinical Nursing*, 7, (316-324).
- 97.Hummelinck, A. ve Pollock, K. (2006). Parents' information needs about the treatment of their chronically ill child: a qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 62, 228-234.
- 98.Hodgkinson, R. ve Lesler, H. (2002). Stresses and coping strategies of mothers living with a child with cystic fibrosis: implications for nursing professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (4), 377- 383.
- 99.Yıldırım, İ. (1997). Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi güvenilirliği ve geçerliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13, 81- 87.

- 100.Kazak, A. (1986). Families with physically handicapped children: social ecology and family systems. *Family Process*, 25, 265-281.
- 101.Patterson, J.M., Leonard, B. J. ve Titus, J. C. (1992). Home care for medically fragile children: Impact on family health and well-being. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13, 248-255.
- 102.Rini, C., Manne, S., DuHamel, K., Austin, J., Ostroff, J.ve Boulad, F. (2008). Social support from family and friends as a buffer of low spousal support among mothers of critically ill children: a multilevel modeling approach. *Health Psychology*, 27 (5), 593-603.
- 103.Dockerty, J. D., Williams, S. M., McGee, R. ve Skegg, D. C. (2000). Impact of childhood cancer on the mental health of parents. *Medical and Pediatric Oncology*, 35, 475-483.
- 104.Kupst, M. J., Schulman, J. L., Honig, G., Maurer, H., Morgan, E. ve Fochtman, D. (1982). Family coping with childhood leukemia: One year after diagnosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 7, 157-174.
- 105.Speechley, K. N., Noh, S. (1992). Surviving childhood cancer, social support, and parents' psychological adjustment. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 15-31.
- 106.Alun, C. J., Enderby, K., O'Toole, M., Thomas, S. A., Ashley, D., Rosenfeld, J. V. ve diğ erleri. (2009). The role of social support in families coping with childhood brain tumor . *Journal of Psychosocial Oncology*, 27, 1-24.
- 107.Byrne, E. A. ve Cunningham, C. C. (1985). The effects of mentally handicapped children on families: a conceptual review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 847-864.
- 108.Michael, F. (1986). Perceptions of social support by parents of chronically ill versus healthy children. *Children's Health Care*, 15 (1), 26 - 31.
- 109.Simon, L., Ingerski, L. M. ve Janicke, D. M. (2008). Social support, coping, and psychological distress in mothers and fathers of pediatric transplant candidates: A pilot study. *Pediatric Transplantation*, 1-7.

- 110.Lewandowski, A., Drotar, D. (2007). The relationship between parent-reported social support and adherence to medical treatment in families of adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology* 32 (4), 427-436.
- 111.Tak, Y. R. ve McCubbin, M. (2002). Family stress, perceived social support and coping following the diagnosis of a child's congenital heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (2), 190-198.
- 112.Letourneau, N., Drummond, J., Fleming, D., Kysela, G., McDonald, L. Ve Steuart, M. (2001). Supporting parents: Can intervention improve parent-child relationships? . *Journal of Family Nursing*, 7, 159-167.
- 113.Scharer, K., Colon, E., Moneyham, L., Hussey, J., Tavakoli, A. ve Shugart, M. (2009). A comparison of two types of social support for mothers of mentally ill children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22 (2), 86-98.
- 114.Cohen, S., Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310-357.
- 115.Baum, L. S. (2004). Internet parent support groups for primary caregivers of a child with special health care needs. *Pediatric Nursing*, 30 (5).
- 116.Heppner, P. P. ve Petersen, C. H. (1982). The development and implications of a personal problem-solving inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 29 (1), 66-75
- 117.Şahin, N. H. (1998). Stresle Başa Çıkma (3 bs.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği
- 118.Fehrenbach, A. ve Peterson, L. (1989). Parental problem-solving skills, stress, and dietary compliance in phenylketonuria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (2), 237-241.
- 119.Bucher, J. A., Houtsb, P. S., Nezu, C. M. ve Nezu, A. M. (1999). Improving problem-solving skills of family caregivers through group education. *Journal of Psychosocial Oncology*, 16 (3), 73 -84.

- 120.Sahler, Z., Varni, J. W., Fairclough, D. L., Butler, R. W., Noll, R. B., Dolgin, M. J. ve diğeri. (2002). Problem-solving skills training for mothers of children with newly diagnosed cancer: a randomized trial. *Developmental And Behavioral Pediatrics*, 23, 77-86.
- 121.Çavuşoğlu, H. (2008). Çocuk Sağlığı Hemşireliği II (9 bs.). Ankara: Sistem Ofset.
- 122.Aksayan, S., Bahar, Z., Bayık, A., Emiroğlu, O. N., Erefe, İ. ve Görak, G. (2002). Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri İstanbul: Odak Ofset
- 123.Bowes, S., Lowes, L., Warner, J. ve Gregory, J. W. (2009) Chronic sorrow in parents of children with type 1 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (5), 992-1000.
- 124.Dashiff, C., Hardeman, T., McLain, R. (2008). Parent-adolescent communication and diabetes:an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (2), 140- 162.
- 125.Kathleen, M. H., Juarez, B., Lenss, S. S. ve Guthrie D. (2003). Parent-adolescent communication and support for diabetes management as reported by adolescents with type 1 diabetes. *Issues In Comprehensive Pediatric Nursing*. 26 (3), 145-158.
- 126.Sullivan-Bolyai. S., Grey, M., Deatricks, J., Gruppuso. P., Giraitis. P. Ve Tamborland W. (2004). Helping other mothers effectively work at raising young children with type 1 diabetes. *The Diabetes Educator*, 30 (3), 458-461.
- 127.Şahin, N. H. ve Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği., üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10 (34), 56-73.
- 128.Yıldırım F. ve Conk, Z. (2005). Zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip anne/babaların stresle başa çıkma tarzlarına ve depresyon düzeylerine planlı eğitimin etkisi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (2), 1-10.
- 129.Molu, N.G. (2008). S.Ü Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisinde Duygulanım Bozukluğu Tanısı İle Yatan Hastaların Yakınlarının Sosyal Destek Ve Stresle Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi.Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.

- 130.Genç, F. (2005). Kemoterapi Alan Akciğer Kanseri Hastalarda Görülen Semptomlar ve Başağıkma Tarzları. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- 131.Eker, D., Arkar, H. (1995). Çokboyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10 (34), 45-55.
- 132.Eker, D., Arkar H., Yaldız H. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (1), 17-25.
- 133.Savaşır. I. ve Şahin, N.H. (1997). Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- 134.Mahat, G., Scoloveno, M. A. ve Donnelly, C. B. (2007). Written educational materials for families of chronically ill children. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19 (9), 471-476.
- 135.Wong, D. L., Perry, S., Hockenberry, M., Lowdermilk, D. L. ve Wilson, D. (2006). Maternal Child Nursing Care (3 bs.). St. Louis-Missouri: Mosby Inc.
- 136.Dahlquist, G. ve Källén, B. (2007). School performance in children with type 1 diabetes— a population-based register study. *Diabetologia* 50, 957-964.
- 137.Chien, C. S., Larson, E., Nakamura, N. ve Shio, L. J. (2007). Self-care problems of adolescents with type 1 diabetes in southern taiwan. *Journal of Pediatric Nursing*, 22 (5), 404-409.
138. McCarthy, A. Marie., Tsalikian. E., Lindgren, S., Engvall, J. ve Michelle. A. (2003). Factors associated with academic achievement in children with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 26, 112-117.
- 139.Dickinson, J. K. ve Reilly, M. M. (2004). The lived experience of adolescent females with type 1 diabetes. *The Diabetes Educator* (30), 99.
- 140.Wysocki, Tim., Michael, A., Harris, L., Buckloh, M., Mertlich, D., Lochrie, A. S., Taylor, A. ve diğerleri. (2008). Randomized, controlled trial of behavioral family systems therapy for diabetes: maintenance and generalization of effects on parent-adolescent communication. *Behaviour Therapy*, 39, 33-46.

141. Wysocki, T. (2001). Behaviour therapy for families of adolescents with diabetes. *Diabetes Care*, 24, 441-446.
142. Williams, L. B., Laffel, L. M. ve Hood, K. K. (2009), Diabetes-specific family conflict and psychological distress in paediatric Type 1 diabetes. *Diabetic Medicine* 26, 908-914.
143. Sylvie, N., Idalski, A., Ellis, M., Frey, M. ve Templin., T. (2006). Gender differences in adherence and metabolic control in urban youth with poorly controlled type 1 diabetes: the mediating role of mental health symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, 31 (8), 793-802.
144. Wade, S., Michaud, L. ve Brown, M. T. (2006). Putting the pieces together preliminary efficacy of a family problem-solving intervention for children with traumatic brain injury. *Journal Head Trauma Rehabilitation*, 21 (1), 57-67.
145. Yıldız, A. (2003). Ebeveynin Sorun Çözme Becerisini Geliştirmeye Yönelik Deneysel Bir Çalışma. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
146. Maureen, M., Marisa, E., Fran, R. C. ve Streisand, R. (2010). Supporting parents of very young children with type 1 diabetes: Results from a pilot study. *Patient Education and Counseling*.
147. Smaldone, A. ve Ritholz, M. D. (2010). Perceptions of parenting children with type 1 diabetes diagnosed in early childhood. *Journal of Pediatric Health Care*.
148. Tasamparli, A. ve Kounenou, K. (2004). The Greek family system when a child has diabetes mellitus type 1. *Acta Paediatrica*, 93, 1646-1653.

EKLER**EK 1****Demografik Veri Formu**

Adı Soyadı:

Adresi:

1. Annenin eğitimi:

1. ilkokul mezunu
2. ortaokul mezunu
3. lise mezunu
4. yüksekokul mezunu

2. Annenin yaşı:

3. Annenin mesleği:

4. Medeni durumu:

5. Aile tipi:

1. Çekirdek aile
2. Geniş aile
3. Parçalanmış aile

6. Ailedeki çocuk sayısı:

- 1 çocuk
- 2 çocuk
- 3 ve daha fazla çocuk

7. Sosyal güvenceniz a)Evet b)Hayır

8. Ailenizin gelir düzeyi:

- a) Asgari ücretin altı
- b) Asgari ücretin üstü

9. Çocuğunuzun hastalığının size getirdiği ek ekonomik güçlükler var mı?

- a) Evet b) Hayır

10. Yanıtınız evet ise ne tür güçlükler var?

11. Tip 1 diyabetle ilgili bir derneğe veya gruba üye misiniz?

- a) Evet b) Hayır (Açıklayınız)

Adölesana İlişkin Bilgiler

1. Çocuğunuzun yaşı:
 2. Çocuğunuzun cinsiyeti: a)K b)E
 3. Çocuğunuzun öğrenim durumu:
 4. *Diyabet tanısı aldığı yaş:
 5. *Kaç yıldır diyabet hastası:
 6. *Şu anda uygulanan insülin tedavi şeması nedir?
a)Çoklu insülin uygulaması b)İnsülin Pompası
 7. (Eğer birden fazla çocuğu varsa sorulacak)
- Tip 1 diyabetli başka çocuğunuz var mı?
8. Evet ise; cinsiyeti ve yaşı:
 9. Çocuğun son bir yıl içindeki HgbA1C düzeyleri
- * 4, 5 ve 9 no' lu soruların yanıtları hastane kayıtlarından öğrenilecektir.

EK 2

Tip 1 Diyabetli Adölesana Sahip Annelerin Yaşadıkları Sorunlara İlişkin Veri Toplama Formu

1. Çocuğunuza diyabet tanısı konduktan sonra eşinizle olan ilişkileriniz etkilendi mi?
a)Evet Açıklar mısınız? b)Hayır
2. Çocuğunuza diyabet tanısı konduktan sonra arkadaş/komşuluk ilişkileriniz etkilendi mi?
a)Evet Açıklar mısınız? b)Hayır
3. (Birden fazla çocuğu olanlara sorulacaktır) Çocuğunuza diyabet tanısı konduktan sonra çocuk/çocuklarınızla ilişkileriniz etkilendi mi?
a)Evet Açıklar mısınız? b)Hayır
4. Adölesan döneminde çocuğunuzun daha önce gösterdiği davranışlarından farklı davranışlar gösterdiği oldu mu? Açıklar mısınız?
a)Evet Açıklar mısınız? b)Hayır
5. Çocuğunuzla bu dönemde hastalığın tedavisine ilişkin sorunlar yaşıyor musunuz? (evde ve dışarıda okul, arkadaş çevresi, tatil yaşanan sorunlar)
a)Evet Açıklar mısınız? b)Hayır
6. Çocuğunuzla hastalığın dışında başka sorunlar yaşıyor musunuz?
a)Evet Açıklar mısınız? b)Hayır
7. Çocuğunuzla iletişimde sorunlar yaşıyor musunuz?
a)Evet Açıklar mısınız? b)Hayır
8. Yaşadığınız bu sorunlarla baş etmek için neler yapıyorsunuz? (günlük yaşadığı çevredeki kişiler, profesyonel destek vb.)

9. Bu sorunlarla baş etmede kullandığınız yöntemler stresinizi azaltmakta yararlı oldu mu/oluyor mu?

- a) Evet b) Hayır c) Bazen

10. Son bir yılda çocuğunuzun hastalığı nedeniyle hastaneye başvurdunuz mu?

- a) Evet (Sayı belirtiniz) b) Hayır

Neden?

11. Son bir yılda çocuğunuzun hastalığına bağlı ortaya çıkan herhangi bir sorun nedeniyle acil servise başvurdunuz mu?

- a) Evet (Sayı belirtiniz) b) Hayır

Neden?

12. Çocuğunuzun hastalığı nedeniyle okulda yıl kaybetti mi?

- a) Evet b) Hayır

13. Çocuğunuzun okul başarısını nasıl buluyorsunuz?

14. Sizce çocuğunuzun hastalığı okul başarısını etkiliyor mu?

- a) Evet Açıklar mısınız? b) Hayır

15. Çocuğunuzun arkadaşları ile ilişkilerini nasıl buluyorsunuz?

16. Sizce çocuğunuzun hastalığı arkadaş ilişkilerini etkiliyor mu?

- a) Evet Açıklar mısınız? b) Hayır

17. Çocuğunuz kendisi ile ilgili kararlar verebiliyor mu?

- a) Evet (Belirtiniz) b) Hayır (Neden)

18. Çocuğunuz ailede alınan kararlara katılıyor mu?

- a) Evet (Belirtiniz) b) Hayır (Neden)

19. Çocuğunuzun aile içinde sorumluluğı var mı?

a)Evet (Belirtiniz)

b)Hayır (Neden)

20. Çocuğunuzun hastalığına yönelik olarak aşağıdakilerden hangisini yapıyorsunuz?

a)Evet

b)Hayır (Kim yapıyor)

21. Çocuğunuzun geleceğine yönelik hedefleriniz var mı?

a)Evet (Belirtiniz)

b)Hayır (Neden)

22.Çocuğunuzun hastalığı bu hedeflerde bir değişikliğe neden oluyor mu?

a)Evet (Belirtiniz)

b)Hayır

23. Çocuğunuzun hastalığı nedeniyle geleceğe ilişkin herhangi bir endişeniz var mı?

a)Evet (Belirtiniz)

b)Hayır

EK 3. Annelerin Tip 1 Diyabet Hakkındaki Bilgilerini Değerlendirme Formu

	1. Ziyaret	7. Ziyaret
Tip 1 Diyabet Hakkındaki Bilgiler		
Glikoz Nedir?		
Glikoz vücudumuz için temel enerji kaynağıdır		
İnsülinin Görevi Nedir?		
Şekerin kan hücrelere geçmesini sağlar		
İnsülin Nereden Salgılanır?		
İnsülin hormonu pankreastan salgılanır		
Tip 1 Diyabet nedir? Açıklar mısınız?		
Pankreas kan dolaşımına insülin veremez ve glikoz vücutta kullanılamaz		
Tip 1 Diyabetin belirtileri nelerdir?		
Açlık Hissi		
Çok İdrara Çıkma		
Çok Su İçme		
Kilo Kaybı		
İnsülin uygulaması hangi bölgelere yapılır?		
(Bu sorunun yanıtı şekil üzerinde değerlendirilecektir)		
İnsülin uygulaması sırasında dikkat edilmesi gerekenler nelerdir?		
Her iki uygulama arası fark 1,5-2 cm olmalıdır		
İnsülin uygulaması aynı bölgeye sürekli olarak yapılmamalıdır		
Eller sabunlu su ile yıkanmalıdır		
İnsülin dozunun doğruluğu kontrol edilmelidir		
Eğer buzdolabında saklanıyorsa oda ısısına gelmesi beklenir		
İnsülin enjeksiyonu zayıf ve küçük çocuklarda 45°, diğerlerinde ise 90° açı ile insülin uygulaması yapılır		
Eğer çocuk zayıfsa enjeksiyon bölgesindeki deri yavaşça gerdirilir Çocuk kilolu ise enjeksiyondan önce deri iki parmak arasında kavranır		
Enjeksiyondan sonra kısa bir süre için pamuğun enjeksiyon bölgesi üzerinde tutulur ve masaj yapılmaz		
Her enjeksiyondan sonra yapılan insülin miktarı kaydedilir		
Kan şekerinin düşmesi (hipoglisemi) nedir?		
Kan şekerinin 60 mg/dl ya da altına düşmesidir		
Kan şekeri hangi durumlarda düşer?		
Fazla insülin yapılması		
İnsülinin normalden hızlı emilmesi		
Öğünlerin atlanması		
Yeterli besin almadan aktivitelerin artırılması		
Gastroenterit ya da kusma		
Kan şekerinin düşmesi (hipoglisemi) nin belirtileri nelerdir?		
Halsizlik		

Açlık hissi		
Huzursuzluk		
Baş dönmesi		
Baş ağrısı		
Kan şekeri düştüğünde ne yapılmalıdır?		
Bilinci yerindeyse şeker içeren sıvılar veya şeker verilebilir		
Kan şekerinin yükselmesi (hiperglisemi) nedir?		
Kan şekeri düzeyinin normal sınırların üstüne (200mg/dl) çıkmasıdır		
Kan şekeri hangi durumlarda yükselir?		
Aşırı besin alımı		
Yetersiz insülin yapma		
Fiziksel aktivitede azalma		
Stres		
Hastalık		
Menstruasyon (Adet Dönemi)		
Şeker hastalığının uzun dönem komplikasyonları nelerdir?		
Görme sorunları		
Böbrek sorunları		
Duyu sorunları		
Uzun dönem komplikasyonlardan korunmak için neler yapılmalıdır?		
Kontrollere düzenli olarak gelinmelidir		
İnsülin ve enerji miktarının yeniden düzenlenmesi gereken durumlar bilinmelidir		
Kan şekeri düzeyinin istenilen düzeyde olması sağlanmalıdır		
İnsülin ve enerji miktarı hangi durumlarda yeniden düzenlenmelidir?		
Stres		
Hastalık		
Büyüme		
Adölesanlık		
Ameliyat		
Menstruasyon (Adet Dönemi)		
Egzersiz diabetin yönetiminde nasıl bir etkisi vardır?		
Adölesanın kendisini daha iyi hissetmesini sağlar		
Kardiyovasküler sağlığı korur (gelişebilecek kalp ve damar hastalıkları sorunlarını önler)		
Vücuttaki yağ dokusunun azalmasını sağlar (kilo alımını önler)		
Kan şekerinin istenilen düzeyde olmasını sağlar		
Günlük insülin dozunun azalmasını sağlar		
Egzersiz hangi durumlarda yapılabilir?		
Kan-glikoz düzeyi 200mg/dl'nin altında olduğunda		
İdrarda keton yoksa		
Kan şekeri glukometre nasıl ölçülür?		
Parmaktan kan alınmadan önce kan miktarının yeterince olmasını sağlamak için eller sıcak suyla yıkanır.		

Deriyi temizlemek için alkol kullanılmaz.		
Enfeksiyon gelişmesini önlemek için lanset sadece bir kez kullanılır.		
Parmağı deldikten sonra kanın daha kolay damlaması için parmak aşağıya sarkıtılır		
Alınan kan test şeridine damlatılır ve sonuç önerilen sürede okunur		
Diyabetik ketoasidoz nedir?		
Kan şekerinin çok uzun süre yüksek düzeyde olmasından kaynaklanan bir durumdur		
Diyabetik ketoasidoz belirtileri nelerdir?		
Ağızda aseton kokusu		
Zor soluk alıp verme		
Kusma		
İdrarda keton görülmesi		
Çok susama çok idrara çıkma		
Diyabetik ketoasidoz nedenleri nelerdir?		
İnsülin dozunun eksik yapılması		
Beslenme ve aktivite planına uyulmama		
Stres		
Hastalık		
Hangi durumlarda idrarda keton bakılması gerekir?		
Kan glikozu 240 mg/dl'yi aştığında		
Grip, soğuk algınlığı veya enfeksiyon		
Stres		

EK 4. STRESLE BAŞAÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla uygunluk derecesini işaretleyin.

uygun		Sizi ne kadar tanımlıyor / Size ne kadar			
BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA		Hiç Uygun değil	Uygun değil	Uygun	Tamamen uygun
1	Kimsenin bilmesini istemem				
2	İyimser olmaya çalışırım				
3	Bir mucize olmasını beklerim				
4	Olayı/olayları büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışırım				
5	Başa gelen çekilir d iye düşünürüm				
6	Sakin kafayla düşünmeye ve öfkelenmemeye çalışırım				
7	Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim				
8	Olayın değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım				
9	İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem				
10	Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde hissederim.				
11	Olanları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12	Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13	İş olacağına varır diye düşünürüm				
14	Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bu yolda uğraşırım				
15	Problemin çözümü için adak adarım				
16	Her şeye yeniden başlayacak gücü bulurum				
17	Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım				
18	Olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				
19	Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.				

Sizi ne kadar tanımlıyor / Size ne kadar uygun					
BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA		Hiç Uygun değil	Uygun değil	Uygun	Tamamen uygun
20	Problemi adım adım çözmeye çalışırım				
21	Mücadeleden vazgeçerim				
22	Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23	Hakkımı savunabileceğine inanırım				
24	Olanlar karşısında kaderim buymuş derim				
25	Keşke daha güçlü bir insan olsaydım diye düşünürdüm				
26	Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim				
27	Benim suçum ne diye düşünürüm				
28	Hep benim yüzümden oldu diye düşünürüm				
29	Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30	Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır				

EK 5. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

2. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcıyı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

EK 6. PROBLEM ÇÖZME ENVANTERİ

Bu envanterin amacı, günlük yaşantınızdaki problemlerinize (sorunlarınıza) genel olarak nasıl tepki gösterdiğinizizi belirlemeye çalışmaktır. Sözü ettiğimiz bu problemler, matematik ya da fen derslerindeki alışmış olduğumuz problemlerden farklıdır. Bunlar, kendini karamsar hissetme, arkadaşlarla geçinmeme, bir mesleğe yönelme konusunda yaşanan belirsizlikler ya da boşanıp boşanmama gibi karar verilmesi zor konularda ve hepimizin başına gelebilecek türden sorunlardır. Lütfen aşağıdaki maddeleri elinizden geldiğince samimiyetle ve bu tür sorunlarla karşılaştığınızda tipik olarak nasıl davrandığınızı göz önünde bulundurarak cevaplandırın. Cevaplarınızı, bu tür problemlerin nasıl çözülmesi gerektiğini düşünerek vermeniz gerekmektedir. Bunu yapabilmek için kolay bir yol olarak her soru için kendinize şu soruyu sorun: “Burada sözü edilen davranışı ben ne sıklıkla yaparım?”

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. Her zaman böyle davranırım | 4. Arada sırada böyle davranırım |
| 2. Çoğunlukla böyle davranırım | 5. Ender olarak böyle davranırım |
| 3. Sık sık böyle davranırım | 6. Hiçbir zaman böyle davranmam |

	Ne kadar sıklıkla böyle davranırsınız?					
	Her Zaman				Hiçbir Zaman	
1. Bir sorunumu çözmek için kullandığım çözüm yolları başarısız ise bunların neden başarısız olduğunu araştırmam.	1	2	3	4	5	6
2. Zor bir sorunla karşılaştığımda ne olduğunu tam olarak belirleyebilmek için nasıl bilgi toplayacağım uzun boylu düşünmem.	1	2	3	4	5	6
3. Bir sorunumu çözmek için gösterdiğim ilk çabalar başarısız olursa o sorun ile başa çıkabileceğimden şüpheye düşerim.	1	2	3	4	5	6
4. Bir sorunumu çözdükten sonra bu sorunu çözerken neyin işe yaradığını, neyin yaramadığını ayrıntılı olarak düşünmem	1	2	3	4	5	6
5. Sorunlarımı çözme konusunda genellikle yaratıcı ve etkili çözümler üretebilirim.	1	2	3	4	5	6

	Ne kadar sıklıkla böyle davranırsınız?					
	Her Zaman				Hiçbir Zaman	
6.Bir sorunumu çözmek için belli bir yolu denedikten sonar durur ve ortaya çıkan sonuç ile olması gerektiğini düşündüğüm sonucu karşılaştırırım	1	2	3	4	5	6
7.Bir sorunum olduğunda onu çözebilmek için başvurabileceğim yolların hepsini düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5	6
8.Bir sorunla karşılaştığımda neler hissettiğimi anlamak için duygularımı incelerim.	1	2	3	4	5	6
9.Bir sorun kafamı karıştırdığında duygu ve düşüncelerimi somut ve açık –seçik terimlerle ifade etmeye uğraşmam.	1	2	3	4	5	6
10.Başlangıçta çözümünü farketmesem de sorunlarımın çoğunu çözmeye yeteneğim vardır.	1	2	3	4	5	6
11.Karşılaştığım sorunların çoğu, çözebileceğimden daha zor ve karmaşıktır.	1	2	3	4	5	6
12.Genellikle kendimle ilgili kararları verebilirim ve bu kararlardan hoşnut olurum.	1	2	3	4	5	6
13.Bir sorunla karşılaştığımda onu çözmek için genellikle aklıma gelen ilk yolu izlerim.	1	2	3	4	5	6
14.Bazen durup sorunlarım üzerinde düşünmek yerine gelişigüzel sürüklenip giderim.	1	2	3	4	5	6
15.Bir sorunla ilgili olası bir çözüm yolu üzerinde karar vermeye çalışırken seçeneklerimin başarı olasılığını tek tek değerlendirmem	1	2	3	4	5	6
16. Bir sorunla karşılaştığımda, başka konuya geçmeden önce durur ve o sorun üzerinde düşünürüm.	1	2	3	4	5	6
17. Genellikle aklıma ilk gelen fikir doğrultusunda hareket ederim.	1	2	3	4	5	6
18. Bir karar vermeye çalışırken her seçeneğin sonuçlarını ölçer, tarar, birbirleriyle karşılaştırır, sonra karar veririm.	1	2	3	4	5	6
19. Bir sorunumu çözmek üzere plan yaparken o planı yürütebileceğime güvenirim.	1	2	3	4	5	6
20. Belli bir çözüm planını uygulamaya koymadan önce,nasıl bir sonuç vereceğini tahmin etmeye çalışırım.	1	2	3	4	5	6
21. Bir soruna yönelik olası çözüm yollarını düşünürken çok fazla seçenek üretmem.	1	2	3	4	5	6
22. Bir sorunumu çözmeye çalışırken sıklıkla kullandığım bir yöntem; daha önce başıma gelmiş benzer sorunları düşünmektir.	1	2	3	4	5	6

	Ne kadar sıklıkla böyle davranırsınız?					
	Her Zaman				Hiçbir Zaman	
23. Yeterince zamanım olur ve çaba gösterirsem karşılaştığım sorunların çoğunu çözebileceğime inanıyorum.	1	2	3	4	5	6
24. Yeni bir durumla karşılaştığımda ortaya çıkabilecek sorunları çözebileceğime inancım vardır.	1	2	3	4	5	6
25. Bazen bir sorunu çözmek için çabaladığım halde bir türlü esas konuya giremediğim ve gereksiz ayrıntılarla uğraştığım duygusunu yaşarım.	1	2	3	4	5	6
26. Ani kararlar verir ve sonra pişmanlık duyarım.	1	2	3	4	5	6
27. Yeni ve zor sorunları çözebilme yeteneğine güveniyorum.	1	2	3	4	5	6
28. Elimdeki seçenekleri karşılaştırırken ve karar verirken kullandığım sistematik bir yöntem vardır	1	2	3	4	5	6
29. Bir sorunla başa çıkma yollarını düşünürken çeşitli fikirleri birleştirmeye çalışmam.	1	2	3	4	5	6
30. Bir sorunla karşılaştığımda bu sorunun çıkmasında katkısı olabilecek benim dışımdaki etmenleri genellikle dikkate almam.	1	2	3	4	5	6
31. Bir konuyla karşılaştığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, durumu gözden geçirmek ve konuyla ilgili olabilecek her türlü bilgiyi dikkate almaktır.	1	2	3	4	5	6
32. Bazen duygusal olarak öylesine etkilenirim ki, sorunumla başa çıkma yollarından pek çoğunu dikkate bile almam.	1	2	3	4	5	6
33. Bir karar verdikten sonra, ortaya çıkan sonuç genellikle benim beklediğim sonuca uyar.	1	2	3	4	5	6
34. Bir sorunla karşılaştığımda, o durumla başa çıkabileceğimden genellikle pek emin değilimdir.	1	2	3	4	5	6
35. Bir sorunun farkına vardığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, sorunun tam olarak ne olduğunu anlamaya çalışmaktır.	1	2	3	4	5	6

EK 7. TİP 1 DİYABETLİ ADÖLESANLARIN ANNELERİNE YÖNELİK HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

Annenin Adı-Soyadı:.....

Hemşirelik Tanısı: Anne ve Adölesan Arasındaki İletişimde Bozulma

İlişkili Faktör	Tanımlayıcı Özellikler	Hedefler	Hemşirelik Girişimleri
Annenin adölesanla iletişim problemlerinin olması	1. Annenin adölesanla sık sık tartışma yaşadıklarını ifade etmesi 2. Annenin adölesanla konuşmadığını ifade etmesi 3. Annenin adölesanın kendisini dinlemediğini ifade etmesi	1. Anne adölesanla kurduğu iletişim özelliklerini fark edecek 2. Anne adölesanla yaşadığı iletişim sorunlarının nedenlerini bilecek 3. Anne etkin dinleme özelliklerini bilecek 4. Anne adölesanla sağlıklı iletişim kurmanın yollarını bilecek 5. Anne ben dilini kullanabilecek 6. Anne ve adölesan arasındaki iletişim problemleri azalacak/ortadan kalkacak	1. Anneye adölesan dönemi özellikleri anlatılarak iletişim problemleri ve dönemi özellikleri arasındaki ilişkiyi anlamasını sağlamak 2. Anne ve adölesanın iletişimlerini gözlemek 3. Annenin adölesanla kurduğu iletişimde olumlu yönlerini onaylamak/vurgulamak 4. Annenin adölesanla kurduğu iletişim örüntüsü ile ilgili farkındalık geliştirmesini sağlamak 5. Anneye adölesanla yaşadığı iletişim sorunlarının (çatışmaların) nedenlerini anlatmak 6. Anne ile birlikte olumlu iletişim teknikleri ile ilgili uygulamalar yapmak 7. Anne ile birlikte etkin dinleme örnekleri ile ilgili uygulamalar yapmak 8. Anneye ben dili kullanmanın yararlarını anlatmak 9. Anneye iletişim ile ilgili (Ben Dili Kullanımı) egzersiz vererek bir sonraki ziyarette sonuçları değerlendirmek 10. Anneye etkin dinlemenin önemini anlatmak 11. Adölesanla kurulacak olumlu iletişim örüntüsünün adölesanla iyi bir iletişime sahip olmanın hastalığın metabolik kontrolünde ve adölesanın gelişimindeki önemini vurgulamak 12. Tekrarlı ziyaretlerde annenin adölesanla iletişim ile ilgili bilgi ve uygulama düzeyini kontrol etmek/eksiklikleri

			tamamlamak
Ziyaretler			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Annenin Adı-Soyadı:.....

Hemşirelik Tanısı: Ebeveynlikte Yetersizlik

İlişkili Faktör	Tanımlayıcı Özellikler	Hedefler	Hemşirelik Girişimleri
Annenin aşırı koruyucu/kollayıcı bir tutum içinde olması	1.Annenin destekleyici olmayan ebeveynlik davranışlarını göstermesi/ifade etmesi 2.Annenin adölesanın arkadaş ilişkilerini sınırlaması 3.Annenin hastalığın yönetimini(tedavi ve bakımını) sadece kendisinin yapması 4.Adölesanın aile içi kararlara katılmaması/sorumluluk almaması 5.Adölesanın hastalığı ile ilgili kararlara katılmaması/sorumluluk almaması	1.Anne ebeveynlik becerilerini geliştirecek 2.Anne adölesanın sosyalleşmesine izin verecek (arkadaşları ile olan ilişkilerini destekleyecek) 3.Anne adölesanın öz bakım becerileri doğrultusunda diyabetin yönetimindeki sorumlulukları adölesana verecek	1.Eğitime adölesan döneminde Tıp 1 diyabetli bir annenin ve adölesanın ifadesi ile başlanarak konuya farkındalık geliştirmesini sağlamak 1.Annenin adölesanla olan ilişkisini aşırı koruyucu kollayıcı tutumları açısından ev ziyaretleri süresince gözlemek 2.Annenin ebeveynlikte olumlu yönlerini desteklemek 3. Ebeveynlikle ilgili her zamanki ya da son zamanlarda karşılaşılan stresleri paylaşması için cesaretlendirmek 4.Olumlu ebeveynlik teknikleri tartışmak 5.Adölesana sevildiğini iletmesi ve sevgisini göstermesinin önemini tartışmak 6.Adölesanın arkadaşları ile bir arada zaman geçirmesinin önemini tartışmak 7.Adölesanın sorumluluk verilmesi ve kendisi hakkındaki kararlara katılımının desteklenmesinin önemini tartışmak 8. Anneyi adölesana sorumluluk vermesi ve cesaretlendirmesi için desteklemek 9.Adölesana karşı aşırı koruyucu/kollayıcı olmamasının önemini vurgulamak 10.Annenin kendi ebeveynlik tutumlarının farkına varmasını sağlamak 11. Aşırı koruyucu/kollayıcı davranışların adölesan

			tarafından nasıl algılandığını anlatmak 12.Aşırı koruyucu/kollayıcı davranışların adölesan için sonuçlarını açıklamak 13.Anne ile birlikte adölesanın öz bakım becerilerini değerlendirmek 14.Anneye adölesanın diyabetle ilgili uygulamaları bir gün sadece adölesana yaptırması ve sonuçlarını değerlendirerek hastalığa ilişkin sorumluluk paylaşımı konusunda bilgi vermek
Ziyaretler			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Annenin Adı-Soyadı:.....

Hemşirelik Tanısı: Tip 1 Diyabet Hakkında Bilgi Eksikliği

İlişkili Faktör	Tanımlayıcı Özellikler	Hedefler	Hemşirelik Girişimleri
Bilgi eksikliği	1.Annenin bilgi eksikliğini sözel olarak ifade etmesi/bilgi istemesi 2.Annenin hastalık ile ilgili yanlış bilgi belirtmesi 3.Annenin hastalık ile ilgili eksik bilgi belirtmesi	Annede tip 1 diyabetle ilgili bilgi eksikliği olmayacak 1. Anne tip 1 diyabetin ne olduğunu bilecek 2. İnsülin uygulamasının yapılacağını tüm bölgeleri şekil üzerinde gösterecek 3. İnsülin uygulaması sırasında dikkat edilmesi gerekenlerin tamamını sayabilecek 4. Kan şekerinin hangi durumlarda düştüğünü bilecek 5. Kan şekeri hangi durumlarda yükseldiğini bilecek 6. Hipoglisemi belirtilerini bilecek 7. İnsülin ve enerji miktarının düzenlenmesi gereken durumları bilecek 8. Tip 1 diyabetin kısa ve uzun dönem komplikasyonlarını sayabilecek 9. Tip 1 diyabetin komplikasyonlarından korunma için yapılması gerekenleri bilecek 10. Tip 1 diyabetin yönetiminde egzersizin etkilerini bilecek 11. Diyabetik ketoasidoz belirtilerini sayabilecek 12. İdrarda keton bakılması gereken durumları bilecek 13. Diyabetik ketoasidoz nedenleri ve belirtilerini bilecek	1.Anneye bilgi eksikliği olan konularda sözel bilgi sağlamak, 2.Anneye gereksinimi olduğunda okuyabileceği yazılı kaynak (eğitim kitapçığı) sağlamak 3.Tekrarlı ziyaretlerde annenin hastalıkla ilgili bilgi düzeyini kontrol etmek/eksiklikleri tamamlamak Eğitim Konuları; 1.Tip 1 Diyabet nedir/tanım/hastalık süreci 2.Tip 1 Diyabetin nedenleri 3.Hipoglisemi, hipoglisemi ve ketoasidoz belirtileri ve geliştiğinde yapılması gerekenler 4.Diyabetin uzun dönem komplikasyonları 5.İnsülin uygulamasının yapıldığı bölgeler 6.İnsülin uygulaması sırasında dikkat edilmesi gerekenler 7.İdrarda keton ölçümü 8.Kan şekerinin glukometre ile ölçülmesi 9.Egzersiz diyabetin yönetimindeki etkisi

		14. Kan şekerinin glukometre ile ölçülmesini bilecek 15. İnsülin ve enerji miktarının düzenlenmesi gerekten durumları bilecek	
Ziyaretler			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Annenin Adı-Soyadı:.....

Hemşirelik Tanısı: Stresle Başetmede Yetersizlik

İlişkili Faktör	Tanımlayıcı Özellikler	Hedefler	Hemşirelik Girişimleri
Tip 1 diyabetli bir çocuğa sahip olma	1.Annenin yaşadığı sorun/stresörlerle baş edemediğini ifade etmesi veya yardım istemesi 2.Annenin kronik endişe ve anksiyete yaşaması 3.Annenin uygun olmayan stresle baş etme yöntemleri kullanması 4.Annenin çocuğunun hastalığından dolayı kendini ve diğer kişileri suçlaması	1.Stresle etkili şekilde baş edebilecek 2.Kendi stres tepki ve kaynakları fark edecek 3.Stresle etkili başa çıkma becerilerini öğrenecek 4. Belirlediği bir probleme ilişkin olası çözüm seçeneklerini belirleyebilecek ve problem çözme sürecini kullanabilecek	1.Hemşirelik girişimleri sırasında anne dikkatlice dinlenecek mimikleri, el hareketleri, göz teması, vücut pozisyonu ve ses tonu gözlenecektir) 2.Annenin stresli, gergin hissetmesine neden olan durumları belirlemek 3.Anneye stres karşısında neler yaptığını sormak 4.Stres yaratan durum ve tepkiler incelenerek tepkilerini tanıması sağlamak 5.Tip 1 diyabetli bir adölesana sahip olmanın yarattığı stresler ve anneler üzerindeki etkisini tartışmak 6.Anneye stresle duygusal ve probleme yönelik baş etme biçimleri ve bunların bireyler üzerindeki etkilerini anlatmak 7.Annenin kullandığı baş etme yöntemlerini etkinlik açısından tartışmak 8.Etkili baş etme yöntemlerini desteklemek ve olumsuz (sigara içme, ilaç kullanma gibi) olanların yerine konabilecek alternatif yöntemler önermek <i>Durumu algılama</i> 9. Ev ziyaretleri sırasında annelerin sahip oldukları yanlış bilgileri düzeltmek (Örn: Tip 1 diyabet, adölesan dönemi özellikleri vb) 10.Yanlış bilgiye sahip olmanın yanlış algılamaya bu durumun da strese neden olabileceğini

			anlatmak 11. Annelere hatalı düşünceler listesi örneği verilerek kendi hatalı düşüncelerine farkındalık geliştirmesini sağlamak 12. Annenin problemleri yapıcı bir tavırla çözmesi için problem çözme basamaklarını öğretmek - Tip 1 diyabetli adölesanın annesinin şu anda yaşamlarında var olan (hastalığa ya da yaşamlarındaki diğer durumlara bağlı) bir problemi seçip anlatması istenir. - Daha sonra bir problemin nasıl tanımlanacağı ve öncelikli sorunun nasıl belirleneceği nereden başlanacağı, temel sorunun ne olduğu aktarılır. - Problemin özelliklerini saptaması sağlanır. - Herhangi bir değerlendirme yapmadan her çözümü sıralaması sağlanır - Bir önceki basamakta sıraladığı çözüm yollarını değerlendirmesi sağlanır. - Kendine yardım etkinliği olarak problemlerine yönelik problem çözme basamaklarını göz önünde bulundurarak alternatiflerini ortaya koymaları, bir karar vermeleri ve verdikleri kararı uygulamaya
--	--	--	--

			koyamak için zaman belirlemeleri istenir Bir sonraki ziyarette sonuçlar değerlendirilir. g) Uygulamada kaydettikleri gelişmeler, karşılaşılan güçlükler ve nedenleri ve bu konuda yapılabilecekler tartışılır. Annelerden hedeflerine ne kadar ulaştıklarını yüzde (%) olarak ya da 1-10 arası somutlaştırarak ifade etmeleri istenir. h) Stresi azaltıcı aktivitelerin uygulanmasını desteklemek i) Annelere olumsuz düşünce örnekleri üzerinden olumlu düşünmenin stresle baş etmedeki önemi anlatmak
Ziyaretler			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Annenin Adı-Soyadı:.....

Hemşirelik Tanısı: Sosyal Destekte Azalma

İlişkili Faktör	Tanımlayıcı Özellikler	Hedefler	Hemşirelik Girişimleri
Annenin sosyal desteğinin az olması	1. Annenin destekleyici ilişkiler kuramadığını ve/veya sürdüremediğini ifade etmesi 2. Annenin sosyal ağ ile ilgili doyumsuz olması 3. Annenin reddedilmişlik duygularını ifade etmesi 4. Annenin diyabetle ilgili herhangi bir derneğe veya gruba üye olmaması	1. Anne stresle başetme ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi fark edecek 2. Anne çocuğunun Tip 1 diyabet olması nedeniyle oluşan strese bağlı sosyal izolasyon, hastalığa ve tedaviye uyum gibi sorunlarında sosyal desteğin önemini kavrayacak 3. Anne kullandığı sosyal destek biçimlerini fark edecek 4. Anne gereksinim halinde sosyal destek kaynaklarını harekete geçirmeyi öğrenecek 5. Anne çevresinde kendisine destek olabilecek kişilere karşı farkındalık geliştirecek	1. Tip 1 diyabetli bir çocuğa sahip olmanın neden olduğu psikolojik ve sosyal sorunlar nelerdir?” sorusu ile giriş yaparak annelerin yaşantılarını paylaşması için ortam hazırlamak 2. Tip 1 diyabetli bir adölesanla birlikte yaşarken karşılaşılabilecek sorunlara yönelik ne tür sosyal destek sağlanabileceğini tartışmak 3. Annenin sosyal destek olanaklarını belirlemek 4. Annenin kullandığı sosyal desteğin nedenleri, sonuçları ve çocuğun ve kendilerinin stresle baş edebilmeleri ve hastalığa uyumları üzerindeki etkisi üzerinde tartışmak 5. Annenin kullandığı sosyal destek biçimlerini fark etmesini ve gereksinim halinde bunları harekete geçirebilmeyi öğrenmesini sağlamak 6. Anneyi hemşirelik girişimleri sırasında aktif olarak dinleyerek ve empati yapılarak duygusal destek sağlamak 7. Anneye hemşirelik girişimleri sırasında destek sunmak *Yaşadığı duyguların gerçekten güç

			olduğunu belirtmek *Anne kötümser olduğunda, daha ümitli ve gerçekçi bir bakış açısı sağlamaya çalışmak 8.Anneye bilgisel destek olarak hazırlanan kitapçığı vermek 9.Anneye Tip 1 diyabetli çocuklarla ilgili dernekler konusunda bilgi vermek ve üye olmaları konusunda cesaretlendirmek 10.Anneye bilgisel destek olarak adölesan dönemine ilişkin kitaplar önermek 11. Anneler için ev ziyaretleri dışında da ulaşılabilir olarak duygusal ve bilgisel destek olmak
Ziyaretler			
1.			
2.			
3.			
4			
5.			

Annenin Adı-Soyadı:.....

Hemşirelik Tanısı: Annenin Adölesanla Hastalığın Yönetimine İlişkin Sorun Yaşaması

İlişkili Faktör	Tanımlayıcı Özellikler	Hedefler	Hemşirelik Girişimleri
Adölesanın Tip 1 diyabet olması	1.Annenin adölesanın okulda tedavisini yapmadığını ifade etmesi 2.Annenin adölesanın hastalığın yönetimine ilişkin uygulamaları yapmadığını ifade etmesi 3.Annenin adölesanın düzenli kontrollere gitmek istemediğini ifade etmesi	1. Annenin adölesanla hastalığın yönetimine ilişkin yaşadığı sorunlar azalacak/ortadan kalkacak	1.Anneye adölesan döneminin özellikleri anlatmak 2.Anneye adölesan dönemi özellikleri ile görülebilecek sorunlar arasında ilişki kurmasını sağlamak 3.Anneye Tip 1 diyabetin adölesan dönemindeki birey üzerindeki etkileri konusunda bilgi vermek 4.Annenin bu dönemde adölesanla yaşadığı sorunları ifade etmesi yönünde desteklemek 5.Adölesanla yaşanan sorunların çözümünde adölesanla iletişimin önemini tekrar vurgulamak (Örn: Adölesanın tedavisini yapmadığını gördüğümüzde suçlayıcı bir tavır yerine ben dili kullanımının önemini vurgulamak) 6.Adölesan okulda tedavisini uygulamıyorsa anne ile sorunun nedenlerini tartışmak 7.Anneye sorunun çözümü için yapılabilecekleri anlatmak 8. Adölesana bir birey olarak davranmanın önemini anlatmak (Çoğu kez anneler çocuklarını diyabet olarak gördükleri ve bireyselliklerini dikkate almadıkları için)

			9.Anneyle diyet uygulamaları yapan adölesanın hastalığın yönetimini uygun şekilde yapması konusunda yapılabilecekleri tartışmak
Ziyaretler			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

EK 8. EĞİTİM KİTAPÇIĞI

**DIYABET ve ERGENLİK
ANNELER İÇİN REHBER**

ÇOCUĞUMUN TİP 1 DİYABET OLMASI AİLEMİZİ NASIL ETKİLER?

Tip 1 diyabet sadece hasta olan bireyi değil tüm aileyi etkileyen bir durumdur. Çocuğun Tip 1 diyabet tanısı alması aile bireylerinin önceliklerinde, görevlerinde, sorumluluklarında ve ilişkilerinde değişikliklere yol açar.

TİP 1 DİYABET ÇOCUĞUMU NASIL ETKİLER?

Ergenlik dönemi Tip 1 diyabetin etkilerinin daha yoğun bir şekilde yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde ergen;

- ✓ Gelecek hakkında planlar yapar
- ✓ Fiziksel değişikliklere uyum sağlamaya çalışır
- ✓ Bağımsızlığını kazanmaya başlar
- ✓ Kişiliğini/kimliğini geliştirir
- ✓ Bu dönemde arkadaş ilişkileri ve bir arkadaş grubuna ait olmak çok önemlidir.

Ancak Tip 1 diyabet ergenin geleceğe ilişkin planlarının değişmesine, bağımsızlığının tehdit altına girmesine neden olabilir. Hastalığı nedeniyle kendisini akranlarından farklı olarak hissetmesi, kendine olan güven duygusunun kaybına ve aşağılık duygusuna neden olabilir. Bu duygular da ergenin arkadaşları ile ilişkilerini sınırlandırabilir. Bağımsız olmaya çalıştığı bu dönemde ebeveynlere veya aileye bağımlı olması ebeveynlerle arasında sorun yaşanmasına neden olabilir.

TİP 1 DİYABETLİ ERGENLERDE NE TÜR SORUNLAR GÖRÜLEBİLİR?

- ✓ Daha öfkeli ve kavgacı olabilir
- ✓ Alkol ve sigara kullanımı olabilir
- ✓ Yeme sorunları ve uyku bozuklukları görülebilir
- ✓ Hastalık ve tedavi ile ilgili sorunlar (hastalığı inkâr etme, tıbbi tedaviyi reddetme, hastalığa karşı tutumun değişmesi, okulda ara öğünlerini almaması, insülin enjeksiyonunu yapmaması) görülebilir

- ✓ Psikolojik sorunlar (mutsuzluk, sağlığı ile ilgili aşırı endişeli olma, umutsuzluk ve güçsüzlük duygusu) görülebilir
- ✓ Okul ve eğitimsel güçlükler (öğrenme güçlüğü, okul başarısında düşme) görülebilir

Tip 1 diyabetli ergenlerin yaşadıkları bu sorunlarla baş edebilmelerinde en önemli destek kaynakları aileleri ve özellikle de ANNELERİDİR.

ÇOCUĞUMUN HASTALIĞIYLA NASIL DAHA İYİ BAŞEDEBİLİRİM ?

✓ Çocuğunuzun Hastalığı Konusunda Bilgili Olun

Ebeveyn çocuğunun durumu hakkında ne kadar çok bilgi sahibi olursa hastalık ve beraberinde getirdiği sorunlarla o kadar iyi baş edebilir, çocuğunun hastalık hakkındaki sorularını yanıtlayabilir.

✓ Kendinize Zaman Ayırın

Tip 1 diyabetli bir çocuğa sahip olmak oldukça güç ve yorucu bir durumdur. Bu nedenle kendinize zaman ayırmanız son derece önemlidir. Aşırı derecede yorulan ve stresli olan ebeveynler çocuklarına etkili şekilde destek olamazlar.

✓ Umudunuzu Kaybetmeyin

Umudumuzu kaybetmeden pozitif düşüncelerle yaşamamız yaşadığımız sorunlarla etkili şekilde baş etmemizi ve çocuğumuza destek olabilmemizi sağlar. Yaşadığınız her olayın pozitif yönünü görmeye çalışın.

✓ Ailenizle Birlikte Zaman Geçirin

Hastalığa odaklanmadan bir arada zaman geçirmeye özen gösterin. Eğer aile olarak bir arada zaman geçirirseniz aile üyelerinin sorunlarına odaklaşabilir ve birbirinize daha iyi destek olabilirsiniz.

✓ Stresle Başetme Yöntemlerini Öğrenin

ÇOCUĞUMUN TIP 1 DİYABETLE DAHA İYİ BAŞ ETMESİNE NASIL YARDIMCI OLABİLİRİM?

✓ Çocuğunuza Karar Verme Fırsatı Verin

Çocuğunuzun hastalık nedeniyle kaybettiğini düşündüğünü kontrol duygusunu yeniden kazanabilmesi için mümkün olduğu kadar çocuğun kararlarını dikkate almalı ve onlara yaşamları hakkında karar verme fırsatı vermelisiniz.

✓ Çocuğunuzun Mümkün Olduğu Kadar Normal Bir Hayat Yaşamalarına Yardımcı Olun

Çocuğunuzun yaşatlarının katıldığı aktivitelere katılmaları için vereceğiniz destek çocuğunuzun akranları ile sosyalleşmesini, arkadaşlıklar kurmasını ve sürdürmesini, hastalıktan kaynaklanan farkın en aza inmesini ve hastalığa daha iyi uyum yapmasını sağlayacaktır.

✓ Çocuğunuzu Disipline Etmekten Ve Ona Sınır Koymaktan Korkmayın

Disiplin çocuğunuzun güvenliğini sağlar. Disiplinin her iki ebeveyn tarafından da aynı şekilde ve tutarlı olarak uygulanması, fiziksel cezayı içermemesi, ceza ve ödülün davranışın hemen sonrasında verilmesi ve verilen cezanın davranışa yönelik olduğunun ifade edilmesi önemlidir.

✓ Çocuğunuza Sorumluluk Verin

Ergenlik döneminde olan diyabetli bir çocuğun sorumluluk alması bağımsızlığını kazanmasını sağlar, kendisine olan güvenini ve saygısını artırır.

✓ Rol Modelleri Arayın

Ergenin Tip 1 diyabetli diğer kişilerle tanışması onların kendilerini iyi hissetmelerini ve hastalıkla etkili şekilde baş edebilmelerini sağlar.

✓ **Çocuğunuzla İyi Bir İletişim Halinde Olun**

Çocuğunuzla aranızda iyi bir iletişim olması sorunlarını size anlatması için fırsat verir, sorunların en erken dönemde çözülmesini sağlar ve çatışmaları önler.

✓ **Akranları İle Yapabileceği Aktiviteleri ve Arkadaşlıklarını Destekleyin**

Ergenin akranları ile birlikte olması çocuğun hastalığı ile baş edebilmesini sağlar. Bu nedenle çocuğunuza arkadaşları ile olan ilişkilerini sürdürmesi ve yeni arkadaşlıklar kazanabilmesi için yardımcı olun. Arkadaşları ile olan aktivitelerini sınırlamayın ve onlara arkadaşları ile birlikte zaman geçirebilme fırsatı verin.

✓ **Okul İle İşbirliği İçinde Olun**

Okul personeli (örn: öğretmeni, rehberlik öğretmeni) hastalık hakkında ve acil müdahaleler konusunda bilgilendirilmelidir. Bu nedenle önemli telefon numaralarını alın ve ulaşılabilir olun.

STRESLE BAŞ ETME

Stres insan yaşamının kaçınılmaz bir gerçeğidir. Bu nedenle insanın stresle baş etmeye ihtiyacı vardır.

Yaşadığımız strese;

- ✓ Daha olumlu düşünerek,
- ✓ Problemlerimizi uygun bir şekilde çözerek,
- ✓ Bize destek olabilecek arkadaşlarımız, akrabalarımızla, benzer sorunu yaşayan kişilerden yardım/sosyal destek alarak olumsuz tepkiler yerine daha olumlu tepkiler verebiliriz.

PROBLEM ÇÖZME

Herhangi bir problemi çözerken beş basamağı kullanırız;

- ✓ Problemi tanımlamak
- ✓ Problemin özelliklerini saptamak
- ✓ Bir çözüm yolu seçme

- ✓ Çözümleri değerlendirme
- ✓ Sonuçları değerlendirme
- ✓ Problemin özelliklerini saptamak; Bu basamakta yaşadığımız problemle ilişkili olan durumları, kişileri belirliyoruz. Problem ne zaman ortaya çıkıyor? Bu problemin ortaya çıkmasına neden olan kişiler var mı? En çok hangi durumlarda ortaya çıkıyor? Bu ve buna benzeyen sorulara verdiğimiz yanıtlarla problemi daha açık bir şekilde görebilir ve çözüm yollarını çok kolay belirleyebiliriz.
- ✓ Bir çözüm yolu seçme; Bu basamakta tüm çözüm yollarını sıralıyoruz. Herhangi bir değerlendirme yapmadan aklımıza gelen her çözümü sıralıyoruz.
- ✓ Çözümleri değerlendirme; Bir önceki basamakta sıraladığımız çözüm yollarını değerlendirmeye başlıyoruz. Uygulayabileceğimizi düşündüğümüz çözüm yollarına (+), uygulayamayacağımızı düşündüğümüz çözüm yollarına (-) işareti koyarak yapabileceklerimize karar veriyoruz.
- ✓ Seçilen en uygun çözümü uygulamak; Burada bir önceki basamakta (+) işareti koyduğumuz yani sorunu çözebileceğini düşündüğümüz yöntemlerden birini seçerek uyguluyoruz.

Eğer seçtiğimiz yöntem problemi çözmede yardımcı olmadıysa en başa dönüp aynı işlemi tekrarlıyor ya da (+) işareti koyduğumuz başka bir seçeneği uyguluyoruz.

SOSYAL DESTEK

Stresle baş etmede diğer kişiler ve dernekler/kurumlar da bize yardımcı olabilirler. Sorunları yaşarken çevrelerinden destek alan kişiler stres altındayken daha az ruhsal ve fiziksel rahatsızlık yaşarlar. Dolayısıyla kendimizi gergin ve sıkıntılı ya da stresli hissettiğimizde "kimse bana yardımcı olamaz" diye düşünmek yerine olumlu düşünüp ihtiyaç duyduğumuz yardımı almak gerginliğimizi azaltmada bize oldukça yardımcı olabilir.

Sorun yaşadığımızda ve stresli bir yaşantımızda bize destek/yardımcı olabilecek kişiler;

- ✓ Aile, yakın arkadaşlar ve sizinle ortak sorunları paylaşanlar; Bu kişiler kendi deneyimlerini size aktararak sizin farklı baş etme yollarını görmenizi sağlayabilirler, size yeni ve farklı bir bakış açısı önerebilirler. Ayrıca bizimle benzer sorunları yaşayan kişiler sorunlarımızı daha iyi anlayarak bize yol gösterebilirler.
- ✓ Tip 1 Diyabetle İlgili Dernekler; Bu dernekler bizimle benzer sorunları yaşayan kişilere ulaşmamızı ve yaşadığımız sorunlara çözüm yolları bulmamızı sağlayabilir.

Yardım istemek insana, işlerin tümünü kendi başına yapamadığı ya da başkasına yüklediğini düşündürebilir, ya da suçluluk ya da korku duygularına yol açabilir. Bazılarımız için yardım istemek zayıflık göstergesi ya da bir başarısızlık ve bağımlılık gibi algılanabilir. Ancak iyi bir destek sistemi sayesinde stresli veya sıkıntılı bir süreçte sorunlarımızı çözebiliriz.

Diyabet İle İlgili Dernekler

Çocuk Endokrinolojisi Ve Diyabet Derneği

<http://www.cocukendokrindiyabet.org/>

Türkiye Diyabet Vakfı

<http://www.turkdiab.org/>

Ankara Diyabet Derneği

www.ankaradiyabet.org.tr

<http://www.arkadasimdiyabet.org>

ERGENLE İLETİŞİM

Ergenin yaşadığı sorunlarda ve kendi bakımını gerçekleştirmesinde "destek" olmak ve "yanında" olduğunuzu ona hissettirmek son derece önemlidir. Bunu onunla iyi bir iletişim kurarak gerçekleştirebilirsiniz.

Ergenle İletişim Sırasında Ebeveynlerin Yaptıkları Hatalar

- ✓ Çocuğa emir vererek bir şey yapmasını söylemek: "Başka ana babaların ne yaptığı umurumda değil, sen arkadaşlarınla gece dışarı çıkamazsın"
- ✓ Başka çocuklarla kıyaslamak: "Öyle davranmamalısın. Bak Ahmet hiç bu tür davranışlarda bulunuyor mu? "
- ✓ Dinlemeden ve sorunu tam olarak anlamadan öğüt vermek " Anladım.. anladım... O zaman sen de git başka çocuklarla arkadaşlık et."
- ✓ Ergenin bireyselliğini dikkate almadan kendi yaşamından örnek vermek "Ben senin yaşındayken hiç dışarı çıkamazdım."
- ✓ Yargılamak "Doğru düşünmüyorsun."
- ✓ Oyalamak, Şakacı Davranmak, Konuyu Saptırmak ve Dinlememek "Unut gitsin", "Bu konuyu yemekte konuşmayalım."

Olumlu İletişim Yöntemleri

Bu ifadeler adölesanın bizimle iletişime geçmesini kolaylaştırır.

"Anlıyorum" "Hımm" " İlginç" Doğru mu?" "Yaaa"

Ya da konuşmaya davet etmek;

"Bana ondan söz et."

"Duymak istiyorum"

"Bu konuda konuşmak ister misin ?"

"Anlatacaklarını dinlemek istiyorum"

"Duygularını açıklamaya hakkın var"

"Senin görüşünü gerçekten öğrenmek istiyorum"

"Düşüncelerin dinlemeye değer"

Etkin Dinleme

Etkin dinleme ergenin duygularını farketmesine yardımcı olur, adölesan ve ebeveyn arasında sıcak bir ilişki gelişmesini sağlar ve çocuğun sorununu çözmesini kolaylaştırır.

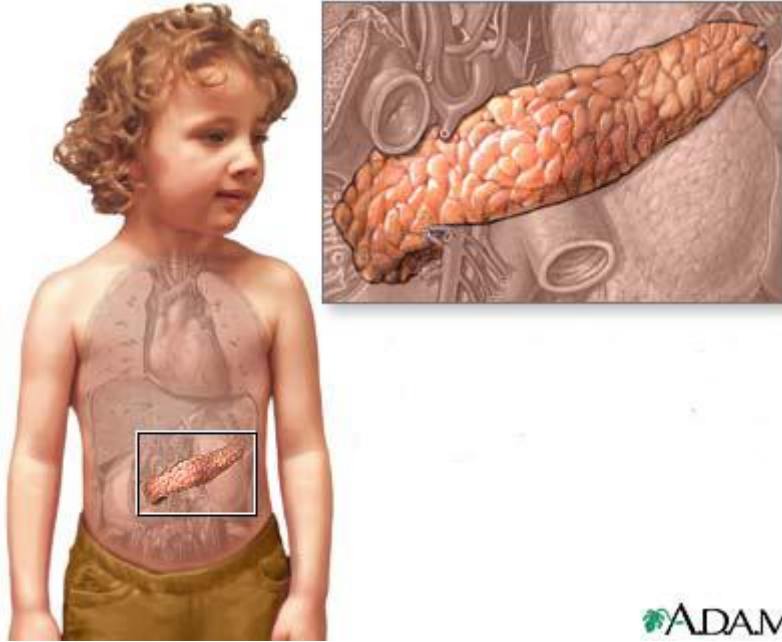
Etkin Dinlemek İçin;

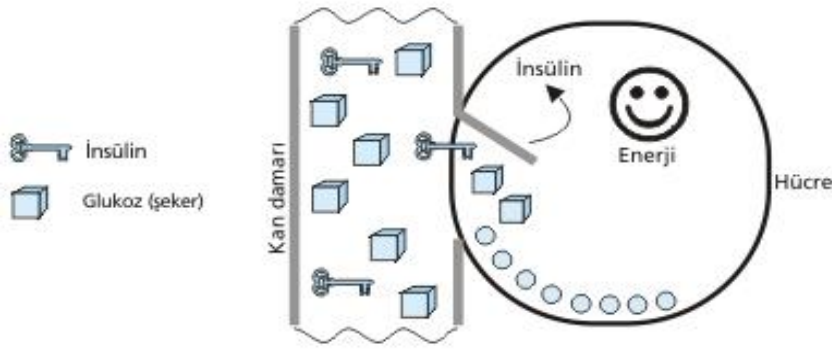
- ✓ Çocuğun söylediğini duymak istemelisiniz.
- ✓ O anki sorununa yardımcı olmayı gerçekten istemelisiniz.
- ✓ Duyguları ne olursa olsun, sizin duygularınızdan ne denli farklı olursa olsun onun duygularını gerçekten kabul edebilmelisiniz.
- ✓ Çocuğun duygularını tanıdığına, onlarla baş edebileceğine ve sorunlarına çözüm bulma yeteneğine tam olarak güvenmelisiniz.
- ✓ Duyguların sürekli değil geçici olduğunu anlamalısınız.
- ✓ Çocuğu sizden ayrı bir birey olarak görebilmelisiniz.
- ✓ İletişim sırasında sözsüz olarak dinlediğinizi belirten davranışlarda bulunmalısınız. (Başınızı sallama, göz göze iletişim kurma, konuşan kişiye dönme gibi)

TİP 1 DİYABET

Diyabeti anlayabilmek için öncelikle glikozun (şeker) vücumuzda geçirdiği normal süreci bilmeliyiz.

Glikoz (şeker) vücudumuzda kas ve diğer dokularımız için en temel enerji kaynağıdır. Sindirim sırasında (glikoz) şeker kan dolaşımına geçer. Ardından da şeker insülin yardımıyla hücrelere geçer. İnsülin hormonu pankreastan salgılanır. Pankreas bezi midenin arka bölümünde yer almaktadır. Yemek yediğimiz zaman pankreas kan dolaşımına insülin verir. Ancak diyabet hastalığında pankreas kan dolaşımına insülin veremez, glikoz vücutta kullanılamaz ve kan şekeri yükselir





Tip 1 Diyabetin Nedenleri

Tip 1 diyabet; genetik, otoimmün ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu gelişir.

- ✓ Ailesel Nedenler; Ebeveynlerde Tip 1 diyabet olması çocuklarda Tip 1 diyabet gelişimi için risk faktörüdür.
- ✓ Savunma Sistemindeki Sorunlar; Vücudu virüslere ve bakterilere karşı koruyan doğal savunma sisteminin, pankreasta insülin yapan hücreleri yabancı hücreler gibi algılaması ve tahrip etmesidir.
- ✓ Çevresel Faktörler; Viral enfeksiyonlar, besinlere konulan katkı maddeleri ve stresli yaşam olayları gibi faktörler diyabet için bir risk faktörüdür.

Tip 1 Diyabetin Belirtileri

Açlık; İnsülin yetersizliği nedeniyle hücrelere gereksinim duyduğu enerji (glukoz) gidemeyeceği için kişi sürekli kendini aç hisseder.

Kilo kaybı; İnsülin yetersizliği sonucu kandaki şekerin kullanılamaması sonucu aç kalan hücreler enerji sağlayabilmek için yağları ve proteinleri parçalamaya başlarlar. Bunun sonucunda kilo kaybı meydana gelir.

Sık idrara çıkma ve çok su içme; Normalde diyabetli olmayan kişilerde kan şekeri düzeyi 70-110 mg/dl arasındadır.

Diyabetlilerde ise kan şekeri bu değerlerin çok üzerine çıkar. Kan şekeri 170-180 mg/dl'nin üzerine çıktığında kandaki şekerin bir kısmı idrara da geçer ve idrarda şeker çıkmaya başlar. İdrarda şeker miktarı artınca şekerle beraber su da atılacağından çocuğun çıkardığı idrar miktarı artmaya başlar. İdrarla olan bu su kaybını yerine koyabilmek için de çok su içmeye başlar. Böylece çok su içme ve çok idrara çıkma başlar.

İnsülin Uygulamasının Yapıldığı Bölgeler

İnsülin kola, bacağı, karın bölgesine ve kalçalara yapılabilir.



İnsülin Uygulaması Sırasında Dikkat Edilmesi Gerekenler:

- ✓ Bir hafta süreyle aynı ekstremitayı ve bölgeyi kullanılabilir.
- ✓ Her iki uygulama arasında 1,5-2 cm boşluk bırakılmalıdır.
- ✓ İnsülin uygulaması aynı bölgeye sürekli olarak yapılmamalıdır.
- ✓ Eller sabunlu su ile yıkanır.
- ✓ İnsülin dozunun doğruluğu kontrol edilir.
- ✓ Eğer buzdolabında saklanıyorsa oda ısısına gelmesi beklenmelidir.

- ✓ İnsülin enjeksiyonu zayıf ve küçük çocuklarda 45°, diğerlerinde ise 90° açı ile insülin uygulaması yapılır.
- ✓ Eğer çocuk zayıfsa enjeksiyon bölgesindeki deri yavaşça gerdirilir. Çocuk kilolu ise enjeksiyondan önce deri iki parmak arasında kavranır.
- ✓ Enjeksiyondan sonra kısa bir süre için pamuğun enjeksiyon bölgesi üzerinde tutulur ve masaj yapılmaz.
- ✓ Her enjeksiyondan sonra yapılan insülin miktarı kaydedilir.

Tip 1 Diyabetin Kısa Dönem Komplikasyonları

Kan Şekerinin Düşmesi (Hipoglisemi):

Kan şekerinin 60 mg/dl ya da altına düşmesidir. Kan şekeri şu durumlarda düşer;

- ✓ Fazla insülin yapılması
- ✓ İnsülinin normalden hızlı emilmesi
- ✓ Öğünlerin atlanması
- ✓ Yeterli besin almadan aktivitelerin artırılması
- ✓ Gastroenterit ya da kusma

Belirtileri;

Halsizlik, açlık hissi, huzursuzluk, baş dönmesi, baş ağrısı, dudaklarda ve parmaklarda uyuşukluk, titreme, çarpıntı, denge sağlayamama.

Kan Şekeri Düştüğünde Ne Yapılmalıdır:

Tedavinin hızlı bir şekilde yapılması gereklidir. Eğer çocuğunuzun bilinci yerindeyse şeker içeren sıvılar veya şeker verilebilir. Ancak çocukta baş ağrısı ve titreme, kan düzeyi normale döndükten sonra saatlerce devam edebilir.

Kan Şekerinin Yükselmesi (Hiperglisemi)

Kan şekeri düzeyinin normal sınırların üstüne çıkmasına hiperglisemi denir.

Kan şekeri şu durumlarda yükselir;

- ✓ Aşırı besin alımı
- ✓ Yetersiz insülin yapma
- ✓ Fiziksel aktivitede azalma
- ✓ Stres
- ✓ Hastalık
- ✓ Menstruasyon (Adet Dönemi)

Belirtileri; Bulantı, kusma, fazla susama, sık idrara çıkma, hızlı-derin solunum, hızlı nabız, ağızda aseton kokusu.

Kan Şekeri Yükseldiğinde Ne Yapılmalıdır:

Kan şekerinin düşüklüğü gibi yüksekliğinin de çok hızlı bir şekilde düzeltilmesi gereklidir. Bu belirtiler görüldüğünde kan şekeri hemen ölçülmeli ve sağlık kuruluşuna gelinmelidir.

Diyabetik Ketoasidoz:

Kan şekerinin çok uzun süre yüksek düzeyde olmasından kaynaklanan bir durumdur. Hücrelerimiz aç olduğunda vücudumuz enerji sağlamak için şeker yerine yağları kullanır. Enerji için yağların kullanılması sağlıklı değildir. Yağların yanmasıyla ketonlar oluşur ve oluşan ketonlar vücut için zararlı olur. Bulguları; Ağızda aseton kokusu, zor soluk alıp verme, kusma, idrarda keton görülmesi, çok susama ve çok idrara çıkmadır.

Nedenleri;

- ✓ İnsülin dozunun eksik yapılması
- ✓ Beslenme ve aktivite planına uyulmaması
- ✓ Stres
- ✓ Hastalık

Ketoasidoz çok hızlı bir şekilde düzeltilmesi gereken ciddi bir durumdur. Bu nedenle kan şekeri hemen ölçülmeli ve sağlık kuruluşuna gelinmelidir.

Tip 1 Diyabetin Uzun Dönem Komplikasyonları

Uzun bir süre kan şekerinin yüksek olması, büyük ve küçük damarları ve sinirleri tahrip eder. Tahribat hangi organda ise ona ait sorunlar görülür.

- ✓ **Görme Sorunları;** Çocuğunuz fark etmeden de görme ile ilgili ciddi hasarlar oluşabilir. Bu nedenle çocuğunuzun göz muayenesini hiçbir şikayet olmasa da düzenli biçimde (yılda bir kez) mutlaka yaptırmalısınız.
- ✓ **Böbrek Sorunları;** Kan şekerinin yüksek olması vücudun savunma sistemlerini etkileyerek idrar yollarında enfeksiyon gelişmesine neden olabilir. Sık geçirilen enfeksiyonlar ise böbreklere zarar verebilir.
- ✓ **Duyu Kaybı;** Kan şekerinin uzun süre yüksek düzeyde olmasına bağlı olarak özellikle ayaklarda duyu kaybı ve dolaşım bozukluğu gelişebilir. Bu nedenle küçük travmalar hissedilmez ve kolaylıkla enfeksiyon gelişebilir.

Korunma

Belirttiğimiz komplikasyonların gelişmesini önlemek için;

- ✓ Düzenli kontrollere gelinmelidir.
- ✓ Kan şekerinin istenilen düzeyde olması sağlanmalıdır.
- ✓ İnsülin ve enerji miktarının yeniden düzenlenmesi gereken durumlar bilinmelidir.

İnsülin ve Enerji Miktarının Yeniden Düzenlenmesi Gereken Durumlar:

- ✓ Stres
- ✓ Hastalık

- ✓ Büyüme
- ✓ Ergenlik
- ✓ Ameliyat
- ✓ Mentrüasyon (Adet Dönemi)

Gelişebilecek komplikasyonlar diyabetin yönetiminin iyi bir şekilde sağlanmasıyla azaltılabilir. Diyabetin iyi yönetimi diyetle uyum, insülin uygulamasının uygun şekilde yapılması ve egzersizle sağlanabilir.

Egzersizin Diyabetin Yönetimindeki Etkisi

Egzersiz ergenin psikolojik olarak kendisini daha iyi hissetmesini sağlar, yaşam kalitesini arttırır, kardiyovasküler sağlığı korur (gelişebilecek kalp ve damar hastalıkları sorunlarını önler), vücuttaki yağ dokusunun azalmasını sağlar (kilo alımını önler), kan şekerinin istendik düzeyde olmasını sağlar, günlük insülin dozunun azalmasını sağlar. Egzersiz sırasında çocuklarda hipoglisemi gelişebileceği için öncesinde kan-glikoz düzeyinin kontrol edilmesi gereklidir. Kan-glikoz düzeyi 200mg/dl'nin altında ve idrarda keton yoksa egzersiz yapılabilir. Eğer kan glikoz düzeyi düşükse (100 mg/dl'nin altında) çocuğa bir ara öğün verilmeli ve kan glikoz düzeyinin normal sınırlara gelmesi beklenmelidir.

Kan Şekerinin Glukometre İle Ölçülmesi:

- ✓ Parmaktan kan alınmadan önce kan miktarının yeterince olmasını sağlamak için eller sıcak suyla yıkanır.
- ✓ Deriyi temizlemek için alkol kullanılmaz.
- ✓ Enfeksiyon gelişmesini önlemek için lanset sadece bir kez kullanılır.
- ✓ Parmağı deldikten sonra kanın daha kolay damlaması için parmak aşağıya sarkıtılır.
- ✓ Alınan kan test şeridine damlatılır ve sonuç önerilen sürede okunur.



İdrarda Keton Ölçülmesi:

Şu durumlarda idrarda keton bakmanız gerekir.

- ✓ Kan glikozu 240 mg/dl'yi aşarsa
- ✓ Hastalanınca (grip, soğuk algınlığı veya enfeksiyon olunca)
- ✓ Kusma veya bulantı olunca
- ✓ Kan glikozunun yükseldiğini gösteren belirtiler varsa
- ✓ Stres durumunda.

Kan glikoz düzeyi 240 mg/dl'nin üzerine çıkınca idrarın keton yönünden değerlendirilmesi gereklidir. Keton test şeridi idrar örneğine batırılır ve önerilen süre kadar beklenir. Eğer idrarda keton varsa şeritte renk değişikliği oluşur. Test sonucu oluşan renk, şişenin üzerindeki renk skalası ile karşılaştırılır.

Diyabetli çocuklarda insülin eksikliği sonucu kandaki şekerin kullanılamaması sonucu aç kalan hücreler enerji sağlayabilmek için yağları ve proteinleri parçalamaya başlarlar. Bunun sonucunda kilo kaybı meydana gelir. Ayrıca yağların enerji üretimi için kullanılması

sırasında KETON adı verilen asit yapıda maddeler açığa çıkar. Ketonlar mide bulantısı ve kusma' ya neden olurlar. Ayrıca vücuttan bu asit maddeleri atabilmek için hızlı nefes alıp verme başlar. Ketonlar idrarla da atılırlar. İdrarda keton olup olmadığı idrar test çubuğu ile kolayca anlaşılabilir. İdrarda keton var ise test çubuğundaki açık renk koyu pembe-mor renge dönüşür. Eğer diyabet bu dönemde teşhis edilmez ve gerekli tedavi başlanmaz ise çocuk diyabet ketoasidozu dediğimiz ağır tabloya girebilir ve koma gelişebilir.

Bu nedenle idrarda keton varsa çocuğunuzu hemen bir sağlık kuruluşuna getirmelisiniz.

KAYNAKLAR:

1. Çavuşoğlu, H. (2008).Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Cilt 1,Sistem Ofset Basımevi, 9. Basım. Ankara.
2. Şahin, N H. (1998). Stresle Başa Çıkma- Olumlu Bir Yaklaşım. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 3. Basım. Ankara
3. Aydın, K. (2006). Stresle Başa Çıkma. Nobel Yayın Dağıtım.1. Basım. Ankara.
4. Richard S. Lazarus, Susan Folkman Stress, Appraisal, and Coping, Springer Publishing Company, New York, 1994
5. Wong,D, Hockenberry M, (2001) Wong's Essentials of Pediatric Nursing. Sixth Edition. Mosby.
6. Betz C L, Hunsberger M M, Betz W S. (1994).Family-centered nursing care of children. W.B. Saunders. Philadelphia.
7. Dunnig T, (2003). Care of People with Daibetes. A Manual of Nursing Practice. Blackwell Publishing.
8. Snoek F J, Skinner T C. (2000). Psychology in Diabetes Care. John Wiley & Sons LTD. Toronto.
9. <https://www.akronchildrens.org/cms/tip>. Dealing with Your Child's Chronic Illness. Erişim Tarihi: 20,05,2008.
10. <http://www.parenting-ed.org/>. How parents can help their child cope with a chronic illness. Erişim Tarihi: 20,05,2008.

11. <http://www.med.umich.edu/1libr/yourchild/chronic.htm>. Children with Chronic Conditions. Erişim Tarihi: 20,05,2008.
12. Lewandowski A, Drotar D. The Relationship between Parent-Reported Social Support and Adherence to Medical Treatment in Families of Adolescents with Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 2007; 32(4):427-436.
13. Garwick A W, Patterson J M, Bennett F C, Blum R W, M. Parents' Perceptions of Helpful vs Unhelpful Types of Support in Managing the Care of Preadolescents With Chronic Conditions. *Archive Pediatric Adolescent Medicine*, 1998;152: 665-671.
14. şahin, D (1999) "Sosyal Destek ve Sağlık" Sağlık Psikolojisine Giriř, Ed. Ŭlgen H, Tűrk Psikologlar Derneęi Yayınları No:19 1. Basım Ankara, 79-106.
15. Court J M, Cameron F J, Berg K, Swift P. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2007 Diabetes in adolescence. *Pediatric Diabetes*, 2008; 9(3pt1): 255-262.
16. Gordon Thomas, Etkili Anababa Eğitimi Aile İletişim Dili, 15. Baskı, Sistem Yayıncılık, Mayıs 2003, İstanbul.
17. Wit M, Henriette A, Bokma J A, Haasnoot K, Mieke C H, Gemke R J, Snoek F J. Monitoring and Discussing Health-Related Quality of Life in Adolescents With Type 1 Diabetes Improve Psychosocial Well-Being A randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 2008; 31:1521-1526.
18. Butler D A, Zuehlke J B, Tovar A, Volkening L K, Anderson B J, Laffel L MB. The impact of modifiable family factors on glycemic control among youth with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, 2008; 9(4, Part II): 373-381.
19. Amer K S, Children's Views of Their Adaptation to Type 1 Diabetes Mellitus. *Pediatric Nursing*, 2008; 34-4: 281-288.
20. Schilling L S, Knafl K A, Grey M. Changing Patterns of Self-Management in Youth with Type I Diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*, 2006; 21(6): 412-424.
21. Berg C A, Butler J M, Osborn P, King G, Palmer D L., Butner J, Murray M, Lindsay R, Donaldson D, Foster C, Swinyard M, Wiebe D J. Role of Parental Monitoring in Understanding the Benefits of

- Parental Acceptance on Adolescent Adherence and Metabolic Control of Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 2008; 31:678-683.
22. Judith W H. Children's and Young Adolescents' Voices: Perceptions of the Costs and Rewards of Diabetes and Its Treatment. *Journal of Pediatric Nursing* , .2006;21(3):211-221.
 23. Leonard J Jr. Biopsychosocial Factors Affecting Metabolic Control Among Female Adolescents With Type 1 Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 2003; 16: 154-159.
 24. Davidson M, Penney E D, Muller B, Grey M. Stressors and self-care challenges faced by adolescents living with type 1 diabetes. *Applied Nursing Research*, 2004;17:2: 72-80.
 25. Cameron F. Teenagers with diabetes Management challenges. *Australian Family Physician*, 2006; 35(6): 386-390.
 26. Dashiff C, Hardeman T, McLain R. Parent-adolescent communication and diabetes: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 2008; 62(2):140-62.
 27. Aaron E C, David G. Marrero The Role of Significant Others in Adolescent Diabetes: A Qualitative Study. *The Diabetes Educator*, 2006; 32: 243-252.
 28. Hains A A, Berlin K S, Davies W. H, Parton E A, Alemzadeh R. Attributions of Adolescents With Type 1 Diabetes in Social Situations. *Diabetes Care*, 2006; 29:818-822
 29. Buckloh L M, Lochrie A S, Antal H, Milkes A, Canas J A, Hutchinson S, Wysocki T. Diabetes Complications in Youth. *Diabetes Care*, 2008; 31: 1516-1520.
 30. Ackard D M, Vik N, Neumark-Sztainer D, Schmitz K H, Hannan P, David R, Jacobs Jr. Disordered eating and body dissatisfaction in adolescents with type 1 diabetes and a population-based comparison sample: comparative prevalence and clinical implications. *Pediatric Diabetes*, 2008; 9(4pt1):312-319.
 31. Hillege S, Beale B, McMaster R. The impact of type 1 diabetes and eating disorders: the perspective of individuals. *Journal of Clinical Nursing*, 2008; 17(7B):169-76.
 32. Olmsted M P, Colton P A, Daneman D, Rydall A C, Rodin G M. Prediction of the Onset of Disturbed Eating Behavior in

- Adolescent Girls With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 2008; 31(10): 1978-82.
33. Hofer S E, Rosenbauer J, Grulich-Henn J, Naeke A, Fröhlich-Reiterer E, Holl R W. Smoking and Metabolic Control in Adolescents with Type 1 Diabetes .*Journal of Pediatrics*, 2009; 154(1): 20-23.
 34. Botello-Harbaum M, Nansel T, Haynie DL, Iannotti RJ, Simons-Morton B. Responsive parenting is associated with improved type 1 diabetes-related quality of life. *Child Care Health Dev*, 2008; 34(5):675-81.
 35. Pereira M G, Berg-Cross L, Almeida P, Cunha J. M. Impact of Family Environment and Support on Adherence, Metabolic Control, and Quality of Life in Adolescents with Diabetes. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2008; 15: 187-193.
 36. Nardi L, Zucchini S, D'Alborton F, Salardi S, Maltoni G, Bisacchi N, Elleri Daniel A, Cicognani A. Quality of life, psychological adjustment and metabolic control in youths with type 1 diabetes: a study with self- and parent-report questionnaires. *Pediatric Diabetes*, 2008; 9: 496-503.
 37. Riddell M C, Iscoe K E. Physical activity, sport, and pediatric diabetes *Pediatric Diabetes*, 2006; 7: 60-70.
 38. Wadén J, Forsblom C, Thorn L M, Saraheimo M, Rosengård Milla. Physical Activity and Diabetes Complications in Patients With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 2008; 31(2):230-232.
 39. Herbst A, Kordonouri O, Schwab K O, Schmidt F, Holl R W. Impact of Physical Activity on Cardiovascular Risk Factors in Children With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 2007; 30(8): 2098-100.
 40. Giannini C, Mohn A, Chiarelli F. Physical exercise and diabetes during childhood .*Acta Biomed*, 2006; 77; Suppl. 1: 18-25.

Resim ve Şekil Kaynakları:

1. www.nlm.nih.gov/medlineplus/encyclopedia.html Erişim Tarihi: 20.05.2008
2. www.uhs.berkeley.edu/.../images/Ppl_0299.jpg Erişim Tarihi: 20.05.2008

EK 9: EĞİTİMİN İÇERİĞİ

HEMŞİRELİK TANISI: ANNE VE ADÖLESAN ARASINDAKİ İLETİŞİMDE BOZULMA

Daha önce de belirttiğimiz gibi ergenlik dönemi bireyin bireyselliğini, otonomisinin kazanıldığı, ergenin inişli çıkışlı duygular yaşadığı ve bedeninde olan değişimlere uyum sağlayarak geleceğe dair planlar yaptığı ve kendine ait bir değer sistemi geliştirmeye başladığı sancılı bir süreçtir. Ergenin yaşadığı değişimlere uyum yapmaya çalıştığı bu dönemde ebeveynleriyle arasında çatışma (iletişim problemlerinin) yaşanması son derece normaldir. Ancak önemli olan ergenlik dönemindeki bu değişimlerin farkında olmak ve olumlu bir iletişimle ergenin bu süreci başarı ile atlatmasını sağlamaktır. Bu dönemde her ne kadar ergen ebeveynlerinden arkadaşlarına doğru bir yönelimde gibi görülse de bu çatışmaların çözümünde ve dönemin sağlıklı geçirilebilmesinde ebeveyn desteğine gereksinimleri vardır.

Tip 1 diyabetli ergenlerin de optimal sağlığın devam ettirilebilmesi için bu döneme ait bilişsel, duygusal, sosyal ve davranışsal uyumun yapılabilmesi gereklidir. Ayrıca bu dönem daha önce de bahsettiğimiz gibi hastalığın yönetimine ilişkin sorumlulukların da arttığı bir dönemdir. Ergenin ebeveynlerle kuracağı iyi bir iletişim onun hastalığa uyumu, yaşam kalitesi, hastalığın yönetimi ve öz bakımda son derece önemlidir. Çocuğun yaşadığı sorunlarda ve kendi bakımını gerçekleştirmesinde “destek” olmak ve “orada” onunla olduğunuzu ona hissettirmek son derece önemlidir. Ebeveyn-ergen arasında destekleyici bir iletişimin olması ebeveynle ergenin olumlu bir ilişki kurulmasını destekler ve diyabete karşı olumlu bir bakış açısı geliştirmesini sağlar.

Pozitif bir bakış açısıyla ergenle iletişim kurulması, sorumluluk almasının desteklenmesi, yaşadığı sorunlarla ilgili bilgi olmak ulaşılabilir olunması ebeveynler tarafından sağlanacak en önemli destektir. Ebeveynle ergen arasındaki olumlu ve destekleyici iletişim ergenin otonomisinin gelişmesini destekler. Bu destek ergenin diyabeti daha iyi yönetmesini sağlar ve olumlu sağlık sonuçlarını getirir.

Çocuğunuzun bu dönemde en önemli destek kaynağı ebeveynleridir. Ebeveyn-ergen arasında iyi bir iletişim olması ergene verilecek en önemli destektir. Çünkü iyi bir

iletişim ergenin sorunlarını size anlatması için fırsat verir, sorunların en erken dönemde çözülmesini sağlar ve çatışmaları önler.

Ebeveynler ve Ergen Arasındaki İletişim Problemleri (Çatışma) Nedenleri

Ergen ve ebeveynler arasında genellikle aşağıda belirttiğimiz nedenlerden dolayı çatışma yaşanabilir.

- Ahlaklı Davranış (Dini inançlarını yerine getirme, yasalara ve kurallara uyma, dürüst olma)
- Aile Üyeleri İle İlişkiler (Aile büyükleri, kardeşler ve akrabalarla olan ilişkiler)
- Akademik Başarı (Okul başarısı, okuldaki davranışlar, ders çalışma alışkanlıkları)
- Sorumlulukları Yerine Getirme (Ev ve kendi ile ilgili sorumlulukları yerine getirmeme)
- Toplumsal Etkileşimler (Toplumsal ortamlardaki davranışlar, dışarıda kalma süresi, arkadaş seçimi vb.)

Yukarıda belirlenen iletişim problemleri ergenler ve ebeveynleri arasında yaşanan en sık çatışma nedeni olmakla birlikte; Tip 1 diyabetli ergenler ve ebeveynlerinin bu sorunlara ek olarak hastalığın yönetimi ile ilgili konularda çatışma yaşadıkları bilinmektedir.

Tip 1 Diyabetli Ergenlerin Anneleriyle Yaşadıkları İletişim Çatışmalarının Nedenleri

- Tip 1 diyabet ergenin geleceğe ilişkin planlarının değişmesine, bağımsızlığının tehdit altına girmesine neden olabilir. Bağımsız olmaya çalıştığı bu dönemde ebeveynlere veya aileye bağımlı olması ebeveynlerle arasında çatışma yaşanmasına neden olabilir.
- Ebeveynler ve ergenler arasındaki çatışmanın bir diğer nedeni de ebeveynlerin ergenin hastalığın yönetiminde başarısız veya yetersiz olabileceğini düşünerek kontrolü ona vermek istemeyerek, çok denetleyici ve müdahaleci olmalarıdır. Ergenin diyabetin yönetimini almaya başladığı bu dönemde ebeveynlerin aşırı-koruyucu kollayıcı bir tutum içinde olarak çocuğu suçlamaları ve aşırı koruyucu davranışları çatışmaya neden olabilir. Ebeveynleri sürekli olarak diyabetin yönetimi ile ilgili olarak ergene

hatırlatmalar yapılması ergen-ebeveyn arasında iletişim sorunlarına neden olabilir ve ergene olumsuz yansımaları olabilir.

Bu nedenle ergenlik dönemi; çocuğun daha önceki dönemlere göre hastalık hakkında daha fazla bilgiye sahip olduğu ve hastalığa ilişkin sorumlulukların yerine getirilmesinde daha aktif olarak rol oynadığı bir dönem olmasına rağmen hastalığın yönetimine ilişkin en fazla sorunun yaşandığı dönemdir. Bu sorunların çözümünde de olumlu iletişim sorunların çözümünde önemli bir anahtardır.

Ergenle iyi bir iletişim kurabilmek için;

İyi bir dinleyici olun

Ben dili kullanın

Olumlu iletişim yöntemlerini kullanın

Ergenle Etkili İletişim İçin

1. Konuşmanızı Kesiniz

Konuşurken dinleyemez, dinlemezse de anlayamazsınız. Çocuğunuz sizinle konuşmak istiyorsa susup, onu dinleyin.

2. Konuşmacıyı Rahatlatın

Kendisini anlatacakları için rahat hissetmesini sağlayın. Olumlu bir duygu verin.

3. Onu Dinlemek İstedığınızı Gösterin

Çocuğunuz bir şeyler anlatırken, sadece onu dinleyin. Diğer işlerinizi ya bırakın ya da birazdan dinleseniz olur mu onu sorun. Göz teması kurun, ilgilendiğinizi hissettirin.

4. Rahatsızlık Yaratan Durumları Ortadan Kaldırın

Onu dinlerken, bacak sallamak, masaya parmakla tempo tutmak, kalem çevirmek, sallanmak, bir şeylerle ilgilenmek gibi durumlar yaratmayın.

5. Empati Kurun

Onun yerine kendinizi koyarak dinlemeyi ve duygusunu anlamayı deneyin.

6. Sabırlı Olun

Ona anlatması için yeterli zaman ayırın, sözünü kesmeyin. Mekanda hareket ederek, sabırsızlandığınızı hissettirmeyin.

7. Sinirlerinizi Kontrol Edin

Sinirli bir kişinin, sonuca ulaşmada hatalar yapabileceği potansiyelini göz önünde bulundurarak olaya sinirlenmeden dinlemeye çaba harcayın. Sağduyulu bir tavır takının.

8. Tartışma ve Eleştirilerde Dikkatli ve Yumuşak Olun

Aksi takdirde, gencin kendi içine kapanmasına, bir daha anlatmamasına ya da sert tepkiler göstermesine sebep olur ve iletişim engeli oluşturmuş oluruz.

9. Soru Sorun

Soruların, alaycı, eleştirel, tuzak olmamasına özen gösterilmesi koşulu ile sorularınız gence dinlendiği izlenimini verecektir.

10. Konuşmanızı Kesiniz

Bu ilke, öneminden dolayı iki kez verilmiştir. Konuşurken kesinlikle iyi bir dinleyici olamazsınız.

Öneri:

Dinleme, kişilerarası ilişkilere yön veren, anlam kazandıran bir nitelikte olmalıdır. Bu nedenle, ergen çocuğunuz konuşurken, söyledikleri ile ilgilendiğiniz, sorununu duyduğunuz, anladığınız ve çözümü için yardımcı olmaya hazır olduğunuz izlenimini vermelisiniz.

Kabul Etmeyi Sözle İletme

Çocuklarımızla iletişim sırasında onlara verdiğimiz sözlü tepkileri tanımamız son derece önemlidir. *Çocuklarınız size aşağıdakileri söylediğinde vereceğiniz tepkileri yazınız;*

Onbeş yaşındaki oğlunuzun bir akşam yemeğinde şunları söylediğini düşünün;

“Bu okul kuş beyinliler için. Hiç işe yaramayan bir yığın zırva öğreniyoruz. Üniversiteye gitmemeye karar verdim. Başarılı olmak için dünyada başka pek çok yol var. “

Şimdi ona ne söylersiniz? Vereceğiniz tepkiyi kelimesi kelimesine elinizdeki kâğıda yazın. Sonra, başka bir olay düşünün. Diyelim ki on yaşındaki kızınız konuşuyor;

“Ne oldu bilmiyorum. Ayşe beni severdi. Ama şimdi sevmiyor. Artık bize hiç gelmiyor. Ben onlara oynamaya gidince benimle değil, hep Fatma ile oynuyor. Onlar eğleniyor ben tek başıma orada kalakalıyorum. İkisinden de nefret ediyorum.

Yine kızınıza söylediklerinizi kâğıdınıza yazın.

Şimdi de on iki yaşındaki oğlunuzun şunları söylediğini varsayın:

“Neden ben arkadaşlarımla gece dışarı çıkamıyorum? Ayşe’nin annesi ona izin veriyor. Bence çocuklar annelerinden izin almak zorunda olmamalı.

Yine tepkinizi yazın.

Bu olaylara verdiğiniz yanıtlar, yani sözlü tepkilerinizin aşağıda verilecek başlıklardan hangisine uyduğunu bulmaya çalışın.

Emir vermek; çocuğa emir vererek bir şey yapmasını söylemek

“Başka ana babaların ne yaptığı umurumda değil, sen arkadaşlarınla gece dışarı çıkamazsın”

“Benimle böyle konuşma!”

“Şimdi onlara git Ayşe ve Fatma ile oyna”

“Yakınmayı bırak”

Bu iletiler çocuğa duygularının ya da gereksinimlerinin önemli olmadığını anlatır.

Gözdağı Vermek

İstemediğiniz şeyi yaparsa, çıkacak sonucu çocuğa söylemek:

“Onu yaparsan, pişman olursun.”

“Bir kelime daha söylersen, dışarı atarım.”

“Kendi iyiliğini düşünüyorsan onu yapmazsın.”

Bu iletiler çocuğu korkak ve çekingen yapabilir.

Ahlak Dersi Vermek

“Öyle davranmamalısın.”

Büyüklerine karşı her zaman saygılı olmalısın.”

Anne/babanın çocuğun yargılarına güvenmediğini iletir. Çocukta suçluluk duygusu uyandırabilir (Örn: Böyle düşünmemelisin)

Sorunu Anlamaya Çalışmak Yerine Ergen Adına Çözüm ve Öneri Getirmek

Çocuğa öneriler vererek sorununu nasıl çözeceğini söylemek:

“Ayşe ve Fatma’ya seninle oynamaları için buraya gelmelerini neden söylemiyorsun.”

“Üniversite konusunda karar vermeden önce birkaç yıl bekle.”

“Bu konuda öğretmenle konuşmanı öneririm.”

“Git başka çocuklarla arkadaşlık et.”

Bu tür iletiler çocuğa ana babasının kendi çözümlerini bulma becerisine güveni olmadığına ifadesidir. Çocuğu düşünerek kendi çözümlerini bulmak yerine ana babaya bağımlı olmaya doğru etkileyebilir.

Ergeni Dinlemeden Kendi Görüşlerimizle Etkilemeye Çalışmak

“Üniversite senin için yararlı olabilir.”

“Çocuklar birbirleriyle nasıl geçineceklerini öğrenmeli.”

“Üniversite bitirenlerin durumuna bir bakalım.”

“Çocuklar küçükken sorumluluk almayı öğrenirler büyüyünce de sorumlu yetişkinler olurlar.”

“Buna şu açıdan bak: Benim evde senin yardımına gereksinmem var.”

“Ben senin yaşındayken hiç dışarı çıkamazdım.”

Yargılamak, Eleştirmek ve Suçlamak

Çocuğu değerlendirmek ve olumsuz yargılamak:

“Doğru düşünmüyorsun.”

“Bu deneyimsiz birinin görüşü ”

“Bu konuda çok yanılıyorsun.”

Çocuğun benlik saygısı ana baba ve diğer kişilerin yargı ve değerlendirmesiyle şekillenir. Ana baba çocuğu yargılarken çocuk da kendini yargılar. Bu nedenle bu şekilde verilen iletiler çocuğun kendini yetersiz, değersiz ve kötü hissetmesine neden olabilir.

Ciddiye Almamak

Çocuğu utandırarak kendisi kötü hissettirmek:

“Sen çok şımarık birisin.”

“Tamam, bebecik.”

“Biz senden neler yapmanı bekliyoruz sen neler yapıyorsun.”

Yorumlamak, Analiz Etmek, Tanı Koymak

Çocuğun davranışının nedenlerini anlatmak, ona koyduğumuz tanıyı iletmek:

“Sen Ayşe’yi kıskanıyorsun.”

“Sen bunu beni kızdırmak için söylüyorsun.”

“Okulda durumun iyi olmadığı için böyle düşünüyorsun.”

Konuyu Ciddiye Almamak, Şakacı Davranmak, Konuyu Saptırmak

“Unut gitsin”

“Bu konuyu yemekte konuşmayalım.”

“Haydi gel daha güzel şeylerden konuşalım.”

“Basketbol nasıl gidiyor?”

“Bütün bunları biz de yaşadık.”

Bu şekilde çocuklarımıza verdiğimiz tepkilerle aslında çocuklarımıza farklı mesajlar vermiş oluruz. Çocuk; “Okula ve okulla ilgili hiçbir şeye dayanamıyorum” deyince, ona “Biz de zaman zaman o duyguları yaşadık, üstesinden geleceksin” diye yanıtlarsanız çocuk şu gizli iletileri alabilir:

“Duygularımı önemsemiyor.”

“Beni olduğum gibi kabul etmiyor.”

“Beni önemsemiyor.”

“Okulla ilgili düşüncelerimde beni haklı bulmuyor.”

Olumlu İletişim Yöntemleri

Basit kapı-arayıcılar

Ergenin duygularına yapıcı ve daha etkili tepki vermenin yollarından biri de, “kapı-aralayıcılar” ya da “daha çok konuşmaya davet”tir. Bunlar dinleyenin yargı ve duygularını iletmezler ama çocuğun duygu, yargı ve görüşlerini paylaşmaya çağırırlar. Ona kapıyı aralarlar ve konuşmaya davet ederler:

“Anlıyorum” “Hımm” “İlginç” Doğru mu?” “Yaaa”

Ya da konuşmaya davet ederler:

“Bana ondan söz et.”

“Duymak istiyorum”

“Bu konuda konuşmak ister misin?”

“Anlatacaklarını dinlemek istiyorum”

“Bana her şeyi anlat”

“Dinliyorum”

“Bu senin için önemli gibi görünüyor”

Bu ifadeler karşımızdaki çocuğun bizimle kolayca iletişim kurmasını sağlayabilir. İnsanların konuşmaya başlayıp sürdürmesine olanak verir. Bu ifadelerle çocuk kabul edildiğini ve kişi olarak kendisine saygı duyulduğunu hisseder.

“Duygularını açıklamaya hakkın var”

“Senin görüşünü gerçekten öğrenmek istiyorum”

“Düşüncelerin dinlemeye değer”

Etkin Dinleme

İyi bir iletişimin en önemli adımlarından biri de iyi bir dinleyici olmaktır. Bu nedenle çocuğunuzun karşılaştığı sorunlar hakkında sizinle konuşabilmesi için çocuğunuz için ulaşılabilir olun. Onun sorunlarını dinleyin ve soruları için çözüm yolları bulabilmesi için yardımcı olun. Çocuğunuzun duygularını ifade etmesine izin verin. Çocuğunuza herhangi bir sorunu olduğunda sizinle paylaşabileceği duygusunu verin. Sorunlarını size ifade edebilmesi ve çözüm yollarını birlikte aramanız ergenin Tip 1 diyabetle daha iyi baş edebilmesini sağlar ve hastalığın yönetimine olumlu etkiye bulunur.

Etkin Dinleme Örnekleri

1.

Çocuk: Ayşe tatile gidince oynayacak arkadaşım kalmadı. Canım sıkılıyor.

Anne: Ayşe’yle oynamayı özledin. Yapacak bir şey bulamıyorsun.

Çocuk: Evet. Keşke aklıma yapacak bir şey gelse.

2.

Çocuk: Bu yılki öğretmenimi hiç sevmedim.

Anne: Öğretmeninden hoşlanmadığın için hayal kırıklığına uğramışsın.

Çocuk: Evet öyle

Yukarıdaki örneklerde anna/baba çocuğun duygularını doğru olarak çözümledi. Etkin Dinleme’de alan, önce gönderenin duygularını ve iletinin ne anlama geldiğini anlamaya çalışır. Sonra bunu, doğruluğunu sınamak için kendi sözcükleriyle gönderene geri iletir. Etkin dinleme çocukların duygularını keşfetmeye yardımcı olur. Etkin dinlemede çocuklar duyulduğunu ve hissedildiklerin öğrendikleri için çocuk/ebeveyn arasında sıcak bir ilişki gelişir.

Etkin dinleme çocuğun sorununu çözmesini kolaylaştırır.

Etkin Dinlemek İçin;

Çocuğun söylediğini duymak istemelisiniz. Bu, onu dinlemek için zaman ayırmak istemeniz anlamına gelir. Zamanınız yoksa bunu söylemelisiniz.

O anki sorununa yardımcı olmayı gerçekten istemelisiniz.

Duyguları ne olursa olsun, sizin duygularınızdan ne denli farklı olursa olsun onun duygularını gerçekten kabul edebilmelisiniz.

Çocuğun duygularını tanıdığına, onlarla baş edebileceğine ve sorunlarına çözüm bulma yeteneğine tam olarak güvenmelisiniz.

Duyguların sürekli değil geçici olduğunu anlamalısınız. Duygular değişir.

Çocuğu, yaşamını sizin verdiğiniz ama sizden ayrı bir birey olarak görebilmelisiniz.

İletişim sırasında sözsüz olarak dinlediğinizi belirten davranışlarda bulunmalısınız.

(Başınızı sallama, göz göze iletişim kurma, konuşan kişiye dönme gibi)

Etkin Dinleme Örneği:

“Ahmet arkadaşları tarafından sevilmediğini ve Tip 1 diyabet olduğu için dışlandığını hissetmektedir”

Ahmet: Diyabetli olduğun için arkadaşlarım benimle zaman geçirmek istemiyorlar. Benden uzak duruyorlar.

Anne: Öyleyse sen neden onlara senden neden uzak durduklarını sormuyorsun?

Arkadaşlarıyla iyi geçinmeyi öğrenmek zorundasın (Önermek, Ahlak dersi vermek)

Ahmet: Onların neden böyle davrandıklarını anlamak zorunda değilim. Ayrıca hepsiyle iyi geçinmem gerekmiyor.

Anne: Geçimsiz! O zaman git kendine anlaşılabileceğin başka arkadaşlar bul (Çözüm önermek, Ad takmak)

Ahmet: Geçimsiz olan onlar, ben değilim. Okulda anlaşılabileceğim başka birileri yok.

Anne: Şimdi kızgın olduğun için böyle düşünüyorsun, yarın daha farklı düşünürsün. (Yorumlamak, güven vermek)

Ahmet: Kızgın değilim, yarı da farklı düşünmeyeceğim. Onlardan ne kadar nefret ettiğimi anlamıyorsun.

Anne: Ne biçim konuşuyorsun? Bir daha arkadaşların hakkında bu şekilde konuştuğunu duyarsam seni... (Emir ve Gözdağı vermek)

Ahmet: (Annesinin yanından asık yüzle ayrılırken) Bu okuldan ve arkadaşlarımdan nefret ediyorum. Keşke başka yere taşınsak.

Şimdi de annenin aynı olayda Etkin Dinleme yaparak, çocuğa nasıl yardımcı olduğunu görelim

Ahmet: Diyabetli olduğun için arkadaşlarım benimle zaman geçirmek istemiyorlar. Benden uzak duruyorlar.

Anne: Onlara kızgınsın. (Etkin Dinleme)

Ahmet: Evet. Bir daha onlarla zaman geçirmeyeceğim Arkadaşlarım olmalarını istemiyorum.

Anne: Onlara öyle kızgınsın ki onları bir daha görmek bile istemiyorsun.(Etkin Dinleme)

Ahmet: Doğru. Ama o arkadaşlarım olmazsa okulda zaman çok sıkıcı geçer.

Anne: Arkadaşsız kalmak hoşuna gitmiyor.(Etkin Dinleme)

Ahmet: Evet. Galiba onlarla iyi geçinmeliyim. Ama onlara kızmamak zor olacak.

Anne: Onlarla iyi geçinmek istiyorsun ama onlara kızmamak sana zor gelecek. (Etkin Dinleme)

Ahmet: Eskiden onlara kızmazdım, çünkü beni dışlamadıklarını düşünürdüm. Hastalığımı öğrendikten sonra davranışları çok değişti.

Anne: Artık sana eskisi gibi davranmıyorlar. (Etkin Dinleme)

Ahmet: Öyle. Hastalığı bilmedikleri için benden uzak duruyorlar.

Anne: Hastalığı bilmediklerini söyledin. Belki onlara hastalığı anlatabilirsin.(Etkin Dinleme)

Ahmet: Evet. Ama onlara bunu anlatmak çok zor geliyor. Onlar Tip 1 diyabet değil ki...Bunu anlayamazlar.

Anne: Hiç anlamayacaklarını söyledin. Anlatmayı denedin mi? (Etkin Dinleme)

Ahmet: Daha önce denemedim. Hasta olmalarına gerek yok belki anlatırsam anlayabilirler.

Anne: Arkadaşlarının anlattıklarını anlayabileceğini düşünüyorsun.(Etkin Dinleme)

Ahmet: Evet öyle düşünüyorum.Anlatmayı deneyeceğim.

Birinci örnekte anne etkisiz iletişim yöntemlerini kullandı. İkincisinde ise Etkin Dinleme'yle sorunu Ahmet'e bıraktı. Birincisinde Ahmet annesinin önerilerine karşı çıktı, kızgınlığı ve engellenmişliği azalmadı, sorun çözülmeden kaldı, sonuçta Ahmet'te hiçbir gelişme olmadı. İkincisinde kızgınlığı gitti, sorun çözmeyi başlattı,

kendine daha derinden baktı, kendi çözümünü buldu, sonuçta sorumlu ve kendini yöneten bir sorun çözümü olma yolunda gelişti.

İletişimde Ben Dili Kullanımı

Kendimizi Doğru İfade Etmenin Yolu: Ben Dili

a. Davranışın Tanımı: Karşıdaki kişinin üzen, kızdıran, korkutan davranışının yorum katılmadan ne ise aynen ifade edilmesidir.

Ara öğünü almadığın zaman.....

b. Somut Etki: Karşıdaki kişinin yaptığı davranışın sonucunda oluşan duygunun nedeninin açıklanması (Para, zaman, emek, sağlık, enerji kaybının ifade edilmesi)
Kendimi işime veremiyorum

c. Duygunun İfadesi: Karşıdaki kişinin davranışı sonucunda hissedilen duygunun ifade edilmesidir.

Üzülüyorum

Ben dili ile konuşmanın 3 tür olumlu etkisi vardır:

Konuşanı rahatlatır.

Duyguların açıklanması, kişinin rahatlamasına ve birikim yapmamasına yol açar.

Belirgin etkiyi düşünen yetişkin, bazen belirgin bir etki olmadığını farkeder.

Ben mesajında gence karşı bir saldırı olmadığı için savunma durumu ortaya çıkmaz ve çocuk, yetişkinin gereksinimini karşılamak amacıyla, davranışın sorumluluğunu üstlenir; değiştirmeye yönelebilir. Bu durumda çocuk dış kontrol ve tehdit yerine iç kontrol ve denetim kazanır.

Ergenlik Döneminde Duygularının Özellikleri

Ergenin bu dönemde duyguları inişli çıkışlı bir dönem geçirebilir. Ergen bu duyguları dile getirmese de hissettirir. Geçici öfke patlamaları görülebilir. Bu duyguların farkında olunmalıdır. Tip 1 diyabetli ergenler bu dönemde diğer akranlarından farklı olarak hastalığa bağlı olarak öfke patlamalarını daha yoğun yaşayabilirler. Ergen eğer öfkeli ise;

- Öfkeli veya gergin göründüğünü ifade edin (*Gergin görünüyorsun*)
- Konuşmak isteyip istemediğini sorun
- Ergenin zevk alacağından emin olduğunuz bir aktiviteyi paylaşın (*Sohbet etmek, yemek yapmak, sinemaya gitmek vb.*).

Ergen İle Sağlıklı İletişim Kurmak İçin Öneriler

- Bu dönemin geçici, sabır gerektiren bir dönem olduğunu asla unutmayın. Bu bunalımlı dönemde, objektif, dengeli, sabırlı ve kuvvetli olmaya özen gösterin.
- Ergenin, artık bir çocuk olmadığını kabul edin. Bunu kabul ettikten sonra ergene söylediğiniz sözler ve davranışları ile gösterin.
- Kuşaklararası çatışmaları hafifleterek, krizi yönetebilmek için çocuklar ile arkadaşça bir ilişki geliştirmeli, örnek olmalısınız
- Aile içinde yetişkinlerin tutumları, ergenin hakları ve sorumlulukları arasındaki dengeyi sağlayabilir nitelikte olmalıdır. Ergen zaten kararsız ve dengesizdir, yetişkin bunu yönetebilmelidir. “Sen daha çocuksun, bunu bilemezsin” diyen bir yetişkin başka bir gün, “Kocaman bir adam oldun hala bilemiyorsun” şeklindeki suçlaması, ergeni dengesizliğe iter. Kaçınılmalıdır.
- Ergenin görüş ve düşünceleri hiçbir zaman tebessüm, alaylı bir gülüş ile karşılanmamalıdır. Ergen kendini kanıtlama çabası içindeyken yaptığı işlerde başarısız bile olsa, desteklenmeye devam edilmeli, tekrar denemesi için fırsat verilmelidir.
- Ergeni başkalarının yanında eleştirmemeye, davranışlarını kıyaslamamaya (hiçbir zaman, hiçbir yerde) büyük özen göstermelisiniz
- Çocuklarınız ile ortak değerler geliştirmelisiniz. Bunun için kendinizi geliştirin ve çağa ayak uydurmaya çalışın.

“Ben-İletileri” Gönderme Alıştırmaları

Yönerge: Her olayı okuyun, ikinci bölümdeki Sen-İletileri’ni inceleyin, sonra üçüncü bölüme bir Ben-İletisi yazın.

Olay	Sen-İletisi	Ben-İletisi
Anne okuldan gelen adölesana okulda insülin uygulamasını yapıp yapmadığını sorar. Adölesan bu soruya çok sinirlenerek kapıyı çarpar ve odasına gider.	“Seninle zaten konuşulmuyor. Ne zaman bu konu açılrsa kapıyı çarpıp çıkıyorsun”	Tedavine en az benim kadar önem verdiğini ve dikkat ettiğini biliyorum. Benim bunları sık sık soruyor olmam seni rahatsız ediyor olmalı. Bundan sonra daha dikkatli olacağım. Bu konuda sana güveniyorum
Genç annesinin bilmediği bir nedenle bütün gün suratını asıp oturur.	“Haydi, surat asmayı bırak ya da çık dışarıda surat as. Her şeyi çok büyütüyorsun”.	Seni böyle mutsuz görmek beni çok üzüyor. Neden üzgün olduğunu bilmediğim için sana nasıl yardım edeceğimi de bilemiyorum.”
Adölesan okulda alması gereken ara öğününü almamış ve diyetine uymamıştır.	“Hastalığınla ilgili biraz daha dikkatli olamaz mısınız?	Biliyorum bu hastalıkla yaşamak hiç de kolay değil. Diyetine dikkat etmemen beni üzüyor”
Adölesan rutin kontrol için annesiyle kararlaştırdıkları saatte endokrin polikliniğine gelmez. Annesi merak etmiştir.	“Utanmalısın. Seninle polikliniğe gelmeyi kabul ettim, ama sen zamanında gelmedin.”	Seninle polikliniğe gidebilmek amacıyla günümü dikkatlice planlıyorum, ama sen ortalarda yoksun. Bu hiç hoşuma gitmedi

Kaynaklar

- 1.Anderson, B. J. (2004). Family conflict and diabetes management in youth: clinical lessons from child development and diabetes research. *Diabetes Spectrum*, 17, 22 -26.
- 2.Anderson, B. J; Vangsness, L; Connell. A; Butler, D; Goebel-Fabbri, A; Laffel, L.M; (2002). Family conflict, adherence, and glycemic control in youth with short duration type 1 diabetes. *Diabet Medicine*, 19, 635 -642.
- 3.Botello-Harbaum M, Nansel T, Haynie DL, Iannotti RJ, Simons-Morton B. (2008). Responsive parenting is associated with improved type 1 diabetes-related quality of life. *Child Care Health Dev*, 34(5):675-81.
- 4.Dashiff C, Hardeman T, McLain R. (2008). Parent-adolescent communication and diabetes: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2):140-62.
- 5.Gordon, T. (2003). Etkili Anababa Eğitimi Aile İletişim Dili (15. Bs) İstanbul: Sistem Yayıncılık.
6. Gordon, T. (2003). Etkili Anababa Eğitiminde Uygulamalar (12. Bs) İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- 7.Pereira M G, Berg-Cross L, Almeida P, Cunha J. M. (2008). Impact of Family Environment and Support on Adherence, Metabolic Control, and Quality of Life in Adolescents with Diabetes. *International Journal of Behavioral Medicine* (15): 187–193.
- 8.Schilling L S, Knafl K A, Grey M. (2006). Changing Patterns of Self-Management in Youth with Type I Diabetes. *Journal of Pediatric Nursing* 21(6): 412-424.
- 9.Viikinsalo, M. K; Crawford, D.M; Kimbrel, H., Long, E., Dashiff, C. (2005). Conflicts Between Young Adolescents With Type I Diabetes and Their Parents. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 10 (2), 69-78.
- 10.Weinger, K; O'donnell, A. K; Ritholz, M. D. (2001). Adolescent views of diabetes related parent conflict and support: a focus group analysis. *Journal Adolescent Health*, 29 (5), 330-336.
- 11.Yavuzer, H. (2009). Gençleri Anlamak (4 bs.). İstanbul: Remzi Kitabevi.

HEMŞİRELİK TANISI: EBEVEYNLİKTE YETERSİZLİK

Aşırı Koruyucu Ve Kollayıcı Anne-Baba Tutumu

“A’nın 15 yaşına girmesi beni artık daha da endişelendiriyor. O küçükken her şey daha kolaydı ve her şeyi kontrol edebiliyordum. Ne yedi ne zaman yedi ne zaman enjeksiyonunu yaptı biliyordum. Ama şimdi öyle değil. Bu durum beni endişelendiriyor”.

Anneler çocukları hastalığın sorumluluğunu almaya başladığı zaman kontrol duygusunu kaybetmeye başladıklarını düşündükleri için endişeli olabilirler. Annelerde bu nedenle bu dönemde “aşırı koruyucu kollayıcı tutum” görülebilir. Bu hem anne hem de ergen için oldukça güç bir durum olabilir.

Tip 1 diyabetli bir ergenin ifadesi

“Keşke annem beni bu kadar bunaltmasa....örneğin testler ve insülin uygulaması gibi. Keşke bana güvenebilse ve sorumluluklarımı bana verse. Bana sürekli olarak ne yapmam gerektiğini söylemesi beni çıldırtıyor”

Bu durum örnekte görüldüğü gibi ergende de kendisine güvenilmediği duygusu ve gerginlik yaratıyor. Ergenin bu duygular içinde olması ve bizim koruyucu kollayıcı tutumumuz ergenle iletişim sorunları yaşamamıza, ergenin kişilik gelişiminin engellenmesine ve hastalığın yönetiminin kötü olmasına neden olabilir.

Ergenlik Döneminde Kişilik Gelişimi

Kişilik bireyin sosyal ve psikolojik tepkilerinin tümüne verilen bir isimdir. Aynı zamanda bir kimsenin kendine göre belirgin bir özelliği olması durumudur veya bir bireyi diğerinden farklı kılan bütün ayırıcı özellikleri onun kişiliğidir. Ergenin kimliği, çocukluktan itibaren yapılan değişik özdeşimle yavaş yavaş gelişir. Ancak ergenlik kimlik geliştirmede önemli bir dönemdir ve ergen “ben kimim?” “nasıl davranmalıyım” gibi sorularına yanıt arar. Bu dönem çocuğun kişiliğinin ve kimliğinin geliştiği ve kendine ait bir bakış açısını ve dünya görüşünü geliştirdiği bir dönemdir ve bağımsız olması onun için çok önemlidir. Tip 1 diyabetli ergenlerin de bağımsızlık ve otonomi duygusunu yaşamaya ve kazanmaya gereksinimleri vardır. Ancak Tip 1 diyabet gibi gün içinde hastalığın yönetimine ilişkin uygulamaların

yapıldığı ve sürekli izlem gerektiren bir hastalık ergenin bağımsız ve otonomisini gelişmesi için bir risk olabilir.

Ergende kişiliğin oluşmasında çok sayıda etken sorumludur. Genetik ve biyolojik etkenlerin, içinde yaşadığı kültürel etkenler kişilik gelişiminde etkilidir. Ancak kişilik ve beraberinde otonomi ve bağımsızlık duygularının gelişiminde en önemli etkiyi ebeveynler yapar.

Çocuk Yetiştirme Tutumları

Her kültür ve her ailenin kendine özgü çocuk yetiştirme şekli vardır. Bu durum, bir yandan sosyo-ekonomik açıdan farklılıklar sergilemekte diğer yandan ebeveynlerin eğitim düzeyi, çocuklarına ayırdıkları zamana bağlı olarak da farklılıklar gözlenmektedir. Ancak Tip 1 diyabet gibi kronik hastalığa sahip çocukların annelerinin daha çok koruyucu-kollayıcı bir tutum içinde oldukları görülmüştür.

Aşırı Koruyucu Ve Kollayıcı Anne-Baba Tutumu

Koruma ve himaye etme normal bir annelik ve babalık davranışıdır, ancak kollama ve koruma davranışını çocuğun kendi gerçekleştireceği faaliyetleri engelleyecek şekilde yaygınlaştırmak “aşırı koruyucu ve kollayıcı” olarak davranmak demektir. Bu davranış şekline ve tutuma kronik hastalıklı çocuğa sahip ebeveynlerde oldukça sık görülmektedir.

Örnek vermek gerekirse:

- Çocuklarının becerileri olduğu halde hala annenin insülin uygulamasını kendisinin yapmak istemesi,
- Çocuğun hastalığının yönetimini gerçekleştiremeyeceği düşüncesiyle hiçbir sosyal aktivitesine izin vermemesi ya da onun adına karar vermesi gibi.

Bu tutumu sergileyen ebeveyn, çocuğun nasıl davranması, neleri nasıl yapması gerektiği konularında dikta eder. Çocuğun çalışkan, başarılı ve itaatkar olmasını ister. Hastalığın yönetimine ilişkin tüm sorumlulukları yerine getirerek diyabete ilişkin gelişebilecek tüm komplikasyonları önlemeye çalışır. Anne hastalığın yönetimine ilişkin tüm sorumluluğu üzerine alır. Bu tutumla yetiştirilen çocuklar için ergenlik çağını geçse de ona kendi kararlarını vermesi için gerekli zemin hazırlanmaz, bu ailelerde gencin vermesi gereken kararlar da aile tarafından alınır ve anne-baba buna hakkı olduğunu düşünür. Ayrıca bu gençlerin, girişimci olmadıkları, bağımsız

davranamadıkları, özgüveni zayıf, sorumluluk almaktan çekinen, kendi yapmaları gereken işleri başkalarının yapmasını bekleyen, silik kişilikler sergileyen ve yetişkin olduklarında da bir himaye edene ihtiyaç duyan kişiler oldukları görülür.

Ergenlik dönemi gencin daha bağımsız ve kendine yeter duruma gelmek için mücadele verdiği bir dönemdir. Ergenin bunları başarabilmesi için ebeveynlerin gencin “bireyselleşmesini” desteklemesi gerekmektedir. Bu da genci biraz özgür bırakmakla ve yapabildiği aktiviteleri desteklemek ile mümkündür.

Unutmayalım ki ergenin kendi başına yapabileceği aktivitelerin de sizin tarafınızdan yapılması onun otonomi, bağımsızlık, kişilik gelişimine olumsuz etkide bulunabilir.

İstendik olan Tip 1 diyabetli ergenin otonomi, bağımsızlık duygularını ve kişilik geliştirmesini sağlayan;

Eşitlikçi Ve Demokratik Tutumdur

Bu tutumu sergileyen anne-babalar, genç çocuklarını ayrı bir kişi olarak kabul ederek, değer vermekte ve bağımsız kişilik geliştirme mücadelelerini akılcı bir şekilde yönetmektedirler.

Bu ebeveynler şu davranışları gösterir;

Ergeni Disipline Etmekten Ve Ona Sınır Koymaktan Korkmaz

Tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynler çocuğuna sınır koymakta ve disipline etmekte güçlük yaşayabilir ve aşırı koruyucu kollayıcı bir tutum içine girebilirler. Oysaki Tip 1 diyabetli ergenlerinde diğer ergenler gibi disiplin gereksinimleri vardır. Disiplin çocuğunuzun güvenliğini sağlar. Disiplinin her iki ebeveyn tarafından da aynı şekilde ve tutarlı olarak uygulanması, fiziksel cezayı içermemesi, ceza ve ödülün davranışın hemen sonrasında verilmesi ve verilen cezanın davranışa yönelik olduğunun ifade edilmesi önemlidir. İstenilen davranışın kazandırılması için kanıt göstererek inandırmak uygulanması gereken bir disiplin yöntemi olabilir (*Örn: Ara öğününü almadığı zaman hipoglisemiye girmesi ve kendini kötü hissetmesi gibi*). Ergen istenen davranışı göstermediğinde onu çok severek yaptığı bir aktiviteden mahrum bırakmak da etkili bir disiplin yöntemi olabilir (*Harçlığını azaltma, gitmek istediği konsere göndermeme gibi*). Ancak, sevgi ve ilgiden mahrum bırakmak demokratik aile bu tutumunun içinde yer almaz. Hoşgörü ve sevgi bu aile tutumunda temel prensiptir ve koşulsuz olarak gence sunulur. Açıkça ifade edilir.

Ergene Sorumluluk Verir

Tip 1 diyabetli çocukların disiplin gereksinimleri olduğu gibi aynı zamanda sorumluluk almaya da gereksinimleri vardır. Çocuğunuzun hastalığı ile ilgili ve ev içinde sorumluluk almasını sağlayın. Ergenlik döneminde olan diyabetli bir çocuk hastalığına ilişkin sorumlulukları alabilir ve ev içindeki sorumlukları sürdürebilir. Çocuğunuzun sorumluluk alması bağımsızlığını kazanmasını sağlar, kendisine olan güvenini ve benlik saygısını artırır. Ayrıca çocuğunuz hastalığın yönetiminde başarılı olduğunda ve sorumluluklarını yerine getirdiğinde, bu durumu fark ettiğinizi belirtin ve olumlu geri bildirim verin. *(Örn; Ara öğününü zamanında aldığında – Ara öğününü zamanında aldığını gördüm. Aferin gibi...)*

Ergene Karar Verme Fırsatı Verir

Tip 1 diyabeti olan ergenlerin hastalıklarını yönetebilmeleri için yapmaları gereken görevleri vardır. Ergen bu görevleri yerine getirirken sizin müdahalelerinizi (Örn: İnsülin uygulamasını zamanında ve uygun şekilde yapması, ara öğünlerini alması) bağımsızlığını tehdit eden bir unsur olarak algılayabilir ve aranızda çatışma yaşanabilir. Çünkü daha öncede belirttiğimiz gibi bu dönemde bağımsızlık duygusu son derece önemlidir. Bu nedenle ergenlerin diğer çocuklardan farklı olarak yaşamları hakkında kontrol duygusunu yaşamaya daha fazla gereksinimleri vardır. Tip 1 diyabetli birçok ergen yaşamları ile ilgili kontrolü kaybettiklerini ya da çok az kontrole sahip olduklarını düşünürler. Bu nedenle; ebeveynlerin çocuklarının kaybettikleri kontrol duygularını yeniden kazanmaları için yardımcı olmalıdırlar. Bunu geliştirmek için mümkün olduğu kadar ergenin kararlarını dikkate almalı ve onlara yaşamları hakkında karar verme fırsatı vermelisiniz. Ergenin bireyselliğinin ve bağımsızlığını desteklemek amacıyla hastalığın yönetimine ilişkin ergenin yapacağı tüm aktiviteleri desteklemelisiniz. Ergenin kararlarına saygı duyar ve desteklerseniz kendisine güven duygusunun gelişmesini sağlarsınız.

Demokratik ebeveyn tutumları doğrultusunda ayrıca;

Her çocuğun kendisine özgü olduğunu bilerek kıyaslamaya girmemelisiniz.

Ergenin yeteneklerinin farkına vararak ve gelişimini o yöne doğru yönlendirmelisiniz
(*Bu aynı zamanda gencin kendini gerçekleştirmesini de destekler*)

Fikirlerini açıkça ifade etmesine izin vermeli ve teşvik etmelisiniz(*Tüm bakış açıları hakkında*).

Ergen, sık sık inişli çıkışlı duygular yaşar ve dile getirmese de hissettirir. Bu zamanlarda yetişkinin uzaktan denetimine ihtiyaç duyar. Bu nedenle duygusal bir iniş anını fark ederek zevk alacağından emin olduğunuz bir aktiviteyi paylaşmalısınız
(*Yemek, kek yapmak, sinemaya gitmek, birlikte müzik dinlemek, sohbet etmek, basket oynamak gibi*).

Bu ebeveyn tutumu içinde yetişen ergenin;

*Temel güven duygusu gelişmiş

*Fikirlerini serbestçe söyleyebilen

*Girişimci

*Kendisi ve hastalığı ile ilgili sorumluluk alabilen

*Kendisine ve diğer insanlara saygılı

*Kendini geliştirmeye, kendini gerçekleştirmeye ve yaratıcı fikirler üretmeye istekli bireyler olduklarını söylemek mümkündür.

Bu nedenle sizlere düşen;

Aşırı denetleyici ve koruyucu tavırdan çok gence karşı koşulsuz sevgi gösteren, güven veren, önemseyen ve değer veren bir tutum sergilemenizdir. Bu, onun kimlik gelişimini kolaylaştıracak ve destekleyecektir. Ayrıca hastalığın olumsuz etkilerini azaltarak uyumunu artıracaktır.

Ergenlik Döneminde Sosyalleşme

Ergenlik döneminde arkadaşlar gencin yaşamında büyük rol oynamaya başlar. Bu dönemde gencin daha az “aile merkezli”, buna karşılık daha çok “arkadaş merkezli” olduğu görülür. Arkadaşla geçirilen zaman, evde ebeveynlerle geçirilen zamandan daha fazladır. Ergen, arkadaş aracılığıyla diğer kişilerle anlaşmayı ve bir gruba uyum sağlamayı öğrenir. Arkadaş standartları artık, anne-babanın belirlediği standartların önünde gelmeye başlar. Ergenin, içinde bulunduğu gerilim onu, duygu

ve düşüncelerini paylaşabileceği, sorunlarını tartışabileceği, yetişkin değerlerinden bağımsız bir değerler sistemi edinebileceği akran grupları içinde yer almaya yöneltir.

Başka bir deyişle, ailesine kıyasla arkadaş grubunda “anlaşıldım duygusunu” daha yoğun hissetmektedir. Araştırmalar, arkadaşları tarafından kabul edilen gençlerin olumlu kişilik özelliklerini gösterdiklerini ortaya koymaktadır. Akran grupları gence, yaşlılarıyla yaşamayı, sorunlarını, çatışmalarını, karmaşık duygularını paylaşmayı ve çözümlemeyi öğretir. Arkadaş grubu içinde sosyal etkinlikler arttıkça ergenin öğrenme yaşantısı olumlu biçimde etkilenir. Özgüveni artar. Duygusal gerilimi azalır. Öğrenme ortamına dikkati yoğunlaşır.

Tip 1 diyabet beraberinde hastalığa ilişkin okul ve arkadaş ortamında da yapılması gereken rutinleri ve aktiviteleri getirir. Ergenler için bu durum arkadaşları ve okuldan aralıklı olarak ayrılmak ve onlardan farklı olmak anlamına gelebilir. Ergenin akranları ile birlikte olmaya devam etmesi ve bu ilişkinin devam etmesi çocuğun hastalığı ile baş edebilmesini sağlar. Bu nedenle çocuğunuza arkadaşları ile olan ilişkilerini sürdürmesi ve yeni arkadaşlıklar kazanabilmesi için yardımcı olun. Arkadaşları ile olan aktivitelerini sınırlamayın ve onlara arkadaşları ile birlikte zaman geçirebilme fırsatı verin. Bu destek çocuğunuzun akranları ile sosyalleşmesini, arkadaşlıklar kurmasını ve sürdürmesini ve hastalıktan kaynaklanan farkın en aza inmesini sağlar. Çocuğun sosyalleşmesi ve hastalıktan kaynaklanan farkın en aza inmesi ve sosyalleşmesi onun hastalığa daha iyi uyum yapmasını sağlayacaktır. Hastalığı nedeniyle diğer akranlarından farklı olduğunu hissetmesi, kendine olan güven duygusunun kaybına ve aşağılık duygusuna neden olabilir. Bu duygular da ergenin arkadaşları ile ilişkilerini sınırlayabilir. Ayrıca hastaneye yatış ve aralıklı kontroller süresince okula devam problemleri yaşanabilmekte ve çocukların okul başarıları etkilenebilir.

Bu dönemde aile ve okul arasında iyi bir iletişim kurulması son derece önemlidir. Okul personeli (örn: öğretmeni, rehberlik öğretmeni) hastalık hakkında ve acil müdahaleler konusunda bilgilendirilmelidir. Bu nedenle önemli telefon numaralarını alın ve ulaşılabilir olun.

Kaynaklar

- 1.Aaron, E. C. ve Marrero, D. G. (2006). The Role of Significant Others in Adolescent Diabetes: A Qualitative Study. *The Diabetes Educator*, 32: 243-252.
- 2.Amer, K. S. (2008). Children's Views of Their Adaptation to Type 1 Diabetes Mellitus. *Pediatric Nursing*; 34-4: 281-288.
- 3.Berg, C. A., Butler, J. M., Osborn, P., King, G., Palmer D L., Butner, J, ve Murray M ve diğeri.(2008). Role of Parental Monitoring in Understanding the Benefits of Parental Acceptance on Adolescent Adherence and Metabolic Control of Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 31: 678-683.
- 4.Betz, C. L., Hunsberger, M. M. ve Betz, W. S. (1994).Family-centered nursing care of children. W.B. Saunders. Philadelphia.
- 5.Butler, D. A., Zuehlke, J. B., Tovar, A., Volkening, L. K., Anderson, B. J. ve Laffel L. (2008). The impact of modifiable family factors on glycemic control among youth with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*; 9(4, Part II): 373-381.
- 6.Cameron F. (2006). Teenagers with diabetes Management challenges. *Australian Family Physician*, 35(6): 386-390.
- 7.Çavuşoğlu, H. (2008).Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Cilt 1,Sistem Ofset Basımevi, 9. Basım. Ankara.
- 8.Davidson, M., Penney, E. D., Muller, B. ve Grey, M. (2004). Stressors and self-care challenges faced by adolescents living with type 1 diabetes. *Applied Nursing Research*;17:2: 72-80.
- 9.Hains, A. A., Berlin, K. S., Davies, W. H., Parton, E. A. ve Alemzadeh R. (2006). Attributions of Adolescents With Type 1 Diabetes in Social Situations. *Diabetes Care*; 29:818-822.
10. Judith, W. H. (2006). Children's and Young Adolescents' Voices: Perceptions of the Costs and Rewards of Diabetes and Its Treatment. *Journal of Pediatric Nursing* , 21(3):211-221.
- 11.Leonard, J. (2003). Biopsychosocial Factors Affecting Metabolic Control Among Female Adolescents With Type 1 Diabetes. *Diabetes Spectrum*; 16: 154-159.

- 12.Nardi, L., Zucchini, S., D'Alborton, F., Salardi, S., Maltoni, G., Bisacchi, N., Elleri, D. ve Cicognani A. (2008). Quality of life, psychological adjustment and metabolic control in youths with type 1 diabetes: a study with self- and parent-report questionnaires. *Pediatric Diabetes*, 9: 496–503.
- 13.Wit, M., Henriette, A., Bokma, J. A; Haasnoot, K; Mieke, C. H; Gemke, R. J. ve Snoek, F. J. (2008). Monitoring and Discussing Health-Related Quality of Life in Adolescents With Type 1 Diabetes Improve Psychosocial Well-Being A randomized controlled trial. *Diabetes Care*; 31: 1521-1526.
- 14.Wong, D, Hockenberry M, (2001) Wong's Essentials of Pediatric Nursing. Sixth Edition. Mosby.
- 15.Yavuzer, H. (2009).Gençleri Anlamak, Remzi Kitabevi, 4. Basım. İstanbul

HEMŞİRELİK TANISI: TİP 1 DİYABET HAKKINDA BİLGİ EKSİKLİĞİ

Tip 1 Diyabet

İnsülin sentezinin yetersizliği nedeniyle gelişen Tip 1 diyabetes mellitus çocukluk döneminde en sık görülen kronik hastalıklardan biridir. Tip 1 diyabet çocuklarda herhangi bir yaşta görülebilir ancak en sık 10-15 yaşları arasında görülür. Glikoz vücudumuzda kas ve diğer dokularımız için en temel enerji kaynağıdır. Sindirim sırasında glikoz kan dolaşımına geçer. Ardından da glikoz pankreastan salgılanan insülin yardımıyla hücrelere geçer. Ancak Tip 1 diyabette pankreas kan dolaşımına insülin veremez, glikoz vücutta kullanılamaz ve kan şekeri yükselir.

Tip 1 Diyabetin Nedenleri

Tip 1 diyabet; genetik, otoimmün ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu gelişir.

- Genetik Faktörler; Ebeveynlerde Tip 1 olması çocuklarda Tip 1 diyabet gelişimi için risk faktörüdür.
- Otoimmün Faktörler; Vücudu virüslere ve bakterilere karşı koruyan doğal savunma sisteminin, pankreasta insülin yapan hücreleri yabancı hücreler gibi algılaması ve tahrip etmesidir.
- Çevresel Faktörler; Viral enfeksiyonlar, besinlere konulan katkı maddeleri ve stresli yaşam olayları gibi faktörler diyabet için bir risk faktörüdür.

Tip 1 Diyabetin Belirtileri

Açlık; İnsülin olmadığı ve hücrelere gereksinim duyduğu enerji gidemeyeceği için kişi sürekli kendini aç hisseder.

Kilo kaybı; Gereksinim duyduğu enerjiyi yağlardan ve proteinlerden karşılamaya çalışmasıyla iştah artmasına rağmen kilo kaybı olur.

Sık idrara çıkma; Hücre içine giremeyen glikoz idrarla atıldığı için sık idrara çıkma görülür.

Çok su içme; İdrarla birlikte su kaybettiği için çok su içilir.

İnsülin Uygulamasının Yapıldığı Bölgeler

İnsülin kola, bacağı, karın bölgesine ve kalçalara yapılabilir. (Annelere şekil üzerinde sorulacaktır)

İnsülin Uygulaması Sırasında Dikkat Edilmesi Gerekenler:

- Bir hafta süreyle aynı ekstremitayı ve bölgeyi kullanılabilir.
- Her iki ekstremita arasında 1,5-2 cm boşluk bırakılmalıdır.
- İnsülin uygulaması aynı bölgeye sürekli olarak yapılmamalıdır.
- Eller sabunlu su ile yıkanır.
- İnsülin dozunun doğruluğu kontrol edilir.
- Eğer buzdolabında saklanıyorsa oda ısısına gelmesi beklenmelidir.
- İnsülin enjeksiyonu zayıf ve küçük çocuklarda 45°, diğerlerinde ise 90° açı ile insülin uygulaması yapılır.
- Eğer çocuk zayıfsa enjeksiyon bölgesindeki deri yavaşça gerdirilir. Çocuk kilolu ise enjeksiyondan önce deri iki parmak arasında kavranır.
- Enjeksiyondan sonra kısa bir süre için pamuğun enjeksiyon bölgesi üzerinde tutulur ve masaj yapılmaz.
- Her enjeksiyondan sonra yapılan insülin miktarı kaydedilir.

Tip 1 Diyabetin Kısa Dönem Komplikasyonları

Kan Şekerinin Düşmesi (Hipoglisemi):

Kan şekerinin 60 mg/dl ya da altına düşmesidir. Kan şekeri şu durumlarda düşer;

- Fazla insülin yapılması
- İnsülinin normalden hızlı emilmesi
- Öğünlerin atlanması
- Yeterli besin almadan aktivitelerin artırılması
- Gastroenterit ya da kusma

Belirtileri;

Halsizlik, açlık hissi, huzursuzluk, baş dönmesi, baş ağrısı, dudaklarda ve parmaklarda uyuşukluk, titreme, çarpıntı, denge sağlayamama.

Kan Şekeri Düştüğünde Ne Yapılmalıdır?

Tedavinin hızlı bir şekilde yapılması gereklidir. Eğer çocuğun bilinci yerindeyse şeker içeren sıvılar veya şeker verilebilir. Ancak çocukta baş ağrısı ve titreme, kan düzeyi normale döndükten sonra saatlerce devam edebilir.

Kan Şekerinin Yükselmesi (Hiperglisemi)

Kan şekeri düzeyinin normal sınırların üstüne çıkmasına (200-400 mg/dl) hiperglisemi denir. Kan şekeri şu durumlarda yükselir;

- Aşırı besin alımı
- Yetersiz insülin yapma
- Fiziksel aktivitede azalma
- Stres
- Hastalık
- Menstruasyon

Belirtileri; Bulantı, kusma, fazla susama, sık idrara çıkma, hızlı-derin solunum, hızlı nabız, ağızda aseton kokusu.

Kan Şekeri Yükseldiğinde Ne Yapılmalıdır?

Kan şekerinin düşüklüğü gibi yüksekliğinin de çok hızlı bir şekilde düzeltilmesi gereklidir. Bu belirtiler görüldüğünde kan şekeri hemen ölçülmeli ve sağlık kuruluşuna gelinmelidir.

Diyabetik Ketoasidoz:

Kan şekerinin çok uzun süre yüksek düzeyde olmasından kaynaklanan bir durumdur. Hücrelerimiz aç olduğunda vücudumuz enerji sağlamak için şeker yerine yağları kullanır. Enerji için yağların kullanılması sağlıklı değildir. Yağların yanmasıyla ketonlar oluşur. Ketonlar vücutta birikir ve idrarla atılırlar. Ketonlar vücutta zehir etkisi yapar, vücuda zarar verir ve kişiyi hasta yaparlar. Bulguları; Ağızda aseton kokusu, zor soluk alıp verme, kusma, idrarda keton görülmesi, çok susama ve çok idrara çıkmadır.

Nedenleri;

- İnsülin dozunun eksik yapılması
- Beslenme ve aktivite planına uyulmaması
- Stres
- Hastalık

Ketoasidoz çok hızlı bir şekilde düzeltilmesi gereken ciddi bir durumdur. Bu nedenle kan şekeri hemen ölçülmeli ve sağlık kuruluşuna gelinmelidir.

Tip 1 Diyabetin Uzun Dönem Komplikasyonları

Diyabet, kronik (uzun süreli) bir hastalıktır ve zaman geçtikçe vücuttaki pek çok sistemde kalıcı hasarlara neden olabilir. Diyabetliler, normal kişilere göre kan şekerlerinin düzensiz olması nedeniyle bazı hastalıklara daha fazla eğilimlidir ya da daha fazla risk taşırlar. Bu sorunları iyi bilmek, ortaya çıkışlarını geciktirmeyi veya çok daha az zarar görmeyi sağlar.

Diyabete bağlı olarak vücudun el, ayak, göz, deri gibi dış ve uç kısımlarına kan taşıyarak dokuların beslenmesini sağlayan küçük (kılcal) damarlar zarar görebilir. Bu da kanın geçişini zorlaştırır ve kan dolaşımı bozulur. Zamanla kılcal damarların geçirgenlikleri de artar. Örneğin, normalde idrara geçmeyen büyük proteinler kandan idrara geçerek vücuttan kaybedilirler. Hangi vücut bölümünün dolaşımını sağlayan damarlar bozulursa ilgili organın hastalığı ortaya çıkar.

- **Görme Sorunları (Retinopati);** Hemen her diyabetli hastada zaman içinde farklı derecelerde göz sorunları olabilir. En ciddi sorunlar, göz küresinin arkasında yer alan retinayı besleyen kılcal damarların zarar görmesi ile ortaya çıkar. Retina, gözün görmemizi sağlayan kısmıdır. Diyabetik retinopati ise diyabete bağlı olarak gelişen retina bozukluklarının tümüne verilen genel bir isimdir. Retina damarlarında tıkanmalar, damar duvarından sızıntılar ve kanama oluşur. İlerleyen dönemde ise yeni ve anormal damarların ortaya çıktığı bilinmektedir. Kişi fark etmeden de retinada ciddi hasarlar oluşabilir, çünkü retinopati her zaman belirti vermez. Bu yüzden Tip 1 diyabetli bireyin göz muayenesini hiçbir şikayet olmasa da düzenli biçimde mutlaka yaptırması gereklidir. Görme ile ilgili sorunların oluşması birkaç yıl sürer ve hastaların sadece % 5-15'inde geri dönüşsüz sorunlar görülebilir.
- **Böbrek Sorunları;** Kan şekerinin yüksek olması vücudun koruma sistemlerini etkileyerek idrar yollarında enfeksiyon gelişmesin neden olabilir. Bu nedenle bu hastalarda idrar yolu enfeksiyon gelişmesi riski daha yüksektir. Sık geçirilen enfeksiyonlar ise böbreklere zarar verebilir. Ayrıca diyabetik nefropati gelişebilir. Böbreklerimiz kandaki zararlı maddeleri süzer.

Diyabetin süresi uzadıkça ve kan şekeri kontrol altında tutulamadığında zarar gören böbrek kılcal damarları kanı süzemez ve/veya bu damarların geçirgenlikleri artar. Vücudunuz için gerekli proteinler atılırken zararlı maddeler süzülemez ve kanda birikir.

- Nöropati; Kan şekerinin uzun süre yüksek düzeyde olmasına bağlı olarak özellikle ayaklarda duyu kaybı ve dolaşım bozukluğu gelişebilir. Bu nedenle küçük travmalar hissedilmez ve kolaylıkla enfeksiyon gelişebilir.

Korunma

Belirttiğimiz komplikasyonların gelişmesini önlemek için;

- Kontrollere düzenli olarak gelinmeli (Bu kontrollerde sorunlar erken dönemde belirlenip önlem alınabilir).
- Kan şekerinin istenilen düzeyde olması sağlanmalı
- İnsülin ve enerji miktarının yeniden düzenlenmesi gereken durumlar bilinmelidir.

İnsülin ve Enerji Miktarının Yeniden Düzenlenmesi Gereken Durumlar:

- Stres
- Hastalık
- Büyüme
- Ergenlik
- Ameliyat
- Mentrüasyon (Adet Dönemi)

Gelişebilecek komplikasyonlar diyabetin yönetiminin iyi bir şekilde sağlanmasıyla azaltılabilir. Diyabetin iyi yönetimi diyetle uyum, insülin uygulamasının uygun şekilde yapılması ve egzersizle sağlanabilir.

Egzersizın Diyabetin Yönetimindeki Etkisi

Düzenli fiziksel egzersiz Tip 1 diyabetin yönetiminde çok önemli noktalardan biridir. Tip 1 diyabette fiziksel egzersizin yararları; psikolojik olarak adölesanın kendisini daha iyi hissetmesini sağlar, yaşam kalitesini artırır, kardiyovasküler sağlığı korur (gelişebilecek kalp ve damar hastalıkları sorunlarını önler), vücuttaki yağ dokusunun azalmasını sağlar (kilo alımını önler), kan şekerinin istendik düzeyde olmasını sağlar, günlük insülin dozunun azalmasını sağlar.

Egzersiz sırasında çocuklarda hipoglisemi gelişebileceği için öncesinde kan-glikoz düzeyinin kontrol edilmesi gereklidir. Kan-glikoz düzeyi 200mg/dl'nin altında ve idrarda keton yoksa egzersiz yapılabilir. Eğer kan glikoz düzeyi düşükse (100 mg/dl'nin altında) çocuğa bir ara öğün verilmeli ve kan glikoz düzeyinin normal sınırlara gelmesi beklenmelidir.

Kan Şekerinin Glukometre İle Ölçülmesi:

Parmaktan kan alınmadan önce kan miktarının yeterince olmasını sağlamak için eller sıcak suyla yıkanır.

Deriyi temizlemek için alkol kullanılmaz.

Enfeksiyon gelişmesini önlemek için lanset sadece bir kez kullanılır.

Parmağı deldikten sonra kanın daha kolay damlaması için parmak aşağıya sarkıtılır.

Alınan kan test şeridine damlatılır ve sonuç önerilen sürede okunur.

İdrarda Keton Ölçülmesi:

Şu durumlarda idrarda keton bakmanız gerekir.

Kan glikozu 240 mg/dl'yi aşarsa

Hastalanınca (grip, soğuk algınlığı veya enfeksiyon olunca)

Kusma veya bulantı olunca

Kan glikozunun yükseldiğini gösteren belirtiler varsa

Stres durumunda

Kan glikoz düzeyi 240 mg/dl'nin üzerine çıkınca idrarın keton yönünden değerlendirilmesi gereklidir. Keton test şeridi idrar örneğine batırılır ve önerilen süre kadar beklenir. Eğer idrarda keton varsa şeritte renk değişikliği oluşur. Test sonucu oluşan renk, şişenin üzerindeki renk skalası ile karşılaştırılır.

HEMŞİRELİK TANISI: STRESLE BAŞETMEDE YETERSİZLİK

KONU: STRES VE BAŞAÇIKMA

Kronik Hastalık Nedir?

Tüm çocuklar bebeklik ve çocukluk dönemi boyunca birçok sağlık problemi ile karşı karşıya kalırlar; bu hastalıklar geçtikten bir süre sonra çocuklar ve aileleri normal günlük yaşantılarına dönerler ve gelişimlerini tamamlarlar. Ancak çocuğa kronik hastalık tanısı konması çocuğun ve ailesinin tüm yaşantısını etkiler. Kronik hastalık üç aydan daha uzun süren, çocuğun normal günlük yaşam aktivitelerini etkileyen, hastaneye yatmayı veya yoğun tıbbi tedaviyi gerektiren hastalıktır. Astım, diyabet, serebral palsi, kistik fibrozis, kanser, epilepsi kronik hastalıklardan bazılarıdır.

Tip 1 Diyabetli Bir Çocuğumuzun Olması Ailemizi Nasıl Etkiler?

Tip 1 diyabet çocukluk döneminde en sık görülen kronik hastalıklardan biridir ve yapılan çalışmalar her yıl tanı alan çocuk sayısının arttığını göstermektedir. Tip 1 diyabet sadece hasta olan bireyi değil tüm aile bireylerini etkileyen bir durumdur. Çocuğun Tip 1 diyabet tanısı alması aile için bir stresördür ve aile bireylerinin önceliklerinde, görev, sorumluluklarında ve ilişkilerinde değişikliklere neden olabilir.

Çocuğa Tip 1 diyabet tanısı konduğunda ebeveynler şok yaşayabilir ve tanıya inanamazlar. Bu aşamada çocuklarına “ne olduğunu” “neden olduğunu” anlamaya çalışırlar. Bazı ebeveynler yaşadıkları bu süreçte tanıyı doğrulamak için farklı doktorlara götürebilirler. Ebeveynler tanı doğrulandığında öfke yaşayabilir ve suçlu arayabilirler. Ancak ebeveynler zaman içinde tanıyı kabullenmeye başlarlar. Ebeveynler hastalık ve yönetimi hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukça hastalığın yönetimi ile ilgili kendilerine güvenleri ve kabullenmeleri artar. Ancak ebeveynlerin yaşadıkları öfke ve keder duyguları zaman içinde tekrar görülebilir. Örneğin; çocukları ergenlik dönemine gelip hastalığın yönetimi kontrol edilemediğinde ya da hastalığı nedeniyle çocuğun yetersizlikleri belirginleştğinde, hiperglisemi veya hipoglisemi nedeniyle hastaneye yatması gerektiğinde bu duygular tekrar yaşanabilir. Ya da metabolik kontrolün kötü olduğu durumlarda komplikasyonların gelişebileceği düşüncesi ebeveynlerin öfke yaşamasına neden olabilir. Hastalığın yönetimi (insülin

uygulanması ve ara öğünlerin zamanında alınması gibi hastalığa ilişkin uygulamalar) çocukluk döneminde daha kolay olabilir. Ancak ergenlik döneminde hastalığın yönetiminin güç olması annelerde öfke duygularını arttırır.

Ebeveynler özellikle de anneler çocuğun ve ailenin yaşantısındaki değişikliklere uyum sağlamanın yanı sıra kronik bir hastalığın yönetimine de uyum sağlamaya çalışırlar. Tip 1 diyabetin yönetimiyle ilgili sorumluluklar (kan-glikoz düzeyinin ölçülmesi, insülin enjeksiyonunun yapılması, diyet/egzersiz programının uygulanması) ve aile düzenindeki değişiklikler annelerde anksiyete, depresyon veya strese neden olabilir. Tip 1 diyabet ailedeki tüm bireyleri farklı şekilde etkilemekle birlikte çocuğa bakım veren kişi anne olduğu için annenin etkilenme durumu diğer aile bireylerinden farklıdır.

Stres Ve Başa çıkma

Stres; yaşamımızda kaçınılmazdır. İç ve dış ortamdan kaynaklanan etkenlerin, birey tarafından tehdit edici ya da zararlı olarak değerlendirilmesi sonucunda, bedensel ve psikolojik tepkilerle ortaya çıkan bir durumdur. Stresin genellikle olumsuz bir duygu olduğu düşünülür. Bir miktar stres çoğu zaman bizi bir şeyler yapmaya iter, yaşantımızı devam ettirmemizi sağlar. Ancak çok fazla stres yaşamımızı zorlaştırıp bize zarar verebilir. Özellikle de stres yaratan durumda ne yapacağımızı bilemiyorsak. Stres oluşturan durumlar her birimizi için farklı olmakla birlikte, strese karşı bedenlerimizin gösterdiği fizyolojik tepkiler benzerdir.

Stres günlük yaşamımızın olağan ve kaçınılmaz bir parçasıdır. Stresle baş edebildiğimizde, yaşamımız daha hoş ve yaşantımız daha verimli olacaktır.

Önemli olan stressiz bir yaşam değil, uygun bir şekilde çözümleyerek stresle başa çıkabilmektir.

Stres anında ortaya çıkan bazı bedensel (fizyolojik) tepkiler.

- Kan basıncında artma
- Solunum ve nabız sayısında artma
- Vücut ısısında artma
- Boyun, omuz sırt ve kas gerginliğinde artma
- Sindirim sistem rahatsızlıkları (iştahsızlık, bulantı, kabızlık, gaz) görülür.
- Terleme, soğuk, soluk ve nemli cilt
- Baş ağrısı, uyku bozukluğu

- Huzursuzluk, uyanıklık ve aktiviteye hazır olma
- Görme keskinliğinde artma
- Kan şekeri yükselme, idrarda şeker atılımı artar.
- Sık idrara çıkma, idrar miktarının azalması ve yoğunluğunun artması
- Dudaklarda ve ağızda kuruluk, susuzluk hissi
- Kilo kaybı

Stresin Olumlu Etkileri

Stresin genellikle olumsuz ve zararlı bir zorlanma durumu olduğu düşünülmektedir. Ancak insan yaşamındaki zorlanmalar aynı zamanda da kişiyi geliştiren, değiştiren, yaratıcı ve eğitici yaşantıları da beraberinde getirmektedir. Yaşanan bu zorlanma ve gerilimler bireyi olgunlaştırarak güçlenmesine katkıda bulunur. Stresin olumlu etkileri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Stres mücadeleye dayanma ve hedefe ulaşmak için bütün kaynaklarımızı harekete geçirme yeteneğimizi artırır.
- İnsanları ellerinden gelenin en iyisini yapmaya iter.

Neler Stres Yaşamamıza Neden Olur?

Çevresel Stresler

Önemli yaşam olaylarını ve günlük sıkıntıları içerir. Hastalıklar, yakın birisinin kaybı veya hastalığı, bir yerden bir yere taşınmak, bir aile bireyinin ölümü ya da ciddi hastalığı gibi, büyük bir değişim ya da uyumu gerektiren olaylardır. Ancak stresin en büyük kaynakları, sıradan, günlük sıkıntılardır. Örneğin, aile ilişkilerinde yaşanan sorunlar, ekonomik kayıplar, başarısızlıklar, aşırı iş yükü ya da ekonomik kaygılar gibi. Bu stresli olayların sıklığının artmasının, vücudun bağışıklık sistemini zayıflatma ve hastalıklara karşı direncini azaltma gibi sorunlara yol açtığı, günümüzde artık çok iyi bilinmektedir.

Kişisel Stres Kaynakları

Kişilik özelliklerimiz, düşüncelerimiz, kendi kendimize yaptığımız konuşmalar gibi zihinsel faaliyetlerimiz ya da davranışlarımızla (alışkanlıklarımız ya da beceri eksikliklerimiz) ilişkili durumlar kişisel stres kaynaklarımızı oluşturur.

Yaşam olaylarına yaklaşıırken ve onlarla uğraşırken kendimizle yaptığımız diyalogun şekli yaşadığımız stresin yoğunluğunu azaltır ya da artırır. Kendi kendimize, "Davranışlarım ve dünya, ...(şu ya da bu şekilde) olmak zorunda" ya da "olmalı" dediğimizde, stresi davet ediyoruz demektir. Çünkü ne kendi davranışlarımızın ne de dünyanın her zaman bizim istediğimiz şekilde olması mümkün değildir. Olmak zorunda da değildir. İnsanda stres yaratan üç genel inanç vardır:

"Herkes beni sevmeli."

"Her zaman mükemmel davranmalı ve hiç hata yapmamalıyım" ve

"Dünya adaletli olmalı".

Dikkat ederseniz bu inançların üçü de gerçektir ve "ya hep ya hiç" özelliği taşımaktadır.

Benzer şekilde, kişiyi strese sokabilecek bir olayın yaklaşması da bazen olabilecek en kötü sonuç için endişelenmeye neden olur. "Biliyorum, bu kontrolde HgbA1C değeri çok yüksek çıkacak veya sağlık kontrollerinde (örn: göz kontrolü) sonuç kötü çıkabilir". İnsanın kendisiyle bu türden diyaloglarda bulunması, kaygı ve sıkıntısını artırır; dolayısıyla da sorunun çözümü gecikir.

Bir olayı algılamamız ve konu ile ilgili yetersiz bilgiye sahip olmamız strese neden olabilir.

Örn: Ergenlik dönemindeki çocuğunuzun sizinle daha az konuşması veya daha az zaman geçirmesini sizden uzaklaşması ve ailesine eskisi kadar değer/önem vermemesi olarak yorumlayabilirsiniz. Bu durum sizde strese neden olabilir. Oysaki bu dönem ergenin yaşantısında arkadaşlarının ve onlarla ilişkilerinin son derece önemli olduğu bir dönemdir. Bu bilgiye sahip olmamız yaşayacağımız bir stresi önler.

Eğer stres kaynakları biliniyorsa, gerilim ve stres kaynağı arasındaki ilişki fark edilir. Ancak stres kaynağının fark edilemediği durumlarda yaşanan stres ortadadır bilinmeyen ise bu stresin nedenleridir.

Hatalı Düşünceler Listesi

“ Ya Hep Ya Hiç” Türü “Siyah Ve Beyaz” Türü Düşünme

Olayları/durumları iyi ya da kötü olarak kategorize etmek Bu şekilde düşünüyorsanız, her şeyi “siyah ya da beyaz” olarak değerlendiriyorsunuz demektir.

Örnek:“Çocuğumun Tip 1 diyabetli olması onun için hep çok önemli bir sorun olacak”.

“Çocuğumun Tip 1 diyabetli olması artık onun hiçbir zaman diğer çocuklar gibi olamayacağı anlamına gelir”.

Aşırı Genelleme

Tek bir olumsuz olaydan hareketle o olayın ardından gelen her şeyi bir yenilgi gibi değerlendirmek aşırı genelleme bir yaklaşımdır.

Örnek:” Beni hiç kimse anlamıyor” veya “Tüm dünya bana karşı”

“Çocuğum arkadaşları ile birlikte dışarı çıktığında ara öğünü almamış/insülinini yapmamış. Artık hiç yapmaz!”.

Zihinsel Süzgeç

Yalnızca olumsuz ayrıntılar alınıp onlara odaklanılarak gerçeğin tümü olumsuzlaştırılır.

Örnek:” Ben bu hatayı nasıl yaptım. Herkese karşı küçük duruma düştüm. Daha öncede benzer bir hata yapmıştım. Hayat dayanılmaz bir hale geldi.

Olumluyu Geçersiz Kılmak

Bir olayın olumlu yönlerini görmezden gelerek, olayın sadece olumsuz yönünü görmek.

Örnek:”Çocuğumun kan şekeri şimdi düzenleyebiliyoruz ama ilerleyen günlerde (büyüdükçe) düzenleyemeyebiliriz”

Hemen Bir Sonuca Varmak

Bu düşünce tarzında da elinizde düşüncenizi destekleyecek kesin kanıtlarınız olmadığı halde, birinin size olumsuz davrandığı yargısına varır, bunun doğru olup olmadığını araştırmazsınız. Ya da işlerin kötü gideceğine ilişkin tahminler yapıp bu tahminlerin gerçekleştiğine inanırsınız.

Örnek:”Ne söylerseniz söyleyin, ne yaparsanız yapın onu bu konuda ikna edemezsiniz”.

“Çocuğum ne yaparsa yapsın yine de onu Tip 1 diyabetli olduğu için sınıfta arkadaşları dışlarlar”

“Arkadaşıma neler hissettiğimi söylesem, arkadaşlığımız kesinlikle bozulur.

Aşırı Büyütme Ya Da Aşırı Küçültme

Kendi başarısızlıklarınız ile diğerlerinin başarılarını gereksiz bir biçimde abartmak, kendi değerli özellikleriniz ile diğer kişilerin hatalarını önemsiz kılmak sıklıkla yapılan bir başka olumsuz düşünme şeklidir.

Örnek: “Benim böyle bir hatayı yapmaya hakkım yok. Evet, O da benzer bir hata yaptı ama onun geçerli bir nedeni var”.

Duygusal Mantık Yürütme

O sırada yaşadığınız olumsuz duygularınıza bakarak, gerçeğin bu duygularda yansıtıldığı gibi olduğuna karar vermek; duygulardan hareket ederek gerçeği tanımlamaktır.

Örnek:”Kendimi o kadar kötü hissediyorum ki tekrar normal bir yaşantımız olacağına inanamıyorum” (Çocuğunuzun HgbA1C düzeyi yüksek geldiğinde ya da hipoglisemik bir ataktan sonra)

“Me” li “Ma”lı Cümleler

Kendimizin ve diğer insanların nasıl davranacaklarına ilişkin kesin kurallara sahip olmak. Yapılacak her şeyi yerine getirecekmişsiniz gibi bir inanca kapılmak; kendinizi “yapılmalı” ve “yapılmamalı” gibi sözcüklerin gücüne inandırmak.

Örnek:”Ben çocuğum için bu kadar özveride bulunuyorsam, o da sorumluluklarının hepsini hatasız yerine getirmeli”.

“Tüm stresli koşullarla baş edebilmeliyim”

“Her zaman çok iyi görünmeliyim”

Etiketleme

Etiketleme aşırı genellemenin en uç noktasıdır. Bu düşünce tarzında hatanızı açıklamak ve davranışlarınızın üzerinde durmak yerine, kendi kişiliğinize; başkalarının hatası nedeniyle onların kişiliğine olumsuz atıflar yaparsınız. Kendine ve başkalarına olumsuz, yargılayıcı ve suçlayıcı sıfatlar yakıştırma

Örnek:”Ben bir hiçim Çevremdeki herkes sağlıklı bir çocuğa sahip ama ben değilim”

Karşılarındakilerin Fikrini Okumak

Olası başka nedenleri araştırmaya hiç gerek duymadan karşısındakinin ne düşündüğünü bildiğine inanmak

Örnek:”Bana ve çocuğuma bu hastalık yüzünden acıyan gözlerle bakıyorlar”

“Öğretmeni ve arkadaşları çocuğuma acıyan gözlerle bakıyorlar”

Kişiselleştirme

Herhangi bir olaydan sorumlu olmasanız bile, bu olayın nedenini kendinizmişsiniz gibi görmek.

Örnek:“Çocuğumun bu hastalığı benim yaşam boyu yaptığım hatalar yüzünden”

Buraya kadar verilen örnekleri gözden geçirerek son bir hafta içinde kendinizi stresli hissettiğiniz bir durumu hatırlayın. Ne tür duygular yaşadınız? Neler düşündünüz? Kendi kendinize neler söylediniz?

Stresle Başa Çıkma Kullandığı Olumsuz Ve Etkisiz Yollar

İki insan aynı koşullar altında bile strese birbirinden farklı tepkiler gösterebilir. Bu çok doğaldır. Bu farklılığı oluşturan kişisel baş çıkma tarzlarımız, kendimiz ve çevremiz hakkındaki düşüncelerimizdir. Başa çıkma tarzlarımızın bazıları sağlıklı ve etkili iken diğerleri daha az etkili, sağlığınıza ilişkilerimize ve yaşantımıza zararlı olabilir.

Pek çoğumuz zaman zaman stresle başa çıkmak için olumsuz ya da etkisiz yöntemler kullanırız. Stresle başa çıkmada kullandığımız olumsuz baş etme yöntemleri arasında sigara ve alkol kullanmak, yemek yemek, olaylara aşırı tepki göstermek, çevredeki kişilere karşı kırıncı olmak gibi davranışlar yer alır.

Kaçınma davranışı sıkça kullanılan başa çıkma yollarındandır. Çözüme yönelik değildir. Olay ya da durumu yok saymak, “beterin beteri var” deyip çözümü için çaba harcamamak, stresimizi azaltmayacak, aksine artmasına neden olacaktır. Çünkü sorunumuz çözülmemiş bir durumda yaşamımızdaki varlığını devam ettirecektir.

Stresle Baş Etme

Stres insan yaşamının kaçınılmaz bir gerçeğidir. İnsanın stresle baş etmeye ihtiyacı vardır. Her bireyin stresin verdiği zararları ortadan kaldırma ve stresle başa çıkma kapasitesi vardır. Her birey bunu kendi kişilik özelliklerini de katarak yapmaya çalışır.

Stresle başa çıkmak, ruh ve beden sağlığını korumak açısından oldukça önemlidir. Bireyin iyi bir şekilde duruma uyum sağlaması ve stresle baş etmesi için

uygun iletişim becerileri ve destek kaynakları gereklidir. Stres bir tehdit yerine bir mücadele olarak algılanırsa stres ile daha kolay başa çıkılabilir.

Stresle baş etmede ilk adım bireyin kendisini stresli hissetmesine neden olan durumların ve stres altında iken kendisinde hissettiklerinin farkında olmasıdır. Çünkü bedenimizde olup bitenleri fark etmeden onları kontrol edemeyiz ve soruna çözüm yolu geliştiremeyiz.

O halde öncelikle stresin farkında olmak gerekir bunu için yapılması gerekenler;

Kendinizi stresli hissetmenize neden olan durumları belirleyin.

Stresli iken bedeninizdeki tepkilere odaklanmaya çalışın. Böylece stres durumunda nasıl bir tepki gösterdiğinizi fark etmiş olursunuz. Bunu için kendinize şu soruları sorun;

- Kendimi baskı altında hissettiğimde genellikle ne yapıyorum?
- Korktuğum ya da tehdit edildiğimi hissettiğimde nasıl davranıyorum?
- Kızdığım ya da bir şeyi yapmaktan alıkonduğumu hissettiğimde ne yapıyorum?
- Stres altında iken davranışlarım her zamankinden farklı mı?
- Alışkanlık halinde yaptığım tekrarlayıcı hangi, davranışlarım var? Bunlara ne zaman başvuruyorum?
- Tepkilerimin daha uygun olması için farklı başa çıkma davranışları denemem yararlı olabilir mi?
- Stres karşısında genellikle sergilediğim başa çıkma davranışlarım insanlarla ilişkilerimi nasıl etkiliyor?
- Bu davranışlarım sağlığımı nasıl etkiliyor?

Bu soruların yanıtı hemen verilemese de bunları düşünmek önemlidir. Stresle baş etmek için ikinci adım ise stresle baş etme yöntemlerini öğrenmektir.

Stresle Basaçıkma Yolları

Sosyal Destek Alma

Aile, arkadaşlar, sosyal gruplar gibi sosyal destek sistemleri stres veren olaylarla basa çıkmada yardımcı olabilirler. (Daha sonraki eğitimlerde detaylı olarak ele alınacaktır)

Etkili İletişim Dili Kullanma

İletişim becerileri kazanmak ve var olan iletişim becerilerimizi geliştirmek iletişim çatışmalarını önlemeyi sağlayacağından stresi önlemede etkilidir.

Problem Çözme Becerisi Geliştirme

İnsan günlük hayatta pek çok sorunla karşılaşır, sorunsuz bir yaşamın olması da mümkün değildir. Bir sorunla karşılaştığımızda o sorunu çözmek için düşünmeden çok çabuk karar alabilir ve sorunu çözemeyince hayal kırıklığı, başarısızlık duygusu ya da çaresizlik yaşayabiliriz. Ancak yaşadığımız sorunu problem çözme adımlarını kullanarak ele alırsak sorunun çözümüne daha kolay ve daha az hayal kırıklığı yaşayarak ulaşabiliriz.

Fiziksel Egzersiz Yapma

Düzenli fiziksel aktivitenin fiziksel sağlığımız üzerindeki etkileri bilinmektedir. Hareketsiz bir yaşam tarzı koroner kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabet, obezite gibi hastalıklara neden olmaktadır. Düzenli spor ve egzersiz kas gerginliğini azaltır ve kişinin kendini iyi hissetmesini sağlar. Ayrıca egzersizin ruh sağlığımız üzerinde olumlu etkisi vardır. Yapılan çalışmalarda fiziksel aktivitenin stresi azaltıcı veya önleyici etkisi belirlenmiştir. Egzersiz sayesinde kendinizi ruhsal olarak da daha iyi ve enerjik hissedersiniz. Bu da bireysel olarak stresi daha az zarar verici şekilde algılamayı sağlayarak algılanan stresi azaltır. Egzersiz sizi daha aktif tutar daha aktif olan bir kişi problemi çözmeye odaklanabilir.

Hobiler Geliştirme

İlgi alanlarınıza uygun, enerjinizi aktarabileceğiniz aktiviteler bulmak stresin etkilerini azaltacaktır. Ayrıca hobi yapmak sizin bu hobileri yapan başka kişilerle tanışmanızı sağlayarak size farklı bir sosyal destek kaynağı yaratabilir.

Zamanı Etkili Kullanma

Stresi bazı olaylara verdiğimiz tepki olarak tanımlarız. Ancak stres, aynı zamanda zamanı nasıl değerlendirdiğimize bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Bölünmeler, ertelemeler, bitmeyen işler, sosyal etkinliklere zaman ayıramama gibi nedenler stres yaşamamıza neden olabilir. Zamanın etkili bir biçimde kullanılması stresi azaltıcı bir etki yapabilir. Zaman dikkatle kullanıldığında daha çok şey başılır. Günlük etkinliklerimiz planlarken içinde gerekli olmayanları ayırarak öncelik tanıdıklarımıza odaklaşılabirsek yapılamayan şeyler nedeniyle duyduğumuz

kaygıyı azaltırız. Etkili bir zaman yönetimi için düzenli olmak, yazılı planlar yapmak ve işleri uygun kişilere paylaşmak yararlı olabilir.

Düzenlilik; Herhangi bir şeye gereksinimimiz olduğunda aradığımızı çok daha kolay bulmamızı ve zaman kaybetmemizi önler.

Plan yapmak; Güne başlamadan önce o gün yapılması gereken işlerin listesini yapın. Öncelikli işleri belirledikten sonra bunların bitirilmesi için gerekli olan zamanı tahmin etmeye çalışın. Zamanı tahmin ederken oldukça cömert davranın çünkü işlerin belirlediğiniz zamandan daha uzun sürede bitmesi de olasıdır.

Başkalarına da iş paylaştırabileceğinizi unutmayın; Kişi bazen farkında olmadan tüm işlerin sorumluluğunu kendi üzerine alır ve işleri yetiştirme kaygısı ve yoğun işler arasında sıkışır kalır. Bu nedenle kişilere becerileri ve kapasiteleri doğrultusunda bazı sorumluluklar verilebilir.

Sağlıklı Beslenme

İyi beslenmenin sağlıklı yaşama olan katkısı herkesçe bilinmektedir. Ancak bazı beslenme alışkanlıkları stresimizi artırıcı etki yapabilir. Bazı besinler de stres tepkilerini yaratabilir. Örneğin kahve, çay ve kakaoda bulunan kafeinin kendisi stres tepkisi yaratan bir maddelerdir. Günde iki veya üç fincandan fazla alınan kahve kan basıncını artırır, kalbin oksijen gereksinimini artırır, kalp ritmini bozar ve kaygı tepkisine neden olur.

Yetersiz kalori mineral ve vitamin almak insan organizmasını zayıflatarak stresle başa çıkma gücümüzü azaltabilir. Stresli zamanlarda sinir sisteminin ve savunma sistemlerinin düzgün çalışmasını sağlamak için özellikle bazı vitaminlere çok fazla gereksinim duyulur. Bu vitaminler C vitamini ve B vitaminleridir. (Bitkisel kaynağa sahip olan C vitamini yoğun olarak portakal, mandalina, greyfurt, acı veya tatlı biber, kiraz, maydanoz, domates ve kuşburnunda bulunur. B vitamini kaynakları ise; süt ve süt ürünleri organ etleri, zenginleştirilmiş tahıllar, tavuk, balık, karaciğer, böbrek, tam tahıllar ve kuru baklagillerdir).

Ayrıca yüksek oranda kolesterol, yağ ve tuz içeren yiyecekler yüksek kan basıncı riskini artırır ve kalp damarlarında plaklar oluşmasına neden olur. Dolayısıyla bu durum diğer stres etkenlerinin kalp hastalıkları ve yüksek kan basıncı üzerindeki etkilerini daha da şiddetlendirir.

Öğün atlamamak ya da stres arttırıcı gıdalardan uzak durmak etkili olabilir. Tütün, alkol ve kafeini azaltmak fiziksel sağlık açısından iyi olacağı gibi stres azaltıcı etkisi de olacaktır. Çok aşırı tuz nedeniyle vücutta fazla su tutulması da stres ve sıkıntıya neden olabilir.

Bu nedenle;

Günde iki veya üç fincandan fazla kahve içilmemeli,

Günlük beslenmede kalori, vitamin ve mineral dengesi sağlanmalı,

Ayrıca stresli durumlarda bir başa çıkma mekanizması olarak yemek yemekten kaçınılmalıdır

Özetle yaşadığımız stresle;

- Bize destek olabilecek arkadaşlarımız, akrabalarımızla, benzer sorunu yaşayan kişilerden yardım/sosyal destek alarak,
- Problemlerimizi uygun bir yaklaşımla çözerek olumsuz tepkiler yerine daha olumlu tepkiler vererek
- Olumlu yaşam davranışları geliştirerek (fiziksel aktivite, beslenme, hobiler yapma ve zamanı etkin kullanma) baş edebiliriz.

Kişilerin stresle baş edebilmeleri ve yeni baş etme becerileri kazanabilmesi kendinde ve alışkanlıklarında değişiklik yapmasına neden olacaktır. Eğer;

- Değişimin gerekli olduğuna inanır ve değiştirmek isterse,
- Bu değişimin nasıl olacağı konusunda bir yol gösterenle işbirliği yapıp onun danışmanlığını alırsa,
- Yeni öğrendiğini bıkmadan usanmadan defalarca tekrarlırsa olumlu yönde gelişim gösterebilir.

Problem Çözme

İnsan günlük hayatta pek çok sorunla karşılaşır, sorunsuz bir yaşamın olması da mümkün değildir. O nedenle sorunsuz bir yaşam beklemek yerine sorunları nasıl çözeceğimizi öğrenmek gereklidir. İnsanlar sorunların çözümünde rastgele yaklaşımlar kullanabilir ya da sorunların içinde boğulup çözümsüz olarak görürler.

Bir sorunla karşılaştığımızda o sorunu çözmek için düşünmeden çok çabuk karar alabilir ve sorunu çözemeyince hayal kırıklığı, başarısızlık duygusu ya da çaresizlik yaşayabiliriz. Ancak yaşadığımız sorunu problem çözme adımlarını kullanarak ele

alırsak sorunun çözümüne daha kolay ve daha az hayal kırıklığı yaşayarak ulaşabiliriz.

Problem çözme basamaklarını uygulamadan önce problemi çözebileceğimize ilişkin inancımızın olması gerekir. Bunun için daha önce yaşantımızda çözümleyebildiğimiz sorunları ve başarıları tekrar düşünmeli sorunu çözmeye ilişkin ümidimizi kaybetmemeliyiz.

Herhangi bir problemi çözerken beş basamağı kullanırız;

- Problemi tanımlamak,
- Problemin özelliklerini saptamak,
- Bir veya birden fazla çözüm yolu seçmek,
- Çözümleri değerlendirmek,
- Sonuçları değerlendirmek.

Şimdi bu süreci birlikte inceleyelim;

Problemi tanımlamak: Bazı problemlerimizi kolayca adlandırabiliriz (Örn; çalıştırılmayan bir elektrik süpürgesi vb.) Ancak, strese neden olan birçok problemi tanımlamak o kadar kolay olmayabilir. Problem çözme sürecinde genelde en zor basamak budur. Şu sorulara vereceğiniz yanıtlar, bir problemi çoğu zaman belirsizleştiren ve karmaşıklaştıran duyguların bir düzene konmasına yardımcı olabilir.

- Bu durum neden bir problem oldu?
- Bu, yalnızca benim açımdan mı problem, başkaları da mı olayı böyle görüyor?
- Bu durumun olmasına benim bir katkım var mı?
- Problem çözülünce ne elde etmek istiyorum?

Ayrıca bu aşamada problem çözülebilir bir şekilde ifade edilmelidir.

Çözumsuz problem ifadesi: “Eğer çocuğuma daha iyi bakılsaydı ve çalışmak zorunda olmasaydım çocuğum şimdi Tip 1 Diyabet olmayacaktı. Hastalığın tek nedeni bakıcısı (bakım veren kişi) Eğer çocuğum Tip 1 olmasaydı onunla ilişkilerimiz daha iyi olacaktı bu kadar tartışmayacaktık, onunla bu kadar sorun yaşamayacaktık. O da okulda bu kadar başarısız olmayacaktı. Onu hiç affetmeyeceğim.

Kişi geçmişi değiştiremez. Ancak bu örnek olayda tek sorumluluğu karşı tarafa yüklemiş kendisinin hiçbir şey yapamayacağı sonucuna varmıştır.

Çözülebilir problem ifadesi: "Çocuğuma diyabet tanısı konduğunda ben çalışmak zorundaydım ve çocuğuma bakıcı bakıyordum. Ancak bu durum tek başına çocuğumun hastalığının nedeni olamaz. Sadece onun neden olduğunu düşündüğümde üzgün ve öfkeli oluyorum. Ayrıca çocuğumla iyi bir iletişimle ve sorunlarımızı çözebileceğimizi düşünüyorum".

Sorunu bu şekilde tanımlamak problemi çözmeyi kolaylaştırır. Kişi bakıcısını suçlamaması gerektiğini veya o dönemi geri getiremeyeceği için onları suçlamayı bırakarak enerjisini daha pozitif olmaya ve çocuğuyla olumlu bir ilişki kurmaya harcayabilir". Eğer sorunumuzu geçmişe bağlayıp bırakırsak veya kontrolümüz dışındaki güçlere bırakırsak çözemeyiz.

Problemi somut olarak ifade etmemiz çok önemlidir. Bir problem ne kadar somut olarak ifade edilirse o kadar kolayca ulaşılabilir amaçlar ortaya konabilir.

Genel problem ifadesi: "Evde sürekli iş yapıyorum ve çok yoğunum. Çocuklara bağırıp çağırmamak içten değil"

Somutlaştırılmış problem: "Evde sürekli iş yapmaktan ve bu işlerden hiçbir şeye ve hiç kimseye zaman ayıramamaktan dolayı çok sıkıldım. Kendime hiç zaman ayıramıyorum. Çocuklarıma kızdığım zaman da kendimi çok çaresiz ve kötü hissediyorum. Sonrasında pişmanlık yaşıyorum"

Somut problemde kişi kendine zaman ayırmamaktan şikayetçi oluyor. Bu durumda olası bir amaç kişinin kendisi için çeşitli aktivitelerin planlanması olabilir. Zaman planlaması yaparak ev işleri dışında faaliyetler araştırılabilir.

Sorunu daha küçük ve yönetilebilir bölümlere ayırmak da sorunların çözümünde yardımcı olabilir. Ancak sorun detaylı olarak analiz edildiğinde (detaylı olarak incelendiğinde ve düşünüldüğünde) çözümlenebilir alt sorunlar olduğu görülebilir.

Örneğin;

Genel bir problem ifadesi : "hayatımdaki her şey kötüye gidiyor"

Ayrıştırılmış parçalar:

- Eşim ve ben çocuk yetiştirme konusunda farklı görüşlere sahibiz ben disiplin sağlama yöntemlerinde tutarsız davranıyorum.

- Çocuğumla sürekli tartışıyoruz. Diyetine uymuyor. Sürekli arkadaşlarıyla zaman geçirmek istiyor.
- Sürekli iş yapmaktan arkadaşlarımla görüşemiyorum.
- İki çocuğum birbiriyle geçinemiyor. Hasta olduğu için kardeşiyle daha fazla ilgilendiğimizi ve onunla hiç ilgilenmediğimizi ifade ediyor. Asla anlaşamıyorlar hiç birlikte zaman geçiremiyorlar.

Bundan sonraki adım ulaşılabilir ve gerçekçi amaçlar oluşturmaktır. Her problem şu andaki bir durumu, her amaçta olmasını istediğimiz bir durumu tanımlamaktadır

Problem:Çocuğumla ilişkim kötü. Kavga ediyoruz. Birbirimizi dinlemiyoruz.

Amaç: Çocuğumla ilişkimizi düzeltmek istiyorum. Onu dinlemek istiyorum. Onun söylediklerini anladığımı ona iletme istiyorum ve ona yardımcı olmayı istiyorum ve onunda benim gibi beni önemsemesini umuyorum.

Bu aşamada annenin kendisinin ifade ettiği bir problem için birlikte amaç cümlesi yazılır.

Problemi gerçekçi bir şekilde algılamak ve uygun amaç cümleleri yazmak problemimizin etkili şekilde çözülebilmesini sağlayan faktörlerden biridir. Amacımızı belirledikten sonra bu amaca ulaşmak için gerekli olanların listesi yapılır.

Örn problem; Çocuğumla ilişkim kötü. Kavga ediyoruz. Birbirimizi dinlemiyoruz.

Amaç: Çocuğumla ilişkimizi düzeltmek istiyorum. Onu dinlemek istiyorum. Onun söylediklerini anladığımı ona iletme istiyorum ve ona yardımcı olmayı istiyorum ve onunda benim gibi beni önemsemesini umuyorum.

Alternatif çözüm yolları:

Uygun iletişim yöntemlerini öğrenmek

Onunla daha fazla zaman geçirmenin yollarını bulmak

Bu sorunun çözümünde yardımcı olabileceğini düşündüğüm kitapları okumak

- Problemin özelliklerini saptamak; Bu basamakta yaşadığımız problemle ilişkili olan durumları, kişileri belirliyoruz.

Problem ne zaman ortaya çıkıyor?

Bu problemin ortaya çıkmasına neden olan kişiler var mı?

En çok hangi durularda ortaya çıkıyor?

Bu ve buna benzeyen sorulara verdiğimiz yanıtlarla problemi daha açık bir şekilde görebilir ve çözüm yollarını çok kolay belirleyebiliriz.

- Bir çözüm yolu seçme; Bu basamakta tüm çözüm yollarını sıralıyoruz. Herhangi bir değerlendirme yapmadan aklımıza gelen her çözümü sıralıyoruz. Bu çözüm yolları daha önce sorun çözmede kullandığımız yöntemler olabileceği gibi benzer sorunları yaşayan kişilerin ya da sağlık personelinin önerileri olabilir.
- Çözümleri değerlendirme; Bir önceki basamakta sıraladığımız çözüm yollarını değerlendirmeye başlıyoruz. Uygulayabileceğimizi düşündüğümüz çözüm yollarına (+), uygulayamayacağımızı düşündüğümüz çözüm yollarına (-) işareti koyarak yapabileceklerimize karar veriyoruz.
- Seçilen en uygun çözümü uygulamak; Burada bir önceki basamakta (+) işareti koyduğumuz yani sorunu çözebileceğini düşündüğümüz yöntemlerden birini seçerek uyguluyoruz.
- Sonuçları değerlendirmek; Problem çözme basamaklarını uyguladıktan sonra sorunların amaca ulaşma durumumuzu değerlendirdiğimizde sonuç; başarı, kısmen başarı ya da başarısızlık olabilir Eğer seçtiğimiz yöntem problemi çözmede yardımcı olmadıysa en başa dönüp aynı işlemi tekrarlıyor ya da (+) işareti koyduğumuz başka bir seçeneği uyguluyoruz.

Eğer çözüme ulaşmada başarısız olunmuşsa, bunun nedenleri;

1. Yetersiz motivasyon (problem çözmeye ilişkin ümidin ve inancın az olması)
2. Gerçekçi olmayan amaçlar
3. Çözümlerin seçiminin uygun olmaması
4. Amaçlara ulaşma yolunun uygun olmaması olabilir.

Eğer çözüme ulaşma konusunda başarılı olunmuşsa, başarılı olmada etkili olan faktörler belirlenmeli ve sonraki sorunun çözümünde bundan yararlanılabilir.

ÖRNEK 1

“Problem Çözüyorum”

Benim Problemim

Çocuğumla iletişim problemleri yaşıyorum. Hastalıkla ilgili konularla sürekli tartışıyoruz.

Amaç: İletişim problemlerini çözmek

Problemin Özellikleri

- Problem çocuğum arkadaşları ile dışarı çıktığında ve beden eğitimi dersleri olduğunda ortaya çıkıyor.
- Sürekli sorumluluklarını yerine getirip getirmemem nedeniyle çocuğumla tartışma yaşıyoruz.
- Problem ikimiz arasındaki ilişkiyi olumsuz etkiliyor.
- Aile içinde gerginliğe neden oluyor.
- Bu her ikimiz için de problem.

Olası Çözüm Yolları

- Onunla olumlu bir iletişim kurarak davranışımızın amacını açıklamak (Hipoglisemi ya da hiperglisemi gelişebileceği için onu kontrol ettiğimizi, onu sevdiğimiz önem ve değer verdiğimiz ve sağlığı ile ilgili endişelendiğimiz için bu şekilde davrandığımızı ifade etmek)
- Çocuk için ulaşılabilir olmak (Sorunlarını, endişelerini, yaşadığı güçlükleri ve yaşantısını paylaşabilmesi için ona zaman ayırmak)
- Ergenlik dönemi ile ilgili kitaplar okuyarak onu daha iyi anlamaya çalışmak

Olası Çözüm Yollarının Değerlendirilmesi

(+) Onunla olumlu bir iletişim kurarak davranışımızın amacını açıklamak

(+) Çocuk için ulaşılabilir olmak ve sorunlarını dinlemek

(-) Ergenlik dönemi ile ilgili kitaplar okuyarak onu daha iyi anlamaya çalışmak

ÖRNEK 2.

Benim Problemim

Çocuğum okulda hastalığın tedavisi ile ilgili uygulamaları yapmıyor

Amaç: Ergenin tedavi uygulamalarını yapması

Problemin Özellikleri

- Ergenlik döneminde ortaya çıktı
- Problem ikimiz arasındaki ilişkiyi olumsuz etkiliyor
- Aile içinde gerginliğe neden oluyor
- Bu benim için problem

Olası Çözüm Yolları

- Ergenle neden uygulamaları yapmak istemediğini suçlayıcı bir tavır içinde olmadan konuşmak
- Ergenin Tip 1 diyabet konusunda arkadaşları ve okul ekibinin bilgi sahibi olup olmadığını öğrenmek
- Benzer sorunu yaşayan kişilerle iletişime geçmek
- Ergenle birlikte arkadaşları ve öğretmenleri ile Tip 1 diyabet olduğunu paylaşması yönünde onu cesaretlendirmek ve işbirliği yapmak
- Ergenle birlikte hastalığın kötü yönetiminin sağlığı üzerine etkilerini tartışmak
- Bu durumun ergen için de bir sorun olup olmadığını uygun iletişim yöntemleriyle öğrenmek

Kaynaklar:

- 1.Aydın, K. B. (2006). Stresle Başaçıkma. Nobel Yayın.
- 2.Baltaş, A ve Baltaş Z. (2000). Stres ve Başaçıkma Yolları. İstanbul. Remzi Kitabevi.
- 3.Coffey, J. S. (2006). Parenting a child with chronic illness: a metasynthesis. *Pediatric Nursing*, 32 (1), 51-59.
- 4.Güçlü, N. (2001). Stres Yönetimi. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21 (1), 91-109.
- 5.Kovacs, M., Iyengar, S., Goldston, D., Obrosky, S., Stewart, J. ve Marsh, J. (1990). Psychological functioning among mothers of children with insulin-dependent diabetes mellitus: A longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 189-195.
- 6.Krulik, T., Turner-Henson, A., Kanematsu, Y., Al-Ma'aitah, R., Swan, J. ve Holaday, B. (1999). Parenting stress and mothers of young children with chronic illness: A cross-cultural study. *International Pediatric Nursing*, 14, 130-140.
- 7.Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1- 21.
- 8.Lazarus, R. S. ve Folkman,S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer.

- 9.Lowes, L; Gregory, J. W; Lyne, P. (2005). Newly diagnosed childhood diabetes: a psychosocial transition for parents? *Journal of Advanced Nursing*, 50, 253-261.
- 10.Lyckholm L. (2001). Dealing with stress, burnout, and grief in the practice of oncology *The Lancet* Vol 2 December.
- 11.Moyer, A. (1989). Caring for a child with diabetes: The effect of specialist nurse care on parents' needs and concerns. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (1), 41-48.
- Şahin, N H. (1998). Stresle Başa Çıkma- Olumlu Bir Yaklaşım. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 3. Basım. Ankara.
- 12Wijndaelea, K., Mattonb, L., Duvigneaudc, N., Lefevreb, J., Bourdeaudhuija, I., Duquetc, W., Thomisb, M. ve Philippaerts, R. M. (2007). Association between leisure time physical activity and stress, social support and coping: A cluster-analytical approach. *Psychology of Sport and Exercise*. 8 425–440.

HEMŞİRELİK TANISI: SOSYAL DESTEKTE AZALMA

Tip 1 diyabetli bir çocuğa sahip olmak ebeveynler için bir stresördür. Özellikle de çocuğun fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden birçok değişimi yaşadığı ve hastalığın yönetimine ilişkin (insülin enjeksiyonu, diyetin düzenlenmesi vb.) daha fazla sorumluluk aldığı ergenlik dönemi ebeveynler için yeni bir stresli dönemin başlangıcı olabilir. Ergenlik dönemi daha önce de belirttiğimiz gibi çocuğun hastalığı hakkında en fazla sorumluluğu aldığı ve otonomisinin geliştiği diğer yandan da ergen ve ebeveyn arasındaki çatışmaların ve tedaviye uyumsuzluğun arttığı bir dönemdir. Bu dönemde ergenlik dönemine ilişkin bazı sorunlar görülebileceği gibi aynı zamanda hastalığın yönetimine ilişkin sorunlarda görülebilir ve bu sorunlar ebeveynler için strese neden olabilir. Yaşadığımız sorunlarla baş etmede ve stresin (psikolojik ve fizyolojik) olumsuz etkilerini azaltmada sosyal destek son derece önemlidir. Yapılan çalışmalarla kronik hastalıklı çocuğa sahip ebeveynlerin algıladıkları sosyal desteğin stresle baş etmede önemli olduğu belirlenmiştir. Tip 1 diyabetli çocuğa sahip anneler için de sosyal destek son derece önemlidir. Çünkü annelerin yaşadığı stres çocuğun hastalıkla ilgili konularda çocuğa destek olmasını önleyebilir ve ebeveynlerde tükenmeye neden olabilir. Ancak stresle uygun şekilde baş edebilen bir anne ergene de daha uygun şekilde destek olabilir. Annelerin sağladığı destek ile de ergenin hastalığa uyumunun artmasında ve hastalığın yönetiminin daha iyi olmasında etkili olabilir. Yapılan bir çalışmada Tip1 diyabetli ergenlerin annelerinin aldıkları sosyal destek arttığında anne ve ergen arasında yaşanan çatışmaların azaldığı ve ergenin hastalığı yönetiminin daha iyi olduğu belirlenmiştir.

Sosyal desteğin stresin yarattığı olumsuz etkileri azaltıcı bir etkisi vardır. Bir başa çıkma kaynağı olarak işlev görebilen sosyal destek olayları algılama sürecini etkileyerek (olayları olumlu ya da olumsuz olarak algılamayı), yeni durumlara karşı uyumu kolaylaştıran, sorunlarla baş etmede kendimizi daha iyi hissetmemizi sağlayan bir unsurdur. Bireyler ve gruplar arasındaki destekleyici ilişkiyi sağlayarak, bireyin stresle baş etmek için gereksinim duyduğu yardım ve destek ağını oluşturur. Sosyal destek böylece, bireyin davranışlarını etkileme ve onların yeterliliklerini arttırma yoluyla stresle baş etmede destek görevi görür. Bu nedenle stresle baş etmede sosyal desteğin tampon rolü oynadığı kabul edilir.

Sosyal destek bireye güven kazandırmakta ve hayatına olumlu yönler katmakta; ayrıca strese neden olan olaylarla karşılaştığında bireyin bu durumla daha etkili bir biçimde mücadele etmesini sağlamaktadır. Ancak bazen yaşadığımız yoğun stres bizim çevremizde sosyal destek kaynaklarını fark etmemizi ve onlardan yararlanmamızı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle hangi durumda olursak olalım mutlaka bize destek olabilecek kaynakların varlığını göz ardı etmemeliyiz.

Kişinin yaşamın zorlayıcı yönleriyle başa çıkmasında ve stresin olumsuz etkilerine direnç gösterebilmesinde başkalarıyla olan sosyal ilişkilerinin önemli rol oynadığı çok uzun yıllardan bu yana bilinmektedir. Zor durumda ya da sıkıntı içinde olan bireye aile üyelerinin, akrabalarının, arkadaşlarının yanı sıra diğer toplumsal ilişkilerinin sağladığı kaynaklar sosyal destek olabilmektedir. Bu doğrultuda sosyal destek; stres altındaki ya da güç durumdaki birey ya da bireylere insanlar veya kurumlar tarafından sağlanan maddi ve manevi destek olarak tanımlanabilir. Bu destekler sosyal, duygusal, fiziksel veya maddi desteği içerebilir. Sosyal destek türleri;

Duygusal (Güven) Destek

Bireyin başkalarıyla kurduğu ilişkide sevgi, şefkat, ilgi, kabullenilme, yakınlık, duygularını açma ve değer verilme gibi duyguları yaşamasına duygusal destek denir. Stresle başa çıkma sürecinde çevremizdeki diğer kişiler de çok önemli rol oynayabilir. Bu kişiler size yardım ve destek verebilecek ve bu konuda kendilerine güvenebileceğiniz tüm insanlar grubudur. Bu kişiler aileniz, yakın arkadaşlarınız, sizinle ortak ilgileri ve sorunları paylaşanlar (örn: Tip 1 diyabetli bir çocuğun annesi), kendi deneyimlerini size aktaranlar ve sizi daha önemli amaçlara motive (yönlendiren) insanlardır. Bu kişiler stres altındayken bireye yeni ve farklı bir bakış açısı önerebilirler. Ayrıca yakın ilişkide olunan kişilere yaşanan sıkıntılar kolaylıkla reddedilme ve dinlenmeme endişesi olmadan anlatılabilir. Böylece kişi bireyin başkalarının onu düşündüğü ve anladığını hissederek stresle daha kolay baş edebilir.

Bilgi Desteği

Yaşadığımız sorunların çözümüne yönelik olarak konu ile ilgili bilgi ve öneri alma şeklinde sağlanan destek biçimidir. Örneğin; yaşadığımız sorunların çözümünde bize (gerekli bilgileri veren) sağlık personelinin aldığımız destek,

yaşadığımız sorunların çözümüne yönelik okuduğumuz kitaplar veya web sayfalarında (Tip Diyabetle ilgili derneklerin) yer alan bilgiler bize bilgisel destek olabilir. Bu tür derneklere üye olmanız sizin yalnız olmadığınızı benzer sorunları yaşayan başka kişiler olduğunu size göstererek de size yardımcı olabilir. Ayrıca sağlık personelinin alacağınız bilgilerde size bilgisel destek olabilir. Bu nedenle öğrenmek istediğiniz bilgileri sağlık personeline sorunuz. (Tip 1 diyabetli ergenlerin annelerinin en fazla sağlık personelinin destek beklediği belirlenmiştir.)

Araçsal Destek (Yardım Desteği)

Araçsal destek hizmet verme, malzeme temin etme, parasal yardımda bulunma gibi somut maddesel yardımları içerir. Örn: Bazı derneklerin yapmış olduğu yardımlar bu araçsal destek kapsamındadır.

Eşlik Etme Desteği

Eşlik etme desteği boş vakitlerde diğer kişilerle zaman geçirme, eğlenme ve sosyal arkadaşlık olarak tanımlanabilir. Bu destek şeklinin gruba dahil olma duygusuyla birlikte stresi azalttığı ve başkalarıyla problemler hakkında konuşmanın rahatlama sağladığı bilinmektedir (Katıldığınız arkadaş toplantıları ve sosyal ortamlar bu destek türüne örnek olarak verilebilir).

Diyabet İle İlgili Dernekler

Çocuk Endokrinolojisi Ve Diyabet Derneği

<http://www.cocukendokrindiyabet.org/>

Türkiye Diyabet Vakfı

<http://www.turkdiab.org/>

Ankara Diyabet Derneği

www.ankaradiyabet.org.tr

<http://www.arkadasimdiyabet.org/>

http://www.gencdiabet.org/Genc_Diabetikler_Kulubu.asp?Bolum=in

Bilgisel Destek Amacıyla Ebeveynlere Önerilecek Kitaplar

Dr. Erdal Atabek – Erken Büyüyen Çocuklar

Prof. Dr. Adnan Kulaksızoğlu – Ergenlik Psikolojisi

Prof.Dr. Z. Fulya Temel – Ergen ve Gelişimi Yetişkinliğe İlk Adım

Psikolog Dr. Acar Baltaş, Psikolog Dr. Zuhale Baltaş – Stres ve Başaçıkma Yolları

Dr. Thomas Gordon – Aile İletişim Dili

Kaynaklar:

- 1.DeLongis, A.ve Holtzman S.(2005). Coping in context: The Role of Stress, Social Support, and Personality in Coping. *Journal of Personality*,73:6, December.
- 2.Garwick, A. W., Patterson, J. M., Bennett, F. C. ve Blum, R. W. (1998). Parents' perceptions of helpful vs unhelpful types of support in managing the care of preadolescents with chronic conditions. *Arch Pediatr Adolesc Med*.152; July
- 3.Lewandowski, A. ve Drotar D. (2007). Relationship between Parent-Reported Social Support and Adherence to Medical Treatment in Families of Adolescents with Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology* 32(4); 427–436,
- 4.Sills, E. M ve Kenneth, B. A. (1996).Social Support Intervention for Parents of Children with Juvenile Rheumatoid Arthritis: Results of a Randomized Trial. *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 21, No. 5, 633-641.
- 5.Strazdins, L. ve Broom D. H. (2007). The Mental Health Costs and Benefits of Giving Social Support. *International Journal of Stress Management*, 14; 4, 370–385.
6. Şahin, D (1999) “Sosyal Destek ve Sağlık” Sağlık Psikolojisine Giriş, Ed. Ülgen H, Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:19 1. Basım Ankara, 79-106.
7. Şahin, N H. (1998). Stresle Başa Çıkma- Olumlu Bir Yaklaşım. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 3. Basım. Ankara.
8. Tak, Y.R. ve Mccubbin M. (2002).Family stress, perceived social support and coping following the diagnosis of a child's congenital heart disease. *Journal of Advanced Nursing* 39(2), 190–198.

HEMŞİRELİK TANISI: ANNENİN ADÖLESANLA HASTALIĞIN YÖNETİMİNE İLİŞKİN SORUN YAŞAMASI

Tip 1 Diyabet Ergeni Nasıl Etkiler?

Her yaş döneminde çocuğun hastalıktan etkilenme durumu ve hastalığa gösterdiği tepkiler farklı olur. Ancak Tip 1 diyabetin etkilerinin daha yoğun bir şekilde algılandığı dönem ergenlik dönemidir. Bu etkilerin neden yoğun bir şekilde ergenlik döneminde belirginleştiğini anlayabilmek için bu dönemin özelliklerini ve bu dönemde ergenlerde görülebilecek sorunları bilmemiz gerekir.

Tip 1 Diyabetli Ergenlerde Ne Tür Sorunlar Görülebilir?

- Davranışsal sorunlar (daha öfkeli ve kavgacı olabilirler ve uyku bozuklukları görülebilir)
- Yeme sorunları (Ergenlik dönemi hormonal değişikliklerin olduğu bir dönemdir. Bu hormonal değişimlerin sonuçlarından biride kilo alımıdır. Bu dönemde vücut yağlarının artması özellikle de kızlarda bedenleriyle ilgili daha fazla endişe yaşamlarına neden olabilir. Ergenler kilo almamak için insülin dozlarını yapmayabilir ya da ara öğünlerini almayabilir.
- Hastalık ve tedavi ile ilgili sorunlar (hastalığı inkâr etme, tıbbi tedaviyi reddetme, hastalığa karşı tutumun değişmesi, okulda ara öğünlerini almaması, insülin enjeksiyonunu yapmaması)
- Psikolojik sorunlar (mutsuzluk, sağlığı ile ilgili aşırı endişeli olma, umutsuzluk ve güçsüzlük duygusu)
- İlişkilerde sorunlar; Annelerle daha çok hastalığın yönetimi ile ilgili konularda iletişim sorunları görülebilir. Tip 1 diyabetli olma nedeniyle kendisini arkadaş grubundan farklı hissetmesi ve kendisini arkadaş grubuna ait hissetmemesi nedeniyle akranlarıyla birlikte olmak istemeyebilir, arkadaşları ile sorunlar yaşayabilir. Arkadaşlarının hastalığa nasıl tepki vereceklerini bilemeyebilirler. Diyabetin yönetimi ve sosyal yaşantıları arasında güçlük yaşayabilirler.
- Okul ve eğitimsel güçlükler (öğrenme güçlüğü, okul başarısında düşme)

Tip 1 diyabetli ergenlerin yaşadıkları bu sorunlarla baş edebilmelerinde ve hastalığın yönetiminin en uygun şekilde yapabilmelerinde desteğin çok önemli bir etkisi vardır. Ancak en önemli destek kaynağı aile ve özellikle de annelerdir. Anneler Tip 1 diyabet hakkında ne kadar bilgili olur ve hastalık ve beraberinde gelen sorularla ne kadar iyi baş edebilirlerse çocuklarına o kadar iyi destek olabilirler.

Ergenlik Döneminin Özellikleri

Ebeveynler için ergenlik çağında olmanın nasıl olduğunu unutmak ergenlerle yakın ilişki kurmanıza engel olabilir. Bu nedenle;

1.Ergenlik yıllarınıza geri dönün. Sorunlarınız nelerdi? Bütün gün ne düşünürdünüz?

2.Sizin için önemli olmuş olan şeyleri sıralayın

Ergen gence ebeveynlik yapmak bu gençler için olduğu kadar ebeveynleri için de bir olgunlaşma sürecidir. Ergenlik dönemi bedence, boyca büyümenin hormonal, cinsel, sosyal, duygusal, kişisel ve zihinsel değişme ve gelişmelerin olduğu bir dönemdir. Bu dönemde birey, geleceğe ilişkin planlar yapar, fiziksel değişikliklere uyum sağlamaya çalışır, bağımsızlığını kazanmaya başlar ve kişiliğini/kimliğini geliştirir. Bu değişimlerin yaşandığı bir dönemde ergenin Tip 1 diyabet gibi bir kronik hastalığa sahip olması bu zor dönemde yaşanan sorunları arttırabilir ve hastanın yönetimini güçleştirebilir. Bu süreci ergenlerin başarı ile atlatabilmesinde ebeveynlere özellikle de birincil olarak bakım veren annelerin desteğine gereksinimleri vardır.

Ergenlik Döneminde Bedensel Değişim

Bu dönemde tüm uzun kemiklerin uzunluğu artar, eller ve ayaklar bedenin diğer bölümlerinden daha çabuk olarak gelişir. Bu durum ergenlerde geçici olarak sakarlıklara neden olabilir. Ergenlik dönemi hormonal değişikliklerin olduğu bir dönemdir. Bu hormonal değişimlerin sonuçlarından biri de kilo alımıdır. Bu dönemde vücut yağlarının artması özellikle de kızlarda bedenleriyle ilgili daha fazla endişe yaşamlarına neden olabilir. Ergenler kilo almamak için insülin dozlarını yapmayabilir ya da ara öğünlerini almayabilir. Bu davranışlar metabolik kontrolün

kötü olmasına veya hipoglisemiye neden olabilir. Bu nedenle ergenlerde (özellikle kız ergenlerde) yeme bozuklukları ve diyet yapma davranışları görülebilmektedir.

Ayrıca bu dönemde ergen kendisini akranları ile kıyaslar ve farklılıklar varsa endişelenebilir. Tip 1 diyabetli bir ergen hem bedensel hem de Tip 1 diyabetin yaratmış olduğu bedensel değişim ve farklılıkla baş etmek durumundadır. Bunu açıkça size ifade etmeyebilir ancak bu durum onun benlik saygısında azalmaya neden olabilir. Yani kendisini değersiz ve çirkin hissedebilir. Ani boy uzamasına bağlı olarak oluşan kambur duruş ya da yüzündeki sivilce ve akneler, el ve ayaklarındaki oransız ve hızlı büyüme ve Tip 1 diyabet olması ergeni mutsuz edebilir.

Fiziksel Görünümü Nedeniyle Endişe Yaşayan Tip 1 Diyabetli Bir Ergene Nasıl Yardımcı Olabilirsiniz?

- Ergen için ulaşılabilir olun. Sorunlarını ve endişelerini dinlemek için her zaman hazır olduğunuzu ifade edin
- Bir ergenin fiziksel görünümü, onun kendi meselesi olmamalıdır. Ne kadar güç olursa olsun, anne babanın bunu kabul etmesi gerekir. Bu nedenle ergenin olumlu ve güzel yönlerini görmesine yardımcı olun, olumlu ifadelerde bulunun.
- Giyim, saç, konuşma biçimi ya da davranışlarda değişiklikler yaparak çeşitli denemelerde bulunmak ergenlerin kendi bağımsızlıklarını kabul ettirme ve bireyselliklerini ortaya koyma davranışı olduğunu unutmayın
- Ergenin fiziksel görünümü ile ilgili kaygılarını ciddiye alın ve önemsedığınızı ifade edin. Ancak ara öğünlerini almaması ve insülin enjeksiyonunu yapmamasının hastalığın metabolik kontrolünün kötü olmasına ve komplikasyonlara neden olabileceğini ergenle konuşun. Davranışlarının ve uygulamalarının olumsuz sonuçlarını ergene onu suçlamadan anlatın
- Eğer Tip 1 diyabetli ergende metabolik kontrol bozulmaya başladığını ve ergenin de diyet uygulamaları yaptığını fark ederseniz diyetisyen ve sağlık personeli ile işbirliğine geçin
- Hemen hemen tüm ergenlerin bu özel dönemi benzer şekilde geçirdiği ve bunun bir geçiş dönemi olduğu ve bu dönemde yaşanan değişimlerin kalıcı olmadığı ergene anlatın

Ve en önemlisi ergenin bu durumu kabullenebilmesi ve gerçek beden imajının oturabilmesi için zamana ve desteğinize gereksinimi olduğunu unutmayın.

Ayrıca daha önce de belirttiğimiz gibi okul ve arkadaşlar ergenin kimlik gelişimi için son derece önemlidir. Ancak bu dönemde ergenin okulda hastalığının tedavisine ilişkin sorunlar görülebilir. Bu durumu örnek bir olayla daha net bir şekilde anlayabiliriz.

Örnek olay; 15 yaşındaki Ahmet okulda insülinini yapmamakta ve ara öğünü almamaktadır. Sizce neden bu şekilde davranıyor olabilir? (*Annelerin yanıtlaması istenir*).

Bu dönemde Tip 1 diyabetli ergenler hastalıkları nedeniyle arkadaşlarından farklı görünme ve arkadaş gruplarında kabul görememe endişesi ile tedavilerine okulda devam etmek istemeyebilirler (İnsülin enjeksiyonunu yapmayabilir ya da ara öğünü almak istemeyebilir).Bu durumda;

- Öncelikle ergenle okuldaki arkadaşlarının Tip 1 Diyabet olduğunu onlarla paylaşp paylaşmadığını sorun. Paylaşmadıysa nedenlerini tartışın ve paylaşması için teşvik edin
- Okul (öğretmenleri, rehber öğretmeni vb.) ile işbirliği içinde olun.
- Akranları ile yapabileceği aktiviteleri ve arkadaşlıklarını destekleyin.
- Ergenin başarılı ve yetenekli olduğu alanları (müzik, resim vb.) destekleyin. (Bu ergenin kendine güvenini ve benlik saygısını kaybetmemesini sağlar).
- Ergene bir birey olarak yaklaşın. Ona değer verdiğinizizi sözel olarak da ifade edin.
- Ona sadece “diyabet” olarak yaklaşmayın. Örneğin çocuğunuz okuldan geldi ilk sorunuz” Enjeksiyonunu yaptın mı? ya da “ Hemen gel kan şekere bakalım” demek yerine “ Okulda günün nasıl geçti?” veya “Nasılsın?” şeklinde olsun.

Kaynaklar:

- 1.Ackard, D. M., Vik, N., Neumark-Sztainer, D., Schmitz, K. H., Hannan, P., David R. ve Jacobs Jr. (2008). Disordered eating and body dissatisfaction in adolescents with type 1 diabetes and a population-based comparison sample: comparative prevalence and clinical implications. *Pediatric Diabetes*, 9(4pt1):312-319.
2. Buckloh, L. M., Lochrie, A. S., Antal, H., Milkes, A., Canas, J. A., Hutchinson, S. ve diğerleri. (2008). Diabetes complications in youth. *Diabetes Care*, 31, 1516-1520.
- 3.Hillege, S., Beale, B. ve McMaster, R. (2008). The impact of type 1 diabetes and eating disorders: the perspective of individuals. *Journal of Clinical Nursing*,17(7B):169-76.
- 4.Hofer, S. E., Rosenbauer, J., Grulich-Henn, J., Naeke, A., Fröhlich-Reiterer, E ve Holl, R. W. (2009) Smoking and metabolic control in adolescents with type 1 diabetes . *Journal of Pediatrics*,154(1): 20-23.
- 5.Kakleas, K., Kandyla, B., Karayianni, C. ve Karavanaki, K. (2009). Psychosocial problems in adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Metab*, 35 (5), 339-350.
- 6.Olmsted, M. P., Colton, P. A., Daneman, D., Rydall, A. C ve Rodin, G. M. (2008). Prediction of the Onset of Disturbed Eating Behavior in Adolescent Girls With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 31(10): 1978-82.
- 7.Wong, D. (1999). Whaley & Wong's Nursing Care of Infant and Children. (6 bs.). St. Louis-Missouri: Mosby Inc.
- 8.Wysocki, T. (2002). Parents, teens and diabetes. *Diabetes Spectrum*, 15, 6-8.

EK 10. ETİK KURUL DEĞERLENDİRMESİ

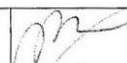
35

KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

08 Ocak 2010,

ETİK KURULUN ADI	Ankara 3 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRES	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası 2. Kat Sıhhiye/Ankara
TELEFON	312 305 10 82
FAKS	312 310 05 80
E-POSTA	selmak@hacettepe.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Tip 1 Diyabet Olan Adölesanların Annelerinin Yaşadıkları Sorunların Belirlemesi ve Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi"			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU	-			
	DOSYA NUMARASI	LUT 09/130			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği			
	YARDIMCI ARAŞTIRICILARIN ÜNVANI/ADI/SOYADI	-			
	TEZ ÖĞRENCİSİNİN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Arş. Gör. Handan Boztepe			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	A.Ü.T.F.Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.,Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı			
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	Cebeci /Ankara			
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	Ankara 3 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-			
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ ☒	AKADEMİK AMAÇLI ☐		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
FAZ 3		☐			
FAZ 4		☐			
BE/BY		☐			
DİĞER		☐	Diğer ise belirtiniz:		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	İLİLAÇ ARAŞTIRMA	İLİLAÇ	DİŞİ	☐	
	İLİLAÇ ARAŞTIRMA	İLİLAÇ	DİŞİ	☐	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	-	-	Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	-	-	Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	-	-	Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU	-	-	Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
	SİGORTA	☐			
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐			
	ILAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 33	Tarih:07.01.2010			
	Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu'nun sorumluluğunda yapılması tasarlanan, Arş. Gör. Handan Boztepe'nin tezi olan yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve Kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı'na arzına toplanıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.				

ETİK KURUL BİLGİLERİ									
ÇALIŞMA ESASI		Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, ve Etik Kurul SOP							
ETİK KURUL BAŞKANI ÜNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Meral Tuncer									
ETİK KURUL ÜYELERİ									
Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **			İmza	
Prof. Dr. Meral Tuncer	Tıbbi Tıbbi Farmakoloji	H.Ü.T.F	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐				

EK. 11 İZİN BELGELERİ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMATOLOJİ VE ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

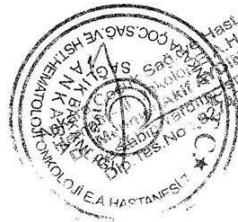
17 Mayıs 2010

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümüne

Anabilim dalınız doktora öğrencisi Handan Boztepe'nin "Tip 1 Diyabeti Olan Adölesanların Annelerinin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi ve Uygun Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi" konulu tezini hastanemiz Endokrinoloji bölümünde yapmasında sakınca görülmemiş ve tarafımızca onaylanmıştır.

Endokrinoloji Bölüm Şefi
Doç.Dr. Fatma DEMİREL

Ankara Çocuk Sağ. ve Hast.
Hematoloji Onkoloji E.A.H.
Doç.Dr. Fatma DEMİREL
Çocuk Endokrinoloji Uzmanı
Klinik Şefi
Gör. Tab. No : 50510



[Handwritten signature]



**ARAŞTIRMA ve UYGULAMA
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ**



Kısım :B.30.2.ANK.0.CB.01.00 42/4382

Konu :

Ankara

1/7 /2008

Türkiye Cumhuriyeti Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'ne,

İlgi: 10.03.2008 tarih ve 219 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızda bahsi geçen doktora öğrencisi Handan BOZTEPE'nin "Tip 1 Diyabeti Olan Adölesanların Annelerine Stres ve Başetme Modeline Göre Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi" konulu tezin uygulamasını Haziran 2008-Ağustos 2009 tarihleri arasında Hastanemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalında yapmasının uygun görüldüğü hakkında alınan 29.04.2008 tarih ve 812 sayılı yazı ile eki ilişkide sunulmuştur.

Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Eki: 2

Prof. Dr. Adnan UYSALEL
Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi
Başhekimliği

Hemşirelik Bölümü Başkanlığına

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANELERİ

Kısım:
Dosya No..... Sayı: 812
Konu:.....

Ankara
29.14.2008

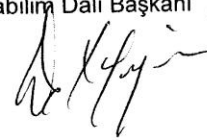
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliğine,

İlgi: 25.04.2008 tarih ve 42/4135 sayılı yazınız.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü doktora öğrencisi Handan Boztepe'nin "Tip 1 Diyabeti Olan Adölesanların Annelerine Stres ve Baş Etme Modeline Göre Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi" konulu tezi ile ilgili Haziran 2008 – Ağustos 2009 tarihleri arasında Anabilim Dalımız Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı'nda uygulama yapması uygun görülmüştür.
Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı'nın yazısı ilişikte sunulmuştur.
Bilgilerinize saygılarımla arz olunur.

Prof. Dr. Nurten GİRGİN

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Başkanı



09.09.2009
08-2688

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANELERİ

.....Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.....

Sayı:B.30.2.ANK.0.20.11.04 /2006
Konu:.....
.....

Ankara
03.....09.../...2009

Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'ne

İlgi: 20.08.2009 tarih ve 778 sayılı yazınız.

Anabilim Dalınız Doktora öğrencisi Handan Boztepe'nin Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu danışmanlığında yürüttüğü "Tip I Diyabeti Olan Adölesanların Annelerinin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi ve Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi" konulu doktora tezinin Haziran 2010 tarihine kadar uzatılabilmesi uygun görülmüştür.
Saygılarımla,

Prof. Dr. Gönül ÖÇAL
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı Başkanı



Handan B. Boztepe

EK 12: ONAM FORMU

“Tip 1 Diyabeti Olan Adölesanların Annelerinin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi ve Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi” Adlı Araştırma İçin Katılımcıları Bilgilendirilmiş Olur Formu

Değerli Katılımcı,

“Tip 1 Diyabeti Olan Adölesanların Annelerinin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi ve Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi” konulu bir tez çalışması yapmaktayız. Bu çalışmayı altı ay süreyle toplam 40 gönüllünün katılımı ile gerçekleştirmeyi planlanmaktadır.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, Tip 1 Diyabeti olan adölesanların annelerinin yaşadıkları sorunları belirlemek uygun hemşirelik girişimlerinde bulunmak ve annelerin hastalık sürecinde başetmelerini artırmaktır. Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında doktora çalışması yapan Handan Boztepe tarafından gerçekleştirilecektir.

Araştırmacı, çalışma süresince poliklinikte yapılacak ilk görüşmeden sonra iki hafta ara ile toplam yedi ev ziyareti yapacaktır. İlk ve son ziyarette araştırmacı tarafından veri toplama formları ve ölçek doldurulacaktır. Araştırmacı yapacağı diğer ev ziyaretlerinde ise diyabet hakkındaki bilgi ve belirlenen sorunlarla başedebilmelerini arttırmaya yönelik hemşirelik girişimleri uygulanacak ve hemşirelik girişimlerinin etkinliği değerlendirilecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ödeme de yapılmayacaktır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Ayrıca çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme ve araştırmadan ayrılma hakkına da sahipsiniz. Araştırmadan ayrılmanız çocuğunuzun tedavisi aksatmayacaktır.

Bu veriler, kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu veriler, kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Adı soyadı, unvanı: Araş. Gör. Handan Boztepe

Adres: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Sıhhiye/Ankara

Tel: İş: 0 312 305 1580 -127
 GSM: 0532 4853833
 E-mail: hanoktay@hacettepe.edu.tr

Katılımcının Beyanı:

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında doktora çalışması yapan Handan Boztepe tarafından araştırma yapılacağı belirtildi ve bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktararak “katılımcı” (denek) olarak davet edildim. Bu çalışmanın benim katılımım ile yapılacağını, çalışma süresince toplam yedi ev ziyareti yapılacağını, ilk ve son ziyarette araştırmacı tarafından veri toplama formları ve ölçek doldurulacağını, diğer ev ziyaretlerinde ise diyabet hakkındaki bilgi ve belirlenen sorunlarla başetmemi arttırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin (eğitim ve danışmanlık) uygulanacağını ve hemşirelik girişimlerinin etkinliği değerlendirileceğini biliyorum.

Bu araştırmaya katılırsam bana ait bilgilerin bilimsel amaçlar için kullanımı sırasında özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili olarak ücret ödemeyeceğim ve bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tedavi, bakım ve sağlık personeli ile olan iletişim ve ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Ayrıca çalışma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte araştırmacı Handan Boztepe’yi 305 1580 -127 no’lu iş ve 0532 4853833 no’lu cep telefonundan arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma 30 dakika düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Araş. Gör. Handan Boztepe

Adres:Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı
ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Sıhhiye/Ankara

Tel: İş: 0 312 305 1580 -127

GSM: 0532 4853833

İmza:

EK 13. EK TABLOLAR

Ek Tablo 1. Annelerin Bazı Değişkenlere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden İlk ve Son Ziyarete Aldıkları Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler		Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek							
		Toplam Puan		Aile Desteği		Arkadaş Desteği		Özel Kişi Desteği	
		İlk Ziyaret	Son Ziyaret	İlk Ziyaret	Son Ziyaret	İlk Ziyaret	Son Ziyaret	İlk Ziyaret	Son Ziyaret
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Anne Yaşı	30-39	39.4±10.4	48.3±11.5	14.2±3.64	16.0±4.1	12.7±4.24	14.8±4.7	12.7±3.4	17.5±3.47
	40-48	50.15±12.56	57.23±11.4	18.0±4.42	19.15±4.66	16.2±5.05	18.3±5.02	15.84±3.89	19.7±2.83
İstatistik Değeri	Zaman içi	F:59.625 p:0.000		F:15.713 p:0.001		F:13.463 p:0.001		F:111.285 p:0.000	
	Zaman ve değişken	F:0.756 p:0.394		F:0.993 p:0.330		F:0.000 p:0.984		F:1.621 p:0.217	
Anne Eğitim Düzeyi	İlk ve Ortaokul	43.38±13.93	50.15±13.18	15.46±4.7	16.53±4.66	14.23±5.19	15.46±5.39	13.69±4.44	18.15±3.86
	Lise ve Y.okul	48.20±10.9	57.5±9.6	17.6±3.94	19.4±4.24	15.3±4.80	18.5±4.35	15.3±3.30	19.6±2.17
İstatistik Değeri	Zaman içi	F:60.764 p:0.000		F:15.713 p:0.001		F:17.665 p:0.000		F:99.765 p:0.000	
	Zaman ve değişken	F:1.507 p:0.233		F:0.993 p:0.330		F:3.489 p:0.076		F:0.034 p:0.856	
HgbA1C	≤ 7,5	46.6±13.0	55.6±13.0	16.8±4.57	18.3±4.97	14.9±5.20	17.7±5.55	14.84±4.07	19.5±3.34
	≥ 7,5	44.0±12.7	50.3±10.5	15.8±4.49	17.0±4.24	14.4±4.85	15.5±4.37	13.8±3.99	17.8±2.89
İstatistik Değeri	Zaman içi	F:56.467 p:0.000		F:13.730 p:0.001		F:13.532 p:0.001		F:13.532 p:0.001	
	Zaman ve değişken	F:1.842 p:0.189		F:0.210 p:0.652		F:2.650 p:0.118		F:2.650 p:0.118	
Hastalık Süresi	1-4 yıl	44.21±10.84	53.07±11.5	16.14±4.05	18.07±4.44	14.57±4.14	16.71±4.74	13.5±3.75	18.28±3.19
	4 yıl ve ↑	47.4±15.6	53.7±13.6	16.7±5.28	17.3±5.12	14.88±6.27	16.88±5.90	15.7±4.14	19.5±3.39

Ek Tablo 1. (Devam) Annelerin Bazı Değişkenlere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden İlk ve Son Ziyarete Aldıkları Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler		Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek							
		Toplam Puan		Aile Desteği		Arkadaş Desteği		Özel Kişi Desteği	
		İlk Ziyaret	Son Ziyaret	İlk Ziyaret	Son Ziyaret	İlk Ziyaret	Son Ziyaret	İlk Ziyaret	Son Ziyaret
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
İstatistik Değeri	Zaman içi	F:52.493 p:0.000		F:12.872 p:0.002		F:12.845 p:0.002		F:98.199 p:0.000	
	Zaman ve değişken	F:1.449 p:0.242		F:3.932 p:0.061		F:0.015 p:0.903		F:1.360 p:0.257	
Gelir Düzeyi	Asgari ücretin ↓	43.8±10.3	55.2±10.4	15.8±3.56	17.2±3.96	14.4±3.28	18.2±4.14	13.6±3.76	19.8±4.14
	Asgari ücretin ↑	45.9±13.4	52.8±12.7	16.5±4.76	17.9±4.88	14.7±5.39	16.3±5.37	14.6±5.39	18.5±5.87
İstatistik Değeri	Zaman içi	F:59.625 p:0.001		F:9.761 p:0.005		F:17.812 p:0.000		F:118.509 p:0.000	
	Zaman ve değişken	F:3.628 p:0.071		F:0.000 p:0.990		F:2.915 p:0.103		F:6.219 p:0.021	
Çocuğun Yaşı	12-14	46.12±13.3	54.12±12.83	16.56±4.64	18.18±5.0	14.81±5.20	17.00±5.24	14.75±4.18	18.9±3.21
	15-18	44.0±11.8	51.5±10.95	16.0±4.35	16.85±3.76	14.42±4.68	16.28±5.12	13.57±3.64	18.42±3.59
İstatistik Değeri	Zaman içi	F:45.941 p:0.000		F:10.063 p:0.005		F:10.913 p:0.003		F:93.684 p:0.000	
	Zaman ve değişken	F:0.35 p:0.854		F:0.963 p:0.338		F:0.073 p:0.790		F:0.514 p:0.482	

Ek Tablo 2. Annelerin Bazı Değişkenlere Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden İlk ve Son Ziyarete Aldıkları Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler		Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği									
		Boyun Eğici Yaklaşım		Çaresiz Yaklaşım		Kendine Güvenli Yaklaşım		İyimser Yaklaşım		Sosyal Destek Arama	
		İlk Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	Son Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	İlk Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	Son Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	İlk Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	Son Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	İlk Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	Son Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	İlk Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	Son Ziyaret $\bar{X} \pm SS$
Anne Yaşı	30-39	1.45±0.5	1.24±0.5	2.06±0.5	1.67±0.3	1.37±0.5	1.91±0.5	1.34±0.5	2.0±0.4	1.07±0.6	2.17±0.6
	40-48	1.53±0.3	1.35±0.3	1.94±0.4	1.66±0.2	1.32±0.4	1.96±0.3	1.46±0.3	2.0±0.3	1.28±0.9	2.03±0.2
İstatistik Değeri	Zaman içi	F:11.51 p:0.003		F:16.27 p:0.001		F:51.657 p:0.000		F:58.490 p:0.000		F:43.799 p:0.000	
	Zamanve değişken	F:0.054 p:0.818		F:0.433 p:0.518		F:0.331 p:0.571		F:0.602 p:0.447		F:1.568 p:0.224	
Anne Eğitim Düzeyi	İlk ve Ortaokul	1.59±0.3	1.39±0.3	1.88±0.3	1.68±0.3	1.32±0.4	1.85±0.3	1.50±0.5	2.0±0.3	0.94±0.7	2.0±0.5
	Lise ve Y.okul	1.38±0.5	1.18±0.4	2.13±0.5	1.65±0.2	1.37±0.5	2.05±0.4	1.28±0.3	2.0±0.3	1.52±0.7	2.1±0.4
İstatistik Değeri	Zaman içi	F:11.296 p:0.003		F:19.84 p:0.000		F:51.86 p:0.000		F:64.48 p:0.000		F:41.765 p:0.000	
	Zamanve değişken	F:0.00 p:0.985		F:3.4 p:0.079		F:0.537 p:0.472		F:2.275 p:0.146		F:3.316 p:0.083	
HgbA1C	≤ 7,5	1.38±0.4	1.23±0.3	2.0±0.4	1.66±0.3	1.4±0.4	2.05±0.4	1.41±0.3	2.12±0.3	1.3±0.8	2.25±0.5
	≥ 7,5	1.65±0.4	1.40±0.2	1.88±0.4	1.67±0.2	1.2±0.5	1.8±0.4	1.4±0.5	1.8±0.39	1.0±0.7	1.9±0.3
İstatistik Değeri	Zaman içi	F:12.51 p:0.002		F:15.11 p:0.001		F:56.18 p:0.000		F:60.29 p:0.000		F:38.44 p:0.000	
	Z.değişken	F:0.79 p:0.384		F:1.5 p:0.226		F:0.956 p:0.339		F:3.280 p:0.084		F:0.102 p:0.753	

Ek Tablo 2. (Devam) Annelerin Bazı Değişkenlere Göre Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeğinden İlk ve Son Ziyarete Aldıkları Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler		Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği									
		Boyun Eğici Yaklaşım		Çaresiz Yaklaşım		Kendine Güvenli Yaklaşım		İyimser Yaklaşım		Sosyal Destek Arama	
		İlk Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	Son Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	İlk Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	Son Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	İlk Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	Son Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	İlk Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	Son Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	İlk Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	Son Ziyaret $\bar{X} \pm SS$
Hastalık Süresi	1-4 yıl	1.5±0.5	1.25±0.4	2.14±0.4	1.68±0.3	1.22±0.5	1.91±0.3	1.37±0.4	2.01±0.4	1.21±0.7	2.01±0.5
	4 yıl ve ↑	1.5±0.3	1.38±0.3	1.76±0.3	1.63±0.2	1.53±0.3	1.98±0.4	1.46±0.5	1.97±0.3	1.16±0.8	1.94±0.3
İstatistik Değeri	Zaman içi	F:10.02 p:0.005		F:14.31 p:0.001		F:51.22 p:0.000		F:52.769 p:0.000		F:36.589 p:0.000	
	Zamanve değişken	F:1.008 p:0.327		F:4.6 p:0.043		F:2.459 p:0.132		F:0.688 p:0.416		F:0.493 p:0.490	
Gelir Düzeyi	Asgari ücretin ↓	1.42±0.39	1.34±0.3	1.75±0.4	1.6±0.29	1.57±0.4	2.05±0.1	1.60±0.4	2.2±0.34	1.15±0.8	2.45±0.5
	Asgari ücretin↑	1.52±0.4	1.29±0.2	2.06±0.4	1.68±0.28	1.28±0.3	1.91±0.4	1.35±0.4	1.94±0.3	1.2±0.8	2.0±0.4
İstatistik Değeri	Zaman içi	F:5.185 p:0.033		F:7.29 p:0.013		F:32.06 p:0.000		F:32.06 p:0.000		F:40.141 p:0.000	
	Zamanve değişken	F:1.084 p:0.310		F:1.33 p:0.26		F:0.517 p:0.480		F:0.517 p:0.480		F:2.371 p:0.139	
Çocuğun Yaşı	12-14	10.25±3.33	8.81±3.03	16.31±3.9	13.37±2.39	9.56±3.4	13.56±3.14	7.06±2.37	10.25±1.98	4.81±3.08	8.5±2.22
	15-18	11.14±2.85	9.85±2.85	15.14±3.1	13.28±2.13	9.14±3.5	13.71±2.42	7.0±2.30	9.42±1.61	4.71±3.63	8.14±0.89
İstatistik Değeri	Zaman içi	F:9.320 p:0.006		F:11.423 p:0.003		F:47.637 p:0.000		F:44.637 p:0.000		F:32.537 p:0.000	
	Zaman ve değişken	F:0.029 p:0.867		F:0.580 p:0.455		F:0.212 p:0.650		F:0.816 p:0.480		F:0.043 p:0.838	

Ek Tablo 3. Annelerin Bazı Değişkenlere Göre Problem Çözme Envanterinden İlk ve Son Ziyarete Aldıkları Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler		Problem Çözme Envanteri							
		Toplam Puan		Sorun Çözme Güveni		Yaklaşma Kaçınma		Kişisel Kontrol	
		İlk Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	Son Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	İlk Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	Son Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	İlk Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	Son Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	İlk Ziyaret $\bar{X} \pm SS$	Son Ziyaret $\bar{X} \pm SS$
Anne Yaşı	30-39	121.9±31.4	94.9±24.1	38.6±12.4	31.0±7.3	63.6±16.17	46.7±14.9	19.7±3.6	17.2±2.52
	40-48	131.92±17.1	98.5±17.3	42.3±5.6	33.9±5.6	68.3±10.32	47.4±9.6	21.2±2.89	17.1±3.41
İstatistik Değeri	Zaman içi	F:55.780 p:0.000		F:36.387 p:0.000		F:57.642 p:0.001		F:111.285 p:0.000	
	Zamanve değişken	F:0.624 p:0.439		F:0.088 p:0.770		F:0.652 p:0.428		F:1.621 p:0.217	
Anne Eğitim Düzeyi	İlk ve Ortaokul	130.23±19.8	100.69±14.8	43.30±7.72	33.4±4.48	67.5±10.8	50.07±9.37	20.38±2.78	17.15±2.23
	Lise ve Y.okul	124.10±29.8	92.1±25.5	38.6±10.87	31.6±8.52	64.7±16.02	43.3±14.2	20.80±3.96	17.20±3.91
İstatistik Değeri	Zaman içi	F:56.503 p:0.000		F:36.450 p:0.000		F:60.773 p:0.000		F:27.321 p:0.000	
	Zamanve değişken	F:0.090 p:0.767		F:0.495 p:0.490		F:0.624 p:0.438		F:0.080 p:0.780	
HgbA1C	≤ 7,5	121.76±27.2	91.15±20.32	37.9±10.56	30.5±6.22	64.07±14.8	43.84±12.7	19.76±2.91	16.76±2.89
	≥ 7,5	135.10±18.4	104.5±18.17	44.3±5.67	35.4±5.92	69.2±10.39	51.4 ±9.6	21.6±3.56	17.7±3.19
İstatistik Değeri	Zaman içi	F:55.672 p:0.000		F:38.201 p:0.000		F:57.150 p:0.000		F:28.412 p:0.000	
	Zamanve değişken	F:0.000 p:0.999		F:0.331 p:0.571		F:0.233 p:0.634		F:0.483 p:0.495	
Hastalık Süresi	1-4 yıl	127.92±24.8	97.42±22.5	40.78±10.25	32.42±7.20	66.5±12.5	47.35±13.0	20.64±3.31	17.6±3.52
	4 yıl ve ↑	127.0 ±24.9	96.2±17.1	40.5±7.8	33.0±5.45	66.0±14.5	46.77±10.0	20.44±3.39	16.4±1.87

Ek Tablo 3. (Devam) Annelerin Bazı Değişkenlere Göre Problem Çözme Envanterinden İlk ve Son Ziyarete Aldıkları Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler		Problem Çözme Envanteri							
		Toplam Puan		Sorun Çözme Güveni		Yaklaşma Kaçınma		Kişisel Kontrol	
		İlk Ziyaret	Son Ziyaret	İlk Ziyaret	Son Ziyaret	İlk Ziyaret	Son Ziyaret	İlk Ziyaret	Son Ziyaret
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
İstatistik Değeri	Zaman içi	F:54.072 p:0.000		F:34.952 p:0.000		F:55.751 p:0.000		F:28.470 p:0.000	
	Zamanve değişken	F:0.001 p:0.974		F:0.089 p:0.769		F:0.000 p:0.988		F:0.581 p:0.454	
Gelir Düzeyi	Asgari ücretin ↓	129.80±24.5	91.0±7.5	40.0±7.2	31.2±3.56	69.2±14.09	43.3±5.02	20.6±3.43	16.4±1.81
	Asgari ücretin ↑	126.94±24.9	98.6±22.3	40.0±9.8	33.0±7.07	65.5±13.09	48.16±13.1	20.55±3.32	17.3±3.25
İstatistik Değeri	Zaman içi	F:48.983 p:0.000		F:9.761 p:0.005		F:55.457 p:0.000		F:22.375 p:0.000	
	Zamanve değişken	F:1.191 p:0.288		F:0.000 p:0.990		F:2.137 p:0.159		F:0.440 p:0.514	

